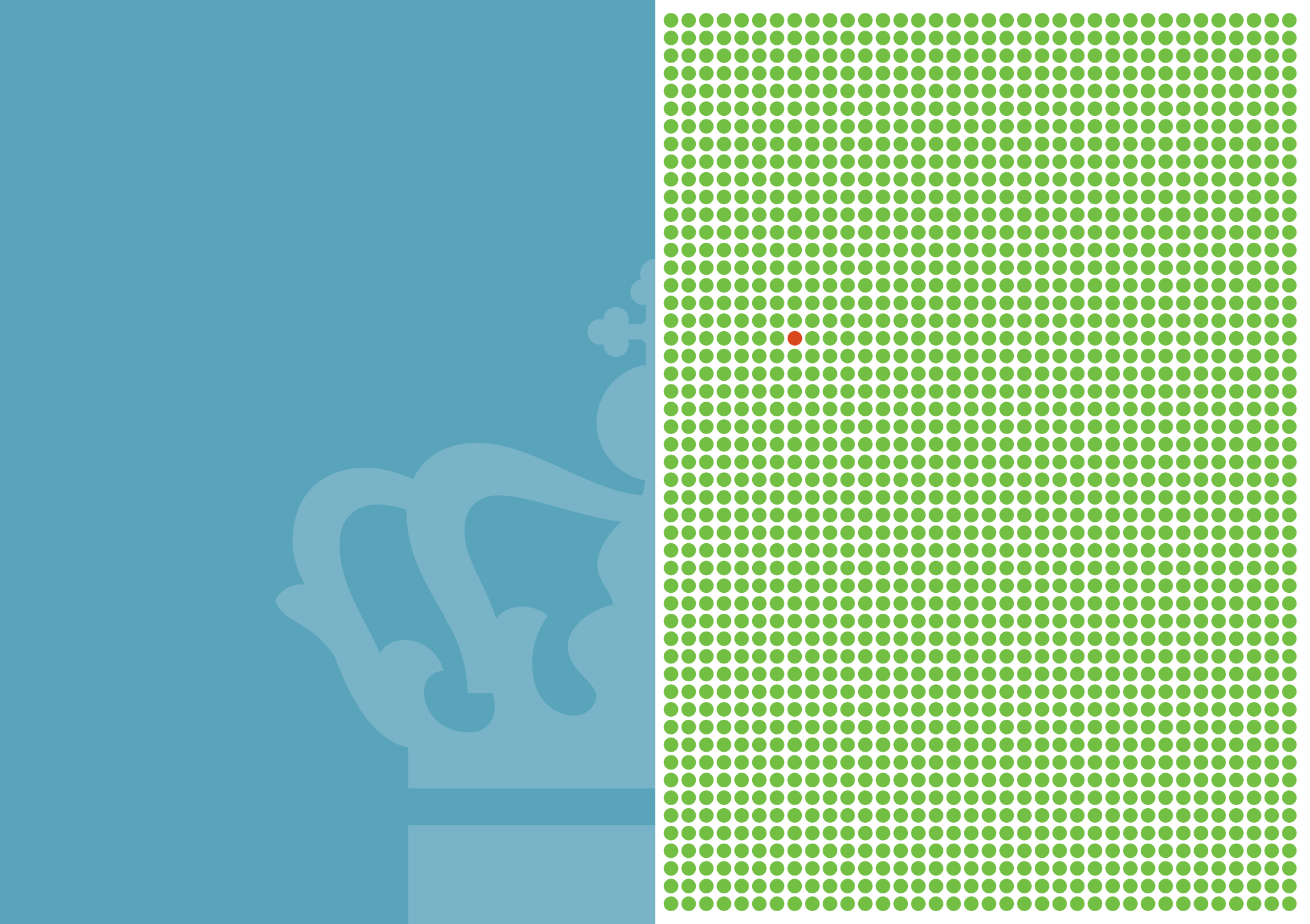
Sundhedsstyrelsen

STIGMATISERING

– debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen

2008



Stigmatisering
– debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen

Manuskript: Mette Breinholdt, Mediemageriet
Redaktion: Anna Paldam Folker, Katrine Finke, Anne Rygaard Bennedsen, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: http://www.sst.dk

Emneord: Stigmatisering, stempling, forebyggelse, sundhedsfremme, etik, debat
Kategori: Rådgivning
Oplag: 1000 ex.
Grafisk tilrettelæggelse: Manipulation
Tryk: Holbæk Center Trykkeri
Den trykte udgaves ISBN: 978-87-7676-856-0
Elektronisk ISBN: 978-87-7676-855-3
Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, december 2008
Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

Forord ..... s. 6

Kapitel 1:
Introduktion – om debatoplæggets formål og baggrund ..... s. 9

Kapitel 2:
Dilemmaer i forebyggelsen – om risikoen for stigmatisering ..... s. 15

Kapitel 3:
For sundhedens skyld – om indholdet i forebyggelsesarbejdet ..... s. 21

Kapitel 4:
Mennesker og mærkning – en definition af stigmatisering s.29

Kapitel 5:
Sikkerhed og identitet – om hvorfor mennesker stigmatiserer ..... s. 37

Kapitel 6:
Et mærket liv – om konsekvenser af stigmatisering ..... s. 41

Kapitel 7:
Tilpasning eller modstand – om at håndtere at være udsat for stigmatisering ..... s. 49

Kapitel 8:
En bevidst indsats – om hvordan man kan undgå eller mindske stigmatisering ..... s. 55

Materialeoversigt ..... s. 62

Forord

Der er tale om stigmatisering, når mennesker pga. karakteristika som køn, hudfarve, fysiske træk, seksuel orientering eller livsstil bliver kategoriseret og stemplet på en måde, så der opstår diskrimination og tab af status, som fører til ringere muligheder for livsudfoldelser.

Det er desværre et velkendt fænomen at flygtninge, prostituerede og stofmisbrugere er udsat for stigmatisering, men er mennesker med overvægt, rygere eller sukkersygepatienter også stigmatiserede? Er den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som har til formål at fremme folks sundhed og trivsel med til at stigmatisere? Det er disse spørgsmål, dette debatoplæg handler om.

Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse har oplevet en stigende interesse for problematikken om stigmatisering blandt fagpersoner, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse. I takt med at sundhedsfremme og forebyggelse i højere grad er kommet på den politiske dagsorden er spørgsmål om sammenhæng mellem sundhedsfremme og forebyggelse og stigmatisering desuden begyndt at dukke op i den offentlige debat.

Der bliver arbejdet for en respektfuld og professionel sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats rundt omkring i landet. På trods af god vilje og faglig dygtighed er der en risiko for stigmatisering, når man arbejder med mennesker, der af forskellige grunde er i særlig risiko for at udvikle sygdom. Sundhedsstyrelsen vil gerne byde ind med et oplæg til debat om og refleksion over denne risiko for stigmatisering.

Problematikken er ikke ny i sundhedsfremme- og forebyggelsesmiljøet, men Sundhedsstyrelsen vil gerne bidrage til, at emnet forbliver på dagsordenen blandt alle der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse. Der er til stadighed behov for en bevidst stillingtagen til, hvordan sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet påvirker befolkningen. Det gælder både i Center for Forebyggelses eget arbejde med kampagner og rådgivningsmaterialer, det gælder i kommunernes arbejde med at leve op til sundhedsloven ved at skabe sunde rammer og tilbud til borgerne og det gælder i mødet mellem befolkningen og de mange professionelle, der arbejder med sundhed.

Vi vil gerne takke følgegruppen for kritiske kommentarer og vigtige nuancer i forbindelse med udarbejdelsen af debatoplægget:

- Afdelingsleder Astrid Blom, Folkesundhed København
- Formand for Rådet for Socialt Udsatte, Preben Brandt
- Senior projektleder Lone Grøn, Dansk Sundhedsinstitut
- Projektleder Hanne Vibeke Hjort, Odense Kommune

- Projektleder Maria Therese Keller, Odsherred Kommune
- Kontorchef Kirsten Vinther –Jensen, Region Midtjylland

Vi vil også takke de forebyggere, som i et fokusgruppeinterview og i individuelle interviews har bidraget med egne refleksioner over stigmatisering. Sidst men ikke mindst en stor tak til de borgere, der deltog i et fokusgruppeinterview om deres oplevelser af at indgå i forebyggende indsatser.

Debatoplægget er skrevet i en journalistisk stil med mange eksempler og citater fra forebyggere i praksis og mennesker, der har deltaget i forebyggende indsatser. Materialet stammer fra forfatter Mette Breinholdts dataindsamling og iagttagelser. Nogle steder har forfatteren sat problematikkerne lidt på spidsen for at skabe udgangspunkt for debat. Det skal derfor understreges, at debatoplæggets enkelte dele ikke nødvendigvis er udtryk for Sundhedsstyrelsens eller de forskellige bidragyderes holdninger til indsatsen på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet.

December 2008
Else Smith
Sundhedsstyrelsen

Foto: xxx xxxxx

Kapitel 1:

Introduktion
– om debatoplæggets formål og baggrund

1. Introduktion

Introduktion – om debatoplæggets formål og baggrund. Kapitlet beskriver hvorfor debatoplægget er blevet til, hvilket grundlag det hviler på og hvad det forhåbentlig kan bruges til.

Befolkningens sundhed er sat højt på den politiske dagsorden, blandt andet fordi danskerne ikke lever så længe som befolkninger, vi normalt sammenligner os med. Sundhedsministeriet er blevet omdøbt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og en forebyggelseskommission udgiver i begyndelsen af 2009 en udredning af, hvordan man kan prioritere den nationale forebyggelsesindsats.

Der er ingen grund til, at flere og flere børn vokser op med diabetes type 2, hvis det kan forhindres ved at forebygge overvægt. Der er ingen grund til, at befolkningen skal leve med alvorlige sygdomme inden en for tidlig død på grund af tobaksrelaterede sygdomme, for meget alkohol eller sygdomme, der kunne have været undgået, ved mere motion gennem livet. Sygdomme der forringer livskvaliteten med smerter og træthed. Det koster for den enkelte, og det koster for samfundet.

En undersøgelse fra Mandag Morgen: Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne viser, at befolkningen prioriterer sundhedsfremme og forebyggelse højt, også hvis det på nogle områder vil kræve forbud eller koste penge. Undersøgelsen viser, at der er en stor velvilje overfor fx strengere ryge- og alkoholforbud, ekstra transportfradrag til cyklister og højere priser på sukker.

Der er bred enighed om, at folkesundhedsarbejdet er til gavn for os alle, men jo mere sundhed bliver til et mantra i alle sektorer og blandt både fagfolk og den almene befolkning, jo større er risikoen for, at det kan have nogle negative konsekvenser i form af stigmatisering. Det vil sige udpegning eller stempling af nogle mennesker og grupper i samfundet med forskellige negative konsekvenser til følge.

I takt med at sunhedsfremme - og forebyggelsesfeltet vokser, bliver det derfor mere påtrængende løbende at reflektere over, hvad det betyder, at folkesundhedsarbejdets succes i høj grad er afhængig af, hvordan det enkelte individ handler. Jo flere danskere der lever op til eksperternes sundhedsanbefalinger – i øjeblikket er det højest 15 % – jo større succes har folkesundhedsarbejdet.

Hvad betyder det for det enkelte individ? Har det nogen utilsigtede konsekvenser? Hvordan påvirker sundhedskampagner og lokale indsatser borgerne? Risikerer vi, at den enkelte borger gøres ansvarlig for sin egen sygdom? Risikerer vi, at det at inddele i risikogrupper og målrette indsatser til bestemte grupper ender med at have en stigmatiserende virkning. Og hvis det er tilfældet, kan det undgås? Kan respekten bevares mellem forebyggere og de mennesker, som er målgruppe for indsatserne? Virker forebyggelse overhovedet, hvis folk føler sig stigmatiserede? Eller kan man omvendt tale om, at stigmatisering er en pris, som samfundet må betale for forhåbentlig mange vundne leveår for befolkningen som helhed?

Der findes ingen entydige svar, men ambitionen er, at debatoplægget vil være tankevækkende og inspirere til refleksion over indsatsen i de miljøer, hvor sundhedsfremme- og forebyggelse foregår: På sundhedscentre, i daginstitutioner, på skoler, i aktivitetscentre, på arbejdspladser, i lokalmiljøer, hos praktiserende læger, på hospitalsafdelinger, i borgernes hjem mm.

Som spørgsmålene antyder, er det den individrettede sundhedsfremme og forebyggelse, der er i fokus. De mange gode og vigtige initiativer, der tages på det strukturelle forebyggelsesområde, er således ikke til debat i denne omgang. Fravalget sker, vel vidende, at de strukturelle indsatser via rammer, regler og politikker er mindst lige så vigtige som de individrettede indsatser for en effektiv og retfærdig sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats. I denne sammenhæng undersøges det, hvad det gør ved borgerne, når sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsernes formål er at få dem til at ændre adfærd ved at tage øget ansvar for egen livsstil.

Udgangspunktet er, at stigmatisering kan forekomme i alle dele af samfundet. Det at kategorisere og skabe en forståelse af andre mennesker er en udbredt menneskelig aktivitet, der altid foregår mellem mennesker. Hvem er vi selv, og hvem er "de andre"? Hvad er "det rigtige", og hvad er "det forkerte"? Derfor er det også det sociale samspil, man skal kigge på, når man vil forstå, hvordan disse processer i værste fald kan blive til stigmatisering, som er diskriminerende og hæmmende for de ramtes livsudfoldelse.

Materiale

Debatoplægget bygger på viden og erfaringer fra praksis indsamlet gennem 6 enkelt-interviews og 2 fokusgruppeinterviews. De interviewede er dels personer som arbejder med sundhedsfremme- og forebyggelse på forskellige niveauer og med forskellige målgrupper og dels personer som har været "udsat" for forebyggelse, dvs. at de har været rekrutteret til en eller flere forebyggelsesindsatser i en kommune. Udover de mundtlige kilder benyttes diverse avisartikler, forskningsartikler og anden relevant faglitteratur. Der refereres kun sjældent til kilderne i teksten, men alle materialer kan findes i kildelisten bagerst i debatoplægget.

Det skal understreges, at debatoplægget ikke er et videnskabeligt arbejde eller en fyldestgørende redegørelse for emnet. Hensigten er at skitsere en række dilemmaer og muligheder i relation til stigmatisering i forbindelse med sundhedsfremme- og forebyggelse. På den måde ønsker Sundhedsstyrelsen at "give stemme" til nogen af

de mange refleksioner forebyggere gør sig i forbindelse med deres arbejde. Forhåbentlig giver debatoplægget inspiration til selv at reflektere videre og på den måde blive klogere på eget virke. Alle kapitler indeholder en eller flere refleksionsbokse med supplerende viden og spørgsmål til læseren. Boksene er en opfordring til at stoppe op og sætte kapitlets temaer i relation til sit eget arbejde.

I debatoplægget bruges betegnelsen "forebygger" om den professionelle gruppe, der arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelse vil her også inkludere sundhedsfremme. Der skelnes altså ikke mellem de to begreber i teksten, da det er mindre vigtigt i forhold til ærindet om at sætte fokus på risikoen for stigmatisering.

Bid for bid

Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen består af syv kapitler ud over dette indledende kapitel 1.

Kapitel 2: **"Dilemmaer i forebyggelsen – om risikoen for stigmatisering"** beskæftiger sig med den problematik, at forebyggelse kan give flere leveår og bedre livskvalitet til mange, men samtidig indebærer en risiko for stigmatisering.

Kapitel 3: **"For sundhedens skyld – om indholdet i forbyggelsesarbejdet"** beskriver nogle af de processer og metoder, der er almindelige at benytte sig af i forebyggelsen, og på hvilken måde de kan indebære en risiko for at udpege eller stemple andre mennesker.

Kapitel 4: **"Mennesker og mærkning – en definition af stigmatisering"** handler om, hvad stigmatisering er og indeholder debatoplæggets definition af stigmatisering.

Kapitel 5: **"Sikkerhed og identitet – om hvorfor mennesker stigmatiserer"** giver nogle forklaringer på, hvorfor mennesker stigmatiserer. Stigmatisering er en del af vores måde at begribe verden på, herunder at forholde os til farer og trusler.

Kapitel 6: **"Et mærket liv – om konsekvenser af stigmatisering"** beskriver hvordan tab af status, selvrespekt og diskrimination kan være konsekvenser af stigmatisering. Stigmatisering kan også have konsekvenser for kvaliteten af forebyggelse.

Kapitel 7: **"Tilpasning og modstand – om at håndtere at være udsat for stigmatisering"** giver indblik i, hvad de personer der er udsat for stigmatisering gør for at tackle deres situation. Eksempelvis ved at forsøge at skjule det, de regner med vil placere dem i en stigmatiseret kategori eller ved at gøre modstand mod stigmatiseringen.

Kapitel 8: **"En bevidst indsats – om hvordan man kan undgå eller mindske stigmatisering"** er det nærmeste debatoplægget kommer på at give et bud på, hvad forebyggere kan gøre for at minimere den eventuelt stigmatiserende effekt af forebyggelsesaktiviteter. Kapitlet videregiver nogle ideer til at undgå stigmatisering fra de interviewede forebyggere og borgere og fra den anvendte litteratur om stigmatisering.

Kapitel 2:

Dilemmaer i forebyggelse – om risikoen for stigmatisering

2. Dilemmaer i forebyggelsen

Forebyggelse kan give flere leveår og bedre livskvalitet til mange, men indebærer samtidig en risiko for stigmatisering. Kapitlet sætter fokus på nogle af de sammenhænge, hvor der kan opstå stigmatisering.

En kommune planlægger at screene skoleelever for, om de er for tykke. En gang om året skal børnene måles og vejes. Hvis screeningen viser problemer med vægten, skal barnets forældre indkaldes til en samtale om blandt andet kost og motion. Eksemplet er beskrevet i en artikel i Berlingske Tidende. I artiklen udtaler en ekspert på området, at overvægt blandt børn er et så alvorligt samfundsproblem, at der bør gribes ind nu. Men screeninger, kostvejledning og behandling i form af motion må ikke stå alene: "Hvis man beslutter sig for at screene børnene, så skal man være helt sikker på, at man har et ordentligt behandlingstilbud efterfølgende. Om samtaler om kost og motion virker, stiller jeg mig tvivlende overfor. Der skal mere drastiske midler til". Eksperten frygter, at screeninger kan være med til at sætte tykke børn i bås: "Det er jo stigmatisering, når man sætter fingeren på, at et barn er overvægtigt, og derfor er det afgørende, at man følger op og sikrer sig, at man hjælper børnene videre. Ellers risikerer man at give dem nogle problemer, de ikke havde før", siger hun.

Avisartiklen illustrerer et af de store dilemmaer inden for forebyggelse: Hvis man vil gribe ind over for et sundhedsproblem, risikerer man næsten uvilkårligt at pege en særlig gruppe mennesker ud som nogen, der har et problem med deraf følgende risiko for stigmatisering.

Spørgsmålet er, i hvilket omfang det offentlige skal forsøge at påvirke borgernes livsførelse, hvis det samtidig kan indebære en udpegning af befolkningsgrupper og risiko for stigmatisering. Spørgsmålet er ikke enkelt, for samtidig er det åbenlyst, at rigtig mange mennesker er glade for at få hjælp til at leve op til sundhedsrådene, ligesom en del får det fysisk bedre.

Et bedre liv

En kvinde, der deltager i et forebyggelsesprojekt rettet mod hendes overvægt fortæller, at hun før hun kom ind i projektet ikke kunne bevæge sig og måtte overdrage sin datter til søsteren: "Nu tager jeg i svømmehal og på shoppingtur og har sågar været ude at spille rundbold", siger hun. En anden person, der deltager i samme projekt og indtil videre har tabt 30 kilo fortæller, at hun nu bedre kan tåle varme og har fået mere energi. En kvinde, der har arbejdet med et forebyggelsesprojekt rettet mod overvægtige børn, fortæller at flere af børnene har fået mere livsmod og selvtillid af at være med i projektet.

Så fortællinger om succeser er der, men vel at mærke succeser, der kun er opnået, fordi det offentlige har "blandet sig" i folks liv. For en kvinde, der hele sit liv har levet med overvægt, lyder der derfor også et klart ja til, at samfundet gerne må hjælpe til. Men enten skal henvendelsen være helt generel – til hele befolkningen – så enkelte grupper ikke bliver peget ud. Eller også skal hjælpen tilbydes meget individuelt og konkret, mener hun. Eksempelvis har hun undret sig over, at hendes læge aldrig har taget initiativ til at tale med hende om hendes vægt, og hvad hun eventuelt kunne gøre, hvis hun gerne ville veje mindre. Og hun undrer sig også over, at gravide med overvægt ikke automatisk bliver tilbudt et forløb. Præcis på samme måde, som hvis de havde diabetes. Hun mener, at forebyggelsen kan være inkluderende, hvis det enkelte menneske føler sig set og værdsat med budskabet: Vi vil gerne gøre noget for dig!

Hvis forebyggelsesindsatsen derimod ikke bliver opfattet som et reelt ønske om at hjælpe – hvis det bliver til en oplevelse af ikke at passe ind i samfundet eller en følelse af ikke at blive anerkendt af sine omgivelser – er risikoen, at de der bliver udpeget som målgruppe oplever det som negativt. Risikoen er især til stede, når man meget konkret definerer en adfærd eller tilstand hos individer, man gerne vil fjerne eller ændre. Når denne adfærd eller tilstand er tæt knyttet til individet, som fx overvægt og ikke knyttet mere diffust til samfundet som fx forurening, kommer forebyggelse til at gå tæt på den enkeltes identitet og valg af livsstil.

Normalisering

Antropologen Deborah Lupton har analyseret, hvad folkesundhedsindsatsen betyder for samfundet og for enkelte individer. Hun hævder, at forebyggelsen i sin grundform stræber efter en normalisering af det enkelte menneske. Normen er at holde sig inden for de grænseværdier og anbefalinger, som sundhedsmyndighederne kommer frem til på basis af risikovurderinger og epidemiologiske undersøgelser.

Oplever du også forbyggelsesarbejdet sådan?

Med eller uden den løftede pegefinger

En leder af et forebyggelsesprojekt rettet mod børn i familier med alkoholproblemer, fortæller om dilemmaet i at respektere folks privatliv i forhold til at blande sig, når man mener, at forældrene handler på en måde, der ikke er acceptabel overfor børnene. Hendes projekt er primært rettet mod det frontpersonale, der møder familierne: dagplejemødre, pædagoger, pædagogmedhjælpere og socialrådgivere. Projektets idé er tidlig opsporing. Man vil finde de familier, hvor der er et alkoholproblem, før situationen løber af sporet, for at børnene kan få hjælp tidligere. Frontpersonalet bliver derfor undervist i, hvilke signaler der kan være på alkoholproblemer i en familie, og hvordan man kan tage en eventuel mistanke op med forældrene.

Lederen ser det som et stort problem, at området er så tabubelagt, at det er svært for frontpersonalet at drøfte en eventuel mistanke med forældrene. Så et af hendes vigtigste mål er, at alkoholforbrug i børnefamilier overhovedet kan blive italesat. Det er ikke altid let. Og det er slet ikke altid let, at få tingene sagt på en god og respektfuld måde over for forældrene.

"Jeg kan sagtens se risici ved det. Men jeg synes alligevel, det er vigtigere, at vi tør tale om det. Lige nu er dét, det vigtigste formål. Og så må vi jo igen og igen tage det op – den måde, vi taler om det på. Fordi, der sker jo let en fordømmelse", siger hun og nævner en episode med en dagplejemor, der havde skældt en forælder ud: "Hvordan kan du gøre det? Hvordan kan du være det bekendt over for dit barn? Det ligner ikke noget at være beruset", havde dagplejemoderen sagt.

"I den situation tænker jeg, – ja – det er jo ikke den bedste måde at tale om det her på. Men man skal jo sammenligne det med, hvor vi var før. Da blev der slet ikke talt om det. Og det er jo endnu mindre i børnenes og familiernes interesse. Men det er en svær opgave ikke at ende med at blive moraliserende eller fordømmende", siger projektlederen.

Lederen tænker på, at hvis familierne får hjælp, er der til gengæld en god mulighed for, at børnene kan få et bedre barndomsliv. Og dertil kommer selvfølgelig gevinsten for den forælder, der får hjælp til at komme ud af et alkoholmisbrug.

Som forebygger skal man ofte rådgive mennesker, som lever på en måde, som giver en stor risiko for sygdom eller er skadende over for andre. Det kan være en udfordring ikke at komme til at virke fordømmende og pålægge "dem, der ikke er sunde nok" skyld – især hvis de er oplyste om, hvad der skal til for at nedsætte risikoen for sygdom eller skade, men alligevel ikke handler derefter.

Bevidst stigmatisering

Omvendt er det ikke sikkert, at stigmatisering altid er noget man helt bør undgå. Stigmatisering bliver i nogle tilfælde brugt som et effektivt værktøj i bestræbelserne på at få folk til at ændre adfærd. Det bliver især diskuteret på tobaksområdet,

hvorvidt konsekvenserne af rygning er så alvorlige, at de berettiger til at bruge stigmatisering bevidst. Ud over at oplyse om, at rygning er farligt, kan man fx også spille på, hvad der er socialt acceptabelt.

"Jeg ønsker ikke at være kynisk, men jeg tror, at social ulighed i sundhed og en vis form for social stigmatisering er den omkostning, vi må betale, når vi anbefaler rygestop – for erfaringen viser os jo, at det er de ressourcerige, der har nemmest ved at følge vores anbefalinger. Men det, der retfærdiggør den omkostning, er til gengæld en vældig lidelsesreduktion, som ikke bare handler om samfundsøkonomi, men også om kropslig og psykisk sundhed for dem, der slipper af med cigaretterne", sagde en ekspert på rygestopområdet til Information i oktober 2006.

Forebyggelsesindsatser, som igangsættes selvom de stigmatiserende effekter er tydelige, kan i nogle tilfælde forsvares med, at det er formålet at inkludere dem, der bliver udsat for stigmatisering igen i sidste ende – når de vel at mærke har ændret adfærd. Selvom stigmatisering ikke er formålet i sig selv, kan stigmatisering ses som et nødvendigt midlertidigt onde, der kan være med til at føre til adfærdsændringer. Problematikken om bevidst stigmatisering som en løsningsmodel tages op igen i kapitel 8.

Kapitel 3:

For sundhedens skyld – om indholdet i forebyggelsesarbejdet

3. For sundhedens skyld

Kapitlet beskriver nogle af de processer og metoder, der er almindelige at benytte sig af i forebyggelsen, og på hvilken måde de kan indebære en risiko for at udpege eller stemple andre mennesker.

"Tykke børn i dag bliver jo globalt mobbet. Hele tiden får de at vide, at de er for tykke. At du selv er forkert, fordi du er for tyk. Når børnene åbner fjernsynet, ser de om sund mad. Hele tiden får de at vide: du er forkert!"

Udsagnet kommer fra en 57-årig kvinde, der har været overvægtig det meste af sit liv. Selvom hun selv var udsat for mobning, da hun gik i skole, mener hun, at børn med overvægt i dag har det værre. "Den gang var det jo kun klassekammeraterne, der mobbede", forklarer hun. Hverken familien, vennerne eller andre havde en holdning til hendes overvægt. For dem var hun normal og dermed accepteret.

Det kvinden taler om er, hvad det gør for en gruppe mennesker i Danmark, at et af deres kendetegn – deres vægt og størrelse – bliver trukket frem og udpeget som et problem. Som en sygeplejerske, der arbejder med forebyggelse af diabetes type 2, siger:

"Da vi var børn, kunne der da godt være nogen, der var tykke. Da tænkte man ikke om dem, at de ikke havde styr på tingene. De var bare tykke. Men nu har du mere den der tanke: Nå, de har ikke styr på, hvad de putter på tallerkenen".

Fordomme

"Fredericia og Kolding sygehuse har jo søsat et projekt, som skal hjælpe overvægtige medarbejdere med at smide noget af flæsket og få en sundere tilgang til tingene." Sådan skrev en medarbejder på hospitalets blog, og det fik en læser helt op i det røde felt:

"Man udpeger en gruppe medarbejdere ud fra deres fysiske karakteristika, fordi man forventer, at de må have en "ikke så sund tilgang til tingene". Den udpegning er udtryk for fordomme. Den er også udtryk for en dæmonisering", svarede hun.

Men var selve initiativet forkert? Eller var det snarere medarbejderens omtale, som var problematisk?

Raske på sigtekornet

I de forgående eksempler er det fedme, der er udpeget som et problem. Men også andre risikofaktorer, som rygning og alkohol bliver problematiseret i samfundet generelt i disse år, hvor der er mere og mere fokus på, at hver enkelt skal kunne varetage sin egen risikohåndtering og tage de sunde valg. Problematiseringen af nogle menneskers sundhedsadfærd sker i medierne og mellem mennesker, men også forebyggelsen spiller en rolle i denne sammenhæng. Den retter sig mod alle mennesker, som kampagner forsøger at påvirke til at have en livsstil med så lidt risikoadfærd som muligt, og i særdeleshed mod mennesker der er raske, men kan inddeles i risikogrupper: En tur på vægten og et højdemål kan fx påvise et BMI uden for normalområdet. En prøve kan påvise et forhøjet kolesteroltal eller en forhøjet risiko for knogleskørhed. En persons adfærd kan være defineret som risikoadfærd – fx en kost med for lidt frugt og grøntsager, for meget alkohol eller mindre motion end de officielle anbefalinger. Forebyggelsen er også rettet mod mennesker, der allerede har fået en diagnose. Her ønsker man at forbedre tilstanden hos den enkelte eller forebygge en forværring. Det kan eksempelvis være lidelser i bevægeapparatet, kronisk obstruktiv lungesygdom eller diabetes.

Det kan være svært at sige, præcis hvilken andel selve forebyggelsesarbejdet har, i den tendens der ses til, at mennesker der ikke lever op til et vist sundhedsideal bliver udpeget som nogen, der bør tage vare på deres eget liv på en anden måde.

Hvad er problemet

Den måde problemer defineres på, har betydning for hvilke løsninger, der synes relevante. Der er fx bred enighed om, at danskerne bevæger sig for lidt. Hvis det først og fremmest ses som et individuelt problem, vil man søge løsninger, der handler om, hvad den enkelte kan gøre. Hvis det omvendt ses som et samfundsmæssigt problem, vil man i højere grad søge kollektive eller strukturelle løsninger som flere idrætstimer i skolerne, motion på arbejdspladsen eller flere sikre cykelveje og grønne områder.

De strukturelle forebyggelsestiltag som fx mad- og motionsordninger på arbejdspladser og i institutioner, momsdifferentiering på fødevarer og byplanlægning med muligheder for fysisk aktivitet udpeger ikke en bestemt gruppe, men kan få os alle sammen til at leve sundere. Den strukturelle forebyggelse er ofte mindre stigmatiserende, men den kan til gengæld ikke give den individuelle støtte og motivation, som nogen kan efterspørge og have brug for. Ofte vil begge slags tiltag være relevante, men vil ikke blive prioriteret lige højt. Selv om strukturelle løsninger prioriteres faligt, kan de til tider være utilgængelige pga. politiske beslutninger.

Problem og løsning

Tænk på et forebyggelsesinitiativ. Hvad bliver set som problemet, og hvad gør man for at løse det? Kan man definere problemet anderledes? Og har det betydning for hvilke løsninger, der er relevante?

Sandhed og moral

Selvom det i forebyggelsen er anerkendt viden, at det ikke er tilstrækkeligt at oplyse borgerne om risikofaktorer og sund livsstil for at få dem til at ændre adfærd, kan individuel forebyggelse alligevel føre til "victim blaming" – en antagelse om, at det er folks eget ansvar, hvis de bliver syge, fordi de fortsætter med den usunde adfærd, selvom de er oplyste om, hvordan man lever sundt.

Heri ligger der en ofte uudtalt forventning om, at viden bør føre til handling, fx forventningen om, at viden om at rygning giver forøget risiko for lungekræft fører til, at man lader være med at ryge. Denne måde at tænke på kan kaldes teoretisk ræsonnement. Praktisk ræsonnement derimod vil sige, at man bygger beslutninger på summen af sin viden og erfaringer og ender med en afvejning. Eksempelvis kan det føles som et bidrag til et bedre liv at fortsætte med at ryge, fordi man kan få sine pauser og "gøre noget for sig selv" i en ellers ret stressset tilværelse. I det praktiske ræsonnement forsøger man således at finde svaret på "det gode", mens det teoretiske ræsonnement forsøger at finde vejen til "det sande". Mens praktiske ræsonnementer kan ende ud med forskellige svar, som alle har samme gyldighed, har det teoretiske ræsonnement som regel kun ét sandt svar, som ofte kan underbygges videnskabeligt. I vores samfund har videnskab en meget høj status. Videnskaben kommer ofte til at fremstå som det eneste rigtige grundlag at træffe sine valg på. Dermed får de, der underbygger deres påstande med videnskab en stærk magt i forhold til mennesker, der baserer deres beslutninger på praktiske ræsonnementer og erfaringsbaseret viden. En definition af problemet, som er baseret på videnskabelige argumenter, kommer let til at fremstå som lig med sandheden, og det bliver næsten umuligt at forestille sig, at man kan have grunde til at handle i modstrid dertil. Dermed får nydelse og glæde ikke nogen berettigelse, hvis det indebærer noget, der af videnskaben er defineret som usundt.

Selvom man i forebyggelsen generelt anerkender det praktiske ræsonnement og at folk er de bedste til at vælge den livsstil de ønsker, kan det være svært i konkrete situationer, at skulle hjælpe folk, der bliver ved med at gøre noget, som er åbenlyst usundt. Et eksempel er en sygeplejerske, der arbejder med patientrettet forebyggelse i en kommune målrettet patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes type 2 og hjerte- karsygdomme.

"Jeg ved ikke, om jeg kan acceptere, at den anden vælger en adfærd, som er anderledes, end det vi synes er det rigtige. Det kan godt være svært, og jeg tænker nogen gange: Holder det, når vi siger, at man gerne må vælge selv, bare det er et informeret valg? Hvornår er vi egentlig tilfredse med den information, vi giver? Bliver

vi nogen sinde det, før de retter ind til højre og gør som vi siger?", spørger hun. Når det er så svært at se på, at folk træffer et valg, som man ved, er usundt og dermed forkert, kan det blandt andet skyldes, at der indlejret i forebyggelsen ligger en forestilling og et ønske om det rigtige eller det gode liv i en ganske bestemt betydning. I forebyggelsen stræbes der efter at redde liv, undgå eller afhjælpe smerte, afvigelse eller skader. Dermed kommer forebyggelsen til at stå som en positiv handlemulighed, der står i modsætning til ikke at gøre noget ved problemet – at lade stå til. Liv og helbredelse kommer til at stå over for lidelse, sygdom og død – det negative. Det forekommer indlysende, at hvis en person kan blive behandlet, hvis en sygdom kan blive forebygget, eller en risiko kan blive minimeret – så bør det også ske.

Det sunde

Et normalt BMI holder sig imellem 20 og 25. Normalværdien for vores blodtryk ligger under 140/90. Vi bør spise 600 gram frugt og grønt om dagen, motionere 30 minutter for voksne og 60 minutter for børn og holde vores alkoholforbrug under 14 og 21 genstande om ugen for henholdsvis kvinder og mænd.

Sundhedsvidenskabens mål og anbefalinger sætter grænser for det "normale individ", som den enkelte bliver målt op imod. Værdierne og anbefalingerne fungerer som pejlemærker for sund adfærd og for hvornår, der skal sættes ind med forebyggende tiltag eller livsstilsændringer.

Hvilke værdier og anbefalinger forholder du dig til i dit arbejde eller din hverdag? Hvor eksakte er de? Og hvad siger de om normalitet?

Målgrupper

En del forebyggelse er rettet mod den brede befolkning. Alle bliver påvirkede af udsagn om, hvad videnskab og sundhedsoplysning påpeger, er sundt, og af synet på hvordan man får et sundt liv. Selvom sundhed på den måde er blevet et anliggende for alle, ligger det også i forebyggelsen, at man udpeger nogle målgrupper.

Målgrupperne er de mennesker, der på en eller anden måde antages at falde uden for normalværdien. Enten fordi målgruppen har en forhøjet risiko for sygdom, eller fordi den har en adfærd, der indebærer en forhøjet risiko. Målgruppen blive tillagt en række egenskaber, alt efter hvordan man ser problemet. Det kan fx være et projekt, der går ud på at styrke handlekompetencen og motivationen til at leve sundt, så de involverede bliver i stand til at se problemet i øjnene og dermed ændre deres adfærd. Et sådant projekt vil tillægge målgruppen egenskaber som "manglende motivation", "manglende handlekompetence", og at målgruppen har "forsvarsmekanismer".

At arbejde med målgrupper er at kategorisere verden. Inden for forebyggelse kan arbejdet med målgrupper være nødvendigt, for at kunne udvikle værktøjer og mere generelle initiativer, der rammer bredere end det enkelte individ. Når man kategoriserer, opdeler man mennesker ved hjælp af forskellige karakteristika. Og fænomenet er ikke specielt inden for forebyggelse. Alle mennesker kategoriserer. Simpelthen for at man kan forstå og overskue verden omkring sig og for at kunne udveksle tanker og erfaringer med hinanden.

Som regel foregår denne kategorisering på det ubevidste plan. Men det gør den ikke mindre stærk. Hvis man fx ikke lærer den fremmede nærmere at kende, eller der sker noget overraskende, der gør at man må overveje den kategori man umiddelbart har placereret ham i, vil man ofte bedømme ham ud fra de stereotyper, der tilhører kategorien. Som det fx kan være tilfældet med en gravid kvinde, der ryger. Hende kan man være tilbøjelig til kun at betragte som én der har fortrængt viden om, hvor farlig tobaksrøg er. Som en person der ikke er bevidst om sin egen situation. Kategoriseringen er uomgængelig for, at man overhovedet kan forstå og overskue verden. Men den indebærer samtidig en risiko for, at man får et unuanceret syn på sine medmennesker, fordi man lynhurtigt bedømmer dem til at være af en bestemt slags.

Åh nej – ikke dén slags!

En historie fra en SSP- medarbejders arbejde.

En SSP-medarbejder talte med en gruppe unge skater-drenge. Drengene var af alle kendt for at være nogle rolige fyre, der holdt fredelige fester. Men SSP-medarbejderen havde sammen med mange af sine kolleger en opfattelse af, at skaterdrenge også ryger hash. Medarbejderen talte med drengene om, at de var skatere, og han advarede dem mod at tilhøre den gruppe, for det er jo sådan nogen, der ryger hash.

Hvordan drengene tacklede den besked, melder historien ikke noget om. Måske rystede de på hovedet og sagde til hinanden, at den SSP-fyr vist ikke ved, hvad han taler om. Måske tænkte de: "Uh – så må vi hellere holde op med at skate og gå med hængerøvsbukser". Men det kunne også være, de tænkte, at "så må vi hellere begynde at ryge hash, så vi kan være nogle rigtige skatere". (Kilde: Interview med antropolog, der har oplevet begivenheden under sit feltarbejde)

Kapitel 4:

Mennesker og mærkning – en definition af stigmatisering

4. Mennesker og mærkning

Kapitlet handler om, hvad stigmatisering er og indeholder debatoplæggets definition af stigmatisering. Fokus er på stigmatisering som en social proces, der udspiller sig mellem mennesker.

"Det er skyld og skam, der ligger i det", siger en sygeplejerske om mennesker med diabetes type 2. Hun arbejder med forebyggelse af sygdommen til daglig og oplever, at mennesker med diabetes bliver tillagt bestemte egenskaber, og at andre folk "ved alt om, hvorfor de er syge", selvom de ikke har hørt patientens sygehistorie. "Man ser dem næsten allerede som overvægtige, selvom de er fuldstændig normalvægtige. Og vi er alle sammen klar med gode råd, når vi møder en person med diabetes: Må du godt spise det der? Det må du da ikke spise. Du har jo sukkersyge, ik´?", siger hun.

Sygeplejersken oplever, at mennesker med diabetes type 2 bliver tillagt negative karakteristika. Blandt andet er det negativt at blive karakteriseret som overvægtig, fordi der heri kan ligge en antagelse om, at man selv er skyld i sin sygdom. Samtidig fortæller hun, at folk med diabetes ofte oplever, at andre mennesker mener, de har ret til at blande sig i deres adfærd. Hun oplever, at patienterne forholder sig forskelligt til omverdens reaktioner. Mens nogle reagerer på trods og tænker: "Jeg skal fandme nok bestemme selv, hvad jeg må spise", vælger andre sociale arrangementer fra, hvis de indebærer måltider. De sociale mønstre, sygeplejersken fortæller om, er dele af stigmatiseringsprocesser.

En social proces

Stigmatisering er en social proces. Det er en udbredt menneskelig aktivitet, som foregår mellem mennesker i vores konstante fortolkning af os selv og verden. Stigmatiseringsprocesser kan ikke forstås uafhængigt af det omgivende samfund og de relationer de berørte mennesker har til hinanden. Således kommer det an på den sociale sammenhæng, hvad der kan være stigmatiserende. Eksempelvis vil en ung person kunne opleve, at hvis hun ikke drikker alkohol til festerne, bliver hun kategoriseret som umoden eller som en kedelig tørvetriller af kammeraterne, mens samme adfærd i hendes sportsklub måske vil give hende mærkatet: en ambitiøs pige, der tager sporten seriøst. Det vil sige, at hun oplever en risiko for stigmatisering i den ene sociale sammenhæng, men ikke i den anden. På den måde kan stigmatisering være et element af de komplekse processer, der er med til at afgøre, hvem der er inden for fællesskabet, og hvem der er udenfor.

En negativ forvandling

Sociologen Erving Goffmans bog Stigma, fra 1963, er en grundbog, der kan være relevant hvis man vil vide mere om stigmatiseringsprocesser.

"Når en fremmed står foran os, kan det vise sig, at han har et kendetegn – en attribut, der adskiller ham fra andre i hans kategori. Et kendetegn af den mindre ønskede slags – i de ekstreme tilfælde, kan han blive set som en person, der er helt igennem dårlig, farlig eller svag. Således bliver han i vores opfattelse reduceret fra en hel og almindelig person til en besmittet og devalueret person. Sådan et kendetegn er et stigma, især hvis dets diskvalificerende effekt er meget udtalt."

Der findes mange forskellige definitioner af stigmatisering. En af de mere fremtrædende er udviklet af en forskergruppe med bl.a. professor i epidemiologi Bruce G. Link. I følge denne definition består stigmatisering af seks elementer: Mærkning, stereotypisering, adskillelse, følelsesmæssige reaktioner, tab af status og diskrimination samt ulige magtforhold. For at der skal være tale om egentlig stigmatisering skal alle elementer være til stede, men de kan komme til udtryk i forskellig grad. I dette debatoplæg bruges også eksempler på situationer, hvor det kan være vanskeligt at vurdere om alle elementer er til stede, og hvor konsekvenserne for de ramte givetvis er mildere end ved en mere omfattende stigmatisering. Men når nogen føler sig negativt udpeget eller dårligt behandlet, er det allerede et problem, og der er en risiko for, at det udvikler sig til stigmatisering, som også indebærer, at der bliver skabt ulige muligheder. Derfor bruges betegnelsen "stigmatisering" også i debatoplægget om situationer, hvor stigmatisering er mindre omfattende.

Mærkning

Langt det meste, der adskiller det ene menneske fra det andet, har ikke nogen særlig social betydning. Det gælder fx fingrenes længde, eller om man bedre kan lide gulerødder end broccoli. Andre forskelle fylder meget mere socialt, fx hudfarve, køn, seksuel observans, religion eller i nogle tilfælde helbredsstatus. Mærkning er, når en egenskab, der har social betydning, bliver forbundet med negative karakteristika.

Stereotypisering

Når et menneske er blevet mærket som eksempelvis ryger, overvægtig eller diabetiker, har man en tendens til at møde dette menneske som sin kategori, med

Lidt historie

Stigma er et græsk ord, der i sin oprindelse refererer til et brændemærke der blev tilføjet kriminelle, slaver eller forrædere, så man synligt kunne identificere dem som bespottede eller personer med en dårlig moral.

de karakteristika der nu engang er tilknyttet kategorien. Man ser ikke det enkelte menneske som et unikt individ, men som del af en gruppe. Dette er stereotypisering. Når man har stereotype opfattelser af en kategori af mennesker, kan det bidrage til stigmatisering hvis de karakteristika, der er knyttet til kategorien er uønskede og negative. Man kan både have stereotype opfattelser af mennesker, man kender og af mennesker, man ikke kender til. Selv om man har en tæt, daglig omgang med en gruppe, kan ens opfattelse af gruppen stadig være præget af stereotype opfattelser. Det viser blandt andet et studie fra Schweiz af ansatte i psykiatrien. Her havde de ansatte stort set samme stereotype opfattelser af mennesker med en psykisk sygdom som resten af befolkningen

Adskillelse

Et tredje aspekt af stigmatisering er, når den sociale kategori indebærer en adskillelse af "os" fra "dem". Eksempelvis kan mennesker fra en anden etnisk gruppe eller mennesker af anden seksuel observans blive betragtet som en helt anden slags mennesker. Antropologen Deborah Lupton har påpeget, at individer, der ikke har eller ikke kan opnå en god heldbredstilstand, er i risiko for at blive konstrueret som "unormale" og dermed nogle andre end "os". Det sker, fordi "det sunde" samtidig er defineret som det "normale". Gruppen, der omfatter "vi" og "os", er per definition "de normale" i ens egen selvforståelse.

Følelsesmæssige reaktioner

De følelsesmæssige reaktioner hos de involverede parter er også en del af stigmatiseringsprocessen. Den person, der ikke bærer "stigmaet", altså det mærke eller karakteristika, som adskiller den der er udsat for stigmatisering fra de andre, kan opleve følelser som vrede, irritation, ængstelse og uro, frygt eller medlidenhed med den person eller gruppe, der er udsat for stigmatisering. Det kan fx komme til udtryk ved, at mennesker, der er udsat for stigmatisering tiltales med en lav, kontrolleret eller overbærende stemme. Eksempelvis som man ville tale til et barn. For den, der er udsat for stigmatisering, vil det blive aflæst som et tegn på, at hun er anderledes og ikke ligeværdig. Den følelsesmæssige reaktion hos den, der er udsat for stigmatisering, vil ofte være præget af forlegenhed, skam, frygt, fremmedgjorthed eller vrede.

Medlidenhed og frygt

Mødet med en person, der er udsat for stigmatisering, følges ofte af følelser som vrede, irritation, ængstelse, frygt eller medlidenhed hos den anden.
Det kan eksempelvis være i mødet med en beruset kvinde, med en mand på udgang fra fængslet, en ung pige, der ryger eller et barn med overvægt.

Har du oplevet sådanne møder med mennesker, der er udsat for stigmatisering?

Tab af status og diskrimination

Når folk er blevet mærket og udskilt som nogen, der er anderledes og er forbundet med uønskede karakteristika, kan der opstå reaktioner blandt dem, der ikke tilhører den udskilte gruppe i retning af at devaluere gruppen. De mennesker, der indgår i gruppen, kan blive udsat for afvisning og eksklusion. Dette er et fremskredent led i stigmatiseringsprocessen. Eksempler kan være, hvis rygere uden videre bliver afvist til et job, fordi de er rygere, eller hvis overvægtige ikke kan blive godkendt til adoption. Folk, der har et synligt handicap, fortæller fx hvordan de jævnligt oplever, at andre mennesker overskrider deres blufærdighedsgrænser, og taler til dem som børn, der skal hjælpes, eller blander sig i, hvordan de skal klare en situation.

Magtforhold

For at man kan tale om egentlig stigmatisering, skal der desuden være en skævhed i magtforholdet. Som sagt er kategorisering en almindelig menneskelig proces. Alle kategoriserer i en eller anden grad. Og det sker også ofte, at man tillægger kategorier negative værdier. Men den gruppe, der tillægger en anden gruppe en negativ værdi, skal samtidig have den sociale, kulturelle, økonomiske eller politiske magt til, at det får konsekvenser for dem, der bliver negativt kategoriseret. Ellers er der ikke tale om egentlig stigmatisering. Hvis mennesker, der ryger, fx kategoriserer rygestopinstruktører som repræsentanter for "systemet", opleves det måske som ubehageligt af rygesto-

pinstruktørerne. Det kan være ubehageligt ikke at blive mødt som unikke mennesker men som repræsentanter for en diskrediteret gruppe i rygernes øjne. Men det er ikke stigmatisering, med mindre den enkelte ryger, eller gruppen af folk der ryger, har magt til at give kategoriseringen konsekvenser gennem tab af status og muligheder.

Varierende styrke

For alle de seks elementer af stigmatisering, der her er nævnt, gælder det, at de kan variere i styrke. Det vil sige, at nogle stigmatiseringsprocesser virker stærkere end andre. De kan også virke forskelligt afhængigt af styrken i de enkelte elementer. Derudover kan følgende faktorer have betydning for, hvor stærk stigmatiseringen virker, og hvordan den kommer til udtryk:

- Muligheden for at skjule stigma – et umiddelbart synligt stigma indebærer større risiko for stigmatisering end et umiddelbart usynligt.
- Stigmaets forløb – kan det forsvinde igen? Tilstande, der ikke kan gå over, har tendens til at fremkalde mere negative reaktioner fra andre, end stigma der kan forsvinde.
- Stigmas evne til at bringe uorden i det sociale samspil – hvis stigma forstyrrer relationen, som det fx kan være tilfældet i forbindelse med nogle former for psykisk sygdom, kan det føre til frygt og usikkerhed over for uventet adfærd.
- Stigmaets æstetik – hvis stigmaet forekommer "ulækkert" vil personen med stigma oftere blive mødt med væmmelse.
- Ansvaret for stigma – det kan have betydning, om den person der er udsat for stigmatisering opfattes som en, der selv er skyld i stigmaet
- Stigmaets farlighed – de følelser af fare eller trussel som stigma fremkalder i andre. Det kan både være fysisk fare i form af en smitsom sygdom, eller graden af ubehagelige følelser af egen sårbarhed, den person der er udsat for stigmatisering fremkalder i andre.

Foto: Michael Rieck

Kapitel 5:

Sikkerhed og identitet – om hvorfor mennesker stigmatiserer

5. Sikkerhed og identitet

Kapitlet beskæftiger sig med, hvorfor mennesker stigmatiserer andre. Grundlæggende er stigmatisering en del af vores måde at begribe verden på, herunder at forholde os til farer og trusler. Stigmatisering er altså noget vi alle sammen gør i større eller mindre grad.

"Da mine børn var helt små, havde jeg mit første anfald, og blev diagnosticeret med epilepsi. Da en af mine gode venner fandt ud af det, var det nærmest som om jeg havde en eller anden forfærdelig sygdom, der ville smitte alle og enhver. Fra den ene dag til den anden forbød hun sine børn at se mine børn… Det fik mig til at føle mig meget utilpas og det tog mig et godt stykke tid at komme over det".

Dette fortæller en kvinde i en engelsk undersøgelse af lungekræftpatienter. Oplevelsen fra dengang gør, at hun nu er bange for at blive stigmatiseret igen på grund af sin kræft. Hun afviser derfor at deltage i en støttegruppe og fortæller ikke andre end den nærmeste familie, at hun har kræft.

Veninden i eksemplet er givetvis bange for, hvad der kan ske med hendes egne børn, hvis kvinden i eksemplet får et epileptisk anfald. Hun kan også føle, at kvinden og hendes børn repræsenterer noget, som hun helst ikke vil mindes om og helst holde sig fra. Noget hun slet ikke vil identificere sig selv med. Hun oplever måske, at veninden med sygdommen pludselig ikke tilhører den samme gruppe af sunde, tilregnelige individer, og hun magter måske ikke at håndtere de følelser, der opstår i hende ved konfrontationen med veninden, der nu er anderledes.

Stigmatisering opstår ikke bare tilfældigt. Erving Goffmann skriver fx, at det ikke er alle de ting, der gør os forskellige, som vi vælger at lægge vægt på. Stigmatisering sker inden for de områder, hvor der er noget på spil. Hvor noget har betydning for os i vores hverdagsliv. I en sociologisk artikel skriver L.H. Yang og en række kolleger, at stigmatisering er et højst pragmatisk og taktisk svar på det, vi mener, truer os – et svar på reel fare og frygt for det ukendte.

"Det er, hvad der gør stigmatisering så farligt, varigt og svært at komme til livs. For de mennesker, der er udsat for stigmatisering indebærer stigma lidelse. For den der stigmatiserer, synes stigmatisering at være en effektiv og naturlig reaktion, der ikke blot virker som bevarelse af sit eget selv og psykologisk forsvar, men også er udtryk for en eksistentiel og moralsk oplevelse af at være truet", skriver de.

Når man stigmatiserer mennesker der er i risiko for at blive syge, kan det altså være for at forsvare sig mod farer som alvorlige sygdomme og mindelser om død. Man gør det for at beskytte sin egen identitet – sætte skel mellem dem og os – og for at forsvare sig som gruppe mod moralsk og fysisk forfald, som i sidste ende koster os alle sammen dyrt i form af penge til behandling og tab af ressourcer i form af arbejdskraft. Stigmatisering bliver desuden brugt som instrument til at fastholde gruppens medlemmer i en adfærd, der er moralsk forsvarlig. Ved at udskamme nogle adfærdsformer og gøre dem socialt uacceptable søger man at få de "frafaldne" ind på den rette vej og forhindre yderligere frafald.

Identitet og gruppefølelse

Spørgsmålet om identitet er også et grundlæggende element, der kan være på spil, når der er tale om stigmatisering.

Man skaber blandt andet sin egen identitet, ved at gøre sig klart, hvad man ikke er. Og man har brug for en "anden" der repræsenterer det, man ikke er. Når man stigmatiserer, kan det ses som en del af denne proces. Man giver udtryk for, hvad man selv ikke er: Det der er unormalt – det som adskiller sig fra det accepterede og normale.

Dermed er ikke sagt, at alle, der repræsenterer noget man ikke er, er stigmatiserede. For at der er tale om stigmatisering, skal det anderledes blandt andet samtidig have en negativ betydning, og det skal have negative konsekvenser for "den anden" at blive udskilt (Definition af stigmatisering i kapitel 4).

Stigmatisering er altså en social funktion og en helt almindelig, menneskelig adfærd. Det er vigtigt at lægge mærke til, at stigmatisering har forskellig styrke, og det er forskelligt i hvilken udstrækning et samfund og forskellige grupper gør brug af "strategien" til forskellige tider. Meget tyder på, at det blandt andet afhænger af i hvor høj grad, man som befolkning i et samfund eller i de enkelte grupper føler sig truet på liv og helbred eller i forhold til sin identitet.

Et bevidst middel

I langt de fleste tilfælde sker stigmatisering ubevidst. Men det sker også, at stigmatisering bliver brugt som et bevidst redskab for at regulere folks adfærd. Som det beskrives i kapitel 6: Et mærket liv, vil mange stigmatiserede forsøge at komme af med deres stigma. Stigmatisering kan derfor være en effektiv motivation for folk til at ændre adfærd. Læs mere om stigmatisering som et bevidst middel i kapitel 8.

Kapitel 6:

Et mærket liv – om konsekvenser af stigmatisering

6. Et mærket liv

Tab af status, selvrespekt og diskrimination er nogle af de konsekvenser, mennesker der er udsat for stigmatisering må leve med. Men stigmatisering har også andre konsekvenser. Blandt andet kan det påvirke effekten af en forebyggende indsats.

På det personlige plan har stigmatisering betydning for folks identitet og selvforståelse. Når man oplever at blive betragtet ud fra negative stereotype opfattelser, når andre ser en som repræsentant for en gruppe, der er tillagt negative egenskaber og udskilt som "forkert" og man dermed bliver behandlet med mindre respekt, kan man ikke undgå at blive påvirket. Generelt nævner litteraturen følelser af skyld, skam og på længere sigt skadet identitet med tab af selvværd som nogle af de konsekvenser, folk der er udsat for stigmatisering risikerer. I værste fald kan deres sociale liv være truet, og deres økonomiske muligheder blive forringet, fx på grund af færre jobmuligheder.

Stigmatiseringsprocesser spiller også ind i sundhedsvæsenet, hvor det er påvist at grupper der er udsat for stigmatisering risikerer at få en dårligere behandling end andre. Det kan være, at de selv holder sig tilbage fra at søge hjælp, eller at behandleren har negative stereotype forestillinger, der påvirker deres valg af behandling. Det kan også ske, at repræsentanter for sundhedsvæsenet ikke tilbyder hjælp, netop fordi de er bekymrede for at bidrage til stigmatisering.

Er jeg så slem?

En medarbejder ved et kommunalt projekt med fokus på overvægt hos børn og unge fortæller om en mor, som henvendte sig til projektet:

"Hun var sygeplejerske. Og hun tudbrølede. Hun syntes, det var så pinligt, fordi netop hun, med hendes uddannelse, ikke burde have overvægtige børn. Dermed gav hun udtryk for fordommene om, at overvægt dels er ens egen skyld, og at det kun er de laveste socialgrupper, der er overvægtige. Hendes frygt for at blive stigmatiseret havde afholdt hende fra at kontakte os i flere måneder og sedlen på køleskabet var gledet længere og længere ned", siger forebyggeren. Hun tilføjer, at forældrene ofte føler, de har svigtet deres børn: "De føler sig udpegede som dårlige forældre, hvis vi udpeger deres børn med en dysfunktion" siger hun.

En kvinde, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud fortæller, at hun i første omgang blev ked af det, da hun fik tilbuddet: "Det var ubehageligt, at blive mindet om min vægt", siger hun.

I løbet af et par år har hun haft et større vægttab, hvilket omvendt har haft stor betydning for hendes selvopfattelse, hendes forhold til børnene og det sociale liv.

"Før turde jeg ikke hoppe i en badedragt og tage med børnene til svømning. Nu kan mit barn holde rundt om mig. Jeg følte mig overset før og blev ikke taget i betragtning ved ansættelsessamtaler. Nu kan min søn give et ordentligt knus. Kropsstørrelsen har meget at sige. Jeg har fået mere selvtillid. Tør tale mere og har ændret min måde at se mig selv på", siger hun.

Begge eksempler viser, i hvor høj grad selvværd hænger sammen med ens status. Om man hører til i "normalgruppen", eller føler sig placeret i en gruppe af nogle der falder udenfor. I dette tilfælde som enten "dårlige forældre" eller "meget overvægtige".

Eksemplerne berører også andre konsekvenser af stigmatisering, som ofte går igen: Forholdet til andre mennesker, til familien og til ens chancer på jobmarkedet. Hvordan mennesker med fx overvægt opfatter omgivelsernes reaktion vil samtidig være præget af, at de kender de fordomme, der ofte er forbundet med fedme. Derfor kan der opstå en forventning om at blive mødt af negative stereotype forestillinger, som så igen kan resultere i, at mennesker med overvægt opfører sig mindre tillidsfuldt i mødet med andre og hurtigt kommer i forsvarsposition.

Uden for normen

Mange vil opleve, at de på et eller andet tidspunkt falder uden for normen, fx ved ikke at leve op til forventningerne om "den gode forælder", eller leve op til sundhedsrådene eller ved at være på vej ud i et misbrug.

Har du erfaring med at falde uden for normen på den uønskede side?

Tab af social kontakt

I en engelsk undersøgelse af mennesker med lungekræft fortæller flere, hvordan naboer, de har kendt gennem mange år, undgår dem, og går over på det modsatte fortov, hvis de mødes på gaden. En patient fortalte, at hans datter ikke havde ringet, siden han fik diagnosen, fordi datteren følte sig uren ved kontakt med cancer. Undersøgelsens forfattere mener, det kan skyldes den effekt, de kalder: "courtesy stigma" – en udbredt frygt for, at stigmaet også omfatter de mennesker, der har kontakt til den person, der er udsat for stigmatisering.

Det mindre selvværd og oplevelser af ikke at blive respekteret kan omvendt også føre til at mennesker, der er udsat for stigmatisering selv undgår social kontakt. (Se kapitel 7 for mere om hvordan mennesker, der er udsat for stigmatisering, tackler situationen).

Mindre respekt

Negative stereotype opfattelser kan gøre, at de personer der er udsat for stigmatisering, ikke bliver behandlet med almindelig respekt. En kvinde, der selv er overvægtig, har flere eksempler på, hvordan almindelig respekt glipper i folks omgang med hende. For nogle år siden var hun indlagt på sygehus efter en trafikulykke, hvor hun havde brækket nakken – "og stort set hele kroppen".

"Da jeg vågnede op, lå jeg med en stiv krave på. Jeg skulle også have et jernstativ som blev boret ind i hovedet og gik ned over kroppen, for at blive stabiliseret. Men jeg lå i fire dage, uden der blev gjort noget. Imens kunne jeg høre, de snakkede om mig og diskuterede, om ikke jeg var for overvægtig til det stativ. Om jeg mon ikke skulle have et specialdesignet stativ. De stod og talte om det hen over sengen. Det var ret ydmygende. Jeg kunne godt både høre og tale, så det var ikke det. Min mand prøvede også at sige til dem, de skulle lade være. Men så på fjerdedagen kom en anden læge, og undrede sig over, at jeg ikke havde fået det stativ på. Han skar igennem al snakken, om nu jeg var for tyk, eller hvad, og tog et målebånd om maven på mig: "Hun kan da sagtens have en Halo-vest på. Hun er da meget mindre end de største bodybuildere vi har", sagde han". Og sådan havde jeg mange oplevelser", fortæller kvinden.

Dårligere behandling

Oplevelsen indebar ikke blot, at kvinden blev nægtet almindelig respekt. Personalets negative stereotype forestillinger om at en overvægtig ikke kunne passe ind i et stativ til normal-størrelsen, og som én man ikke kan snakke med og inddrage i beslutninger, havde også konsekvens for kvaliteten af den behandling hun fik, fordi de ikke greb til handling. Eksemplet er langt fra enestående. I en engelsk undersøgelse fortæller flere lungekræftpatienter, at de fik forsinket deres diagnose, fordi den praktiserende læge ikke tog dem alvorligt, når de klagede over en grim hoste, hvor de hostede slim op. Patienterne fortæller, at lægen, så snart han havde bemærket, at patienten var ryger, slog symptomerne hen som en almindelig reaktion på tobakken, og sendte patienten hjem med recept på hostemedicin.

Hvilken slags

For at vi kan beskrive verden omkring os, deler vi den op i enheder. Vi klassificerer ting, fænomener, dyr og ikke mindst hinanden. Men samtidig har de navne vi giver vores klasser betydning for, hvordan vi opfatter dem. Når vi kategoriserer andre, får navnene også betydning for, hvordan de klassificerede oplever sig selv. Kalder vi nogen for "fremmedarbejdere", viser det, at de bliver set som et fremmed element i samfundet. Og kalder vi nogen for "midaldrende" udelukker vi muligheden for at forbinde dem med en adfærd, vi tillægger "ungdom" eller "alderdom".

"Læger", "udsatte grupper", "pædagoger", "arbejdsløse", "enlige mødre" er alle eksempler på en kategorisering af mennesker.

Hvilke kategorier om mennesker bruger du i dit arbejde? Hvilke værdier tillægger du dem, og indebærer nogle af dem en risiko for stigmatisering?

Omvendt stigmatisering

Frygten for at bidrage til stigmatisering kan også føre til, at mennesker fra grupper, som er udsat for stigmatisering ikke får tilbudt hjælp. Man kan synes, det er pinligt at tage problemet op, og vil ikke fornærme nogen ved at foreslå, de kan høre til i en målgruppe for en sundhedsintervention. Det kan føre til hvad man kunne kalde "omvendt stigmatisering".

"Der er rigtig mange, der er bange for at stigmatisere", siger en sundhedsplejerske, der leder et projekt målrettet sårbare familier med særligt fokus på unge mødre. "Det gælder mange ting. Det kan være sociale ting. Økonomiske ting. Man er generelt bange for det. Selvfølgelig, fordi man gerne vil noget andet, end at gøre folk kede af det", siger hun.

En socialrådgiver, der skulle hjælpe med at rekruttere børn og unge til et projekt om overvægt kalder det "tabu-belagt" at tale med børnene og de unge eller deres forældre om overvægt og om, hvad familien spiser.

"Når man sådan kommer i skoler og institutioner, så kan man jo nærmest sige, okay der er 5-6-7, måske 10 børn her, der er overvægtige, men min fornemmelse er – og det vil jeg næsten skrive under på – der er ikke én sundhedsplejerske, én lærer, som har taget direkte kontakt med de her forældre og sagt: Dit barn er overvægtigt, og det betyder det, og det og det. Fordi det er rigtig, rigtig svært."

Vanskelig rekruttering

Mange forebyggere oplever, at det er svært at rekruttere deltagere til projekter. En årsag kan være modstand hos de potentielle deltagere. Ved at deltage i et forebyggelsesprojekt bliver man ofte placeret i en uønsket kategori. Dels bliver det tydeligt over for omverdenen og dels bliver det tydeligt over for en selv, at man er havnet i kassen af "unormale". Desuden har man måske heller ikke lyst til at placere sig i rollen som den, der skal have hjælp og som mangler noget.

En leder af et projekt rettet mod overvægt hos børn og unge fortæller, hvor svært de havde ved at rekruttere deltagere til blandt andet et teaterprojekt:

"Vi tog rundt med teaterbussen til alle skoler i kommunen, og mødtes med de største skoleklasser. Vi fortalte om, at nu var der det her kursus for dem, der gerne ville tabe sig. Vi fulgte op med en informationsaften. Vi troede, der ville komme omkring 100 og havde tænkt, vi ville vælge 12 eller 15 ud til at deltage. Så kom der otte! Det var rigtig kriseagtigt."

Lederen fortæller, at der var forskellige forklaringer på, hvorfor børnene ikke meldte sig. Nogle forældre syntes slet ikke, deres børn var overvægtige, og kunne blive vrede over henvendelsen. Andre sagde, de ikke ville have flere slankekure, som ikke virkede. Og nogle af de børn, som lederne af projektet havde håbet ville komme af sig selv, når de kørte rundt med bussen sagde, at de ikke tog kontakt fordi de ikke ville udpeges som "den fede".

Strukturel forskelsbehandling

Udover at støde på ubehagelige reaktioner hos medmennesker og måtte slås med egne reaktioner som eksempelvis tab af selvværd, kan mennesker, der falder uden for "det normale" også blive udsat for strukturel forskelsbehandling. Det kan ske gennem færre penge til forskning i deres sygdomme, eller ved at deres værestede og behandlingssteder ligger uattraktive steder i byrummet. Eksempelvis kan alkoholbehandlingsstedet ligge i udkanten af en by, hvor de færreste kommer lige forbi, og som er dårlig betjent med offentlig transport.

Det kan også ske ved, at der ikke er plads til ens særlige behov. Eksempelvis når man ikke må ryge i det offentlige rum, eller når man ikke kan være på sædet i bussen, fordi det ikke er designet til personer på over 100 kilo.

Flysæder i dobbeltstørrelse og overdækkede rygerum

Er der en grænse for i hvor høj grad mennesker, der falder uden for normen, kan forvente at samfundet indretter sig på deres betingelser? Er det stigmatisering, når nogle mennesker ikke kan komme med flyveren uden at købe to flysæder? Er det arbejdspladsens opgave at indrette rygerum? Hænger samfundets forpligtelse sammen med vores antagelse om, hvad der er folks egen skyld?

To sider af samme mønt

Selvom den der bliver stigmatiseret bærer de tungeste konsekvenser, lader processen ikke de mennesker, der befinder sig på den anden side, uberørt. Som beskrevet i kapitel 4 er stigmatisering en social proces, som foregår mellem mennesker. Processen påvirker, og påvirkes af, de mennesker der deltager, ligesom det omgivende samfund indgår i vekselvirkningen.

Man kan ikke undgå at vide – på et bevidst eller ubevidst plan – at man står over for en person, der tilhører en gruppe, der er udsat for stigmatisering, og dermed kan de færreste undgå at blive berørt.

Bruce G. Link et. al. skriver, at den der ikke selv er udsat for stigmatisering oplever følelser som vrede, irritation, ængstelse, medlidenhed og frygt i samspillet med en person, der er udsat for stigmatisering.

Selvom man beslutter sig for, at man ikke vil bidrage til stigmatisering – at man ikke vil betragte personer, som man ved tilhører en gruppe, der er udsat for stigmatisering, som repræsentanter for "de andre", så kan det være meget svært helt at slippe fri af den måde at reagere på.

Som sociale individer i et givent samfund er vi påvirkede af den måde, samfundet (os alle sammen) kategoriserer verden på. En af filosoffen Michel Foucaults hovedpåstande er, at vi som mennesker på ethvert givet tidspunkt er underlagt nogle fælles strukturer, som regulerer hvad der overhovedet kan tænkes og siges og som derfor også har betydning for vores måder at inddele, reagere i og opleve verden på. Men strukturerne er under stadig forandring, under påvirkning af det vi siger og gør, og det der sker omkring os. Som antropologen Deborah Lupton siger om de fælles rammer og strukturer: "Subjekter (dig og mig) er hverken fuldstændig styrede af diskursen eller fuldstændig i stand til at træde ud af diskursen".

Kapitel 7:

Tilpasning eller modstand – om at håndtere at være udsat for stigmatisering

7. Tilpasning eller modstand

Kapitlet giver indblik i, hvad personer der er udsat for stigmatisering gør for at tackle deres situation. At forsøge at skjule sit stigma, komme af med det eller isolere sig socialt, er nogle af de strategier mennesker, der er udsat for stigmatisering, benytter sig af. Men de kan også gøre modstand mod stigmatiseringen.

"Det er et tabuemne – indtil de er kommet over tærsklen her. Første gang er altid den sværeste. Der er jo en opfattelse [i samfundet] af, at hvis ikke man kan styre sit alkoholforbrug, har man en brist et sted som menneske."

Sådan siger en socialrådgiver, der arbejder i et alkohol-rådgivningscenter og afvænningstilbud. Han fortæller, at brugere af centret ofte har forsøgt at skjule deres stigma for omverdenen, med den konsekvens, at de ikke har søgt hjælp for deres misbrug.

At forsøge at skjule det der er årsagen til, at man udsættes for stigmatisering, er en almindelig handlestrategi i forhold til stigmatisering, særligt hvis ens stigma ikke er direkte synligt. I andre tilfælde kan mennesker, der er udsat for stigmatisering, vælge at skjule sig og simpelthen isolere sig fra social omgang med andre mennesker.

Mange der er udsat for stigmatisering, deler omverdenens opfattelse af, at deres adfærd eller udseende berettiger til en lavere status. I den situation er en naturlig reaktion at forsøge at blive sit stigma kvit. Man kan eksempelvis søge behandling for sit alkoholforbrug, droppe smøgerne, arbejde på at komme i god form, forsøge at tabe sig eller blive opereret for sin overvægt.

En kvinde, der har været overvægtig det meste af sit liv, og oplevet hvad det betød for hendes selvværd og selvtillid, og hvad det indebar af diskrimination i form af at blive valgt fra til jobsamtaler eller i andre situationer, fik en operation for sin overvægt som 30-årig.

"Jeg fik en klemme på mavesækken og havde 12 år hvor jeg var slank. Derefter begyndte jeg at tage på igen", fortæller hun. Selvom operationen havde bivirkninger som blandt andet betød, at der var madvarer hun ikke kunne spise, eksempelvis ris og skindet på tomater, betegner hun sine slanke år som nogle af de bedste i sit liv. "Jeg ville gerne have haft nogle flere tilbud, der havde forsøgt at få fat i mig. Der er ikke én af os overvægtige, tror jeg, der ikke har lyst til at blive normal", siger hun.

Helst et døvt barn

I en artikel i Politiken fra marts 2008, kritiserer et britisk forældrepar til et døvt barn, at fostre med gener for døvhed automatisk bliver sorteret fra ved kunstig befrugtning. De ønsker sig selv et barn til, og vil helst have et døvt barn, ligesom de er glade for, at deres førstefødte er døv.

"Det, at fostre med døvegen bliver kasseret, sender et direkte signal om, at regeringen mener, at døve mennesker aldrig burde være blevet født", siger tegnsprogsekspert Steve Emery fra Heriot-Watt-universitetet i Edinburgh i artiklen.

På den anden side argumenterer Jackie Ballard, direktør for Det Kongelige Institut for Døve i England for, at døvhed er og bliver et handicap, som man skal udgå, hvis det er muligt.

"Det er altså ikke nedladende over for døve mennesker at sige, at når der er et valg, så er det bedre at bringe et barn til verden, der får færrest mulig problemer", siger han i artiklen.

Kategorier og mennesker

I det øjeblik man udpeger et menneske som tilhørende en særlig gruppe eller kategori, gør man også noget ved de mennesker, der tilhører kategorien. Samtidig vil de mennesker, der bliver forbundet med kategorien, påvirke den og forsøge at definere, hvad den betyder.

Næsten alle har mere eller mindre stereotype opfattelser af kategorier som læger, golfspillere eller mennesker med et alkoholproblem. De stereotype opfattelser påvirker os. Ikke mindst vores egen opfattelse af den gruppe vi selv tilhører. Vi er så at sige hele tiden i dialog med den kategori, andre eller vi selv placerer os i og med de stereotyper, der hører til kategorien. Måske er en person enig i, at han tilhører gruppen af rygere. Men han er ikke nødvendigvis enig i, at det er en dadelværdig gruppe. Og han kan være dybt uenig i, at rygere er personer med manglende selvkontrol og nærmest narkomanagtig adfærd. I stedet ser han måske sig selv som livsnyder. En der tager afslappet på tilværelsen og ikke forholder sig til, at han måske dør tidligere, end hvis han ikke havde røget.

Antropologen Ian Hacking taler om, at der er en feedback effekt forbundet med menneskelige kategorier. Vi reagerer på og bliver påvirkede af de forestillinger vi bliver forbundet med, og der foregår en konstant kamp og forhandling om betydningen.

Eksempelvis taler en forebygger inden for alkoholområdet om, at hun gerne vil have ændret betydningen af alkohol over i retning af, hvordan vi i dag generelt

i samfundet opfatter rygning. Som noget der også er skadeligt for andre. Hun vil med andre ord gerne have ændret betydningen af kategorien "mennesker der drikker alkohol":

"Jeg synes, det er en god vinkel, vi er kommet ind i ved rygning. … Vi skal selvfølgelig hjælpe den enkelte. Men vi skal også skærme folk fra at blive skadet af andres forbrug. Og når det gælder alkohol, har det så mange sociale konsekvenser. Især i familien", siger hun.

Forebyggeren ønsker en udvikling, hvor alkohol i højere grad bliver opfattet som noget, der kan skade andre – hvor det fx kan være synd for børnene, hvis mor og far drikker vin til aftensmaden. En opfattelse som andre formentlig vil forsøge at kæmpe imod med afsæt i andre betydninger af alkohol.

Kampen om kategorierne

Mennesker underlægger sig ikke nødvendigvis samfundets eller andres definition af deres adfærd og rolle. Modstand kan både være mere eller mindre bevidst, og den kan både være passiv eller aktiv og mere eller mindre organiseret.

Et tænkt eksempel på passiv modstand kan være, når en kvinde uden i øvrigt at gøre noget væsen ud af det, krøller indkaldelsen til årets screeningsundersøgelse sammen og smider den i skraldespanden. Den ubevidste modstand kan være, når hun ikke tager stilling til indkaldelsen, men bare ikke rigtig kommer af sted. Modstanden bliver mere aktiv den dag kvinden skriver et læserbrev og kritiserer sundhedsmyndighedernes krav om, at hun skal underlægge sig helbredsundersøgelser, når hun hellere vil leve sit liv uden at blive mindet om risikoen for den ene eller anden sygdom. Og at hun måske i øvrigt ikke tror, at screeningen batter særlig meget. Slutter kvinden sig så sammen med andre i en gruppe, der aktivt arbejder mod screeninger, er modstanden både aktiv og organiseret. Men gruppen af kvinder, der ikke vil indkaldes til screeningsundersøgelser ville aldrig være dannet, hvis ikke først der var blevet skabt en kategori af kvinder, der bliver indkaldt til screening.

Gennem den aktive modstand kan kvinderne også forsøge at påvirke de stereotype opfattelser, der er forbundet med kvinder, der ikke går til screeningsundersøgelser. Fra at være nogle der mangler handleressourcer, og ikke magter at tage vare på deres eget liv og som er uansvarlige overfor deres børn og mænd, fordi de udsætter sig for risiko for tidlig død, kan de markere sig som handlekraftige, modige og velargumenterede. De vil dog stadig tilhøre kategorien af kvinder, der ikke går til screeningsundersøgelser, så længe kategorien er socialt relevant.

Nogle grupper der er udsat for stigmatisering eller de organisationer, der repræsenterer grupperne forsøger at ændre stereotyperne i forbindelse med deres stigma, ved at ændre betegnelsen. Et af de kendte eksempler er bevægelsen fra idiot, over åndssvag og mentalt handicappet eller retarderet til psykisk udviklingshæmmet. Desuden er der i dag mange forsøg på at ændre gruppebetegnelser – eksempelvis fra at sige om en person at han er diabetiker til at sige, at han er en person med diabetes. Eller fra at sige om en person at hun er alkoholiker, til at sige at hun er en person, der har et alkoholproblem, etc. På denne måde forsøger man at adskille den enkelte person fra den tilstand, man gerne vil afhjælpe.

I andre tilfælde tager mennesker deres kategori på sig, og identificerer sig positivt med den. De søger at gøre op med andres idé om, at de kendetegn eller egenskaber, der forbinder dem med kategorien er uønskede. Et eksempel er repræsentanter for gruppen af døve, som fremhæver, at døve ikke bør ses som handicappede men som medlemmer af en minoritet med sit eget sprog. Danske Døves Landsforbund skriver fx i en folder fra maj 2008:

"Døve er ikke handicappede. At være døv handler ikke kun om en manglende høresans – det handler i høj grad om identitet. Mange døve betragter ikke sig selv som handicappede. De ser sig selv som en del af en sproglig og kulturel minoritet, der først og fremmest handler om deres modersmål: Tegnsprog. For tegnsprog er identitetsskabende og kulturbærende."

Hvad en kategori indebærer, om den er stigmatiserende eller ligefrem ønskværdig at tilhøre, er altså hele tiden til diskussion og under forandring.

Kapitel 8:

En bevidst indsats – om hvordan man kan undgå eller mindske stigmatisering

8. Bevidst indsats

Hvad kan forebyggere gøre, hvis de vil undgå at stigmatisere eller i det mindste minimere den eventuelt stigmatiserende effekt af forebyggelsesaktiviteter? Dette sidste kapitel videregiver nogle ideer til at undgå stigmatisering fra de interviewede forebyggere og borgere og fra den anvendte litteratur om stigmatisering.

"Når man holder folk ude i strakt arm, kan man omtale dem som målgruppe. Men jo tættere de kommer på som individer, jo mere træder de frem som unikt sammensatte mennesker, og så oplever jeg, at jeg får en bedre kontakt med dem. På den måde er det helt tydeligt, at når der er stigmatisering på spil, kan samtalerne ikke gennemføres. Hvis folk bliver set som rygere – at man er ryger og kun en ryger – og man ikke samtidig bliver set som en møgsej havnearbejder, der har levet et hårdt liv, så går det ikke".

Det fortæller en ansat ved Kræftens Bekæmpelse, der har undersøgt, hvad der sker i forbindelse med rygestopsamtaler på forskellige hospitalsafdelinger. Hendes erfaring er, at man som forebygger, kan undgå at bidrage til stigmatisering, hvis man kan se ud over de stereotyper, der er forbundet med eksempelvis kategorien "rygere" og forholder sig til hver enkelt som det helt særlige menneske hun eller han er. Samtidig mener hun, at dialogen vil blive bedre og chancen for lydhørhed over for et rygestop vil blive øget.

Bagom forforståelsen

For at komme uden om stereotype opfattelser af andre mennesker og undgå at ens forforståelse (dvs. de kategorier man opstiller og de antagelser man gør sig om andre mennesker) står i vejen for dialog og kontakt, er det nødvendigt at gøre sig klart, hvad ens forforståelse eller stereotype opfattelser består af, og hvad de betyder for kontakten med borgere og patienter.

Hver gang man skal møde et nyt menneske, gør man sig forestillinger på forhånd om, hvem man skal møde. Ud fra det lidt man ved, forsøger man at danne et første billede. Allerede personens kropsprog, hans måde at tale på, hans udseende – eksempelvis små detaljer som hvilken stand hans tænder er i – vil bidrage til arbejdet med at skabe et billede. Hvis de første indtryk bekræfter forforståelsen, bliver den styrket. Hvis den ikke bliver bekræftet, kan man vælge to strategier: Man kan overhøre og fortrænge de indtryk, der ikke passer til forestillingerne, eller man kan forsøge at ændre sin forestilling om den pågældende.

Der er eksempler på, at selv trænet sundhedspersonale fastholder en opfattelse af, at en patient eksempelvis må være ryger, eftersom patienten har en sygdom, der er rygerelateret. Også selvom patienten har forklaret, at han aldrig har røget. Det illustrerer, hvor stærke stereotype opfattelser af nogle grupper kan være. Og med mindre man tvinger processen frem i lyset, foregår langt det meste på det ubevidste plan.

En måde at forsøge at bevidstgøre sit personlige forhold til mennesker i målgruppen, kan være at gøre det til en indsats på sin arbejdsplads. Her kan det være nyttigt i fællesskab at se på sin aktivitet som en "løsningsmodel". Det indebærer at stille spørgsmålene:

- Hvad består vores løsning af, og hvorfor mener vi løsningen virker?
- Hvad siger vores løsning om, hvad vi ser som problemet? Favner løsningen hele problemet eller kun dele af problemet?
- Hvem henvender løsningen sig til? Hvordan definerer vi målgruppen, og hvilke antagelser har vi om målgruppen? Hvordan er målgruppen kategoriseret og hvilke stereotyper tillægger vi kategorien?
- Hvordan henvender vi os til målgruppen?

Sprogligt

Ved at benytte sig af mennesket-først-sprog kan man sprogligt forsøge at frigøre sig fra de stereotype opfattelser, man kan have om en kategori. I mennesket-først sprog bruger man et neutralt sprog, hvor man eksempelvis siger en "kvinde med overvægt" i stedet for en "overvægtig kvinde", en "patient med KOL" i stedet for en KOL-patient eller en "person med et alkoholproblem" frem for en "alkoholiker. Med det sproglige fif, hvor man først nævner mennesket og dernæst kategorien, understreger man overfor dem man taler med og overfor sig selv, at kategorien kun beskriver en lille del af mennesket eller gruppen.

Nogle steder er det et krav til sproget i videnskabelige artikler, at man bruger "mennesket-først-sprog". Man kan dog indvende, at sprogformen bliver for omfattende, og i stedet er med til at understrege, at her har man at gøre med en sårbar gruppe, der er udsat for at blive stigmatiseret, og derfor har brug for særlig sproglig beskyttelse.

Inden i personen eller påklistret?

En del opfatter og taler om, at en person har et stigma. Som om det er en egenskab eller et kendetegn ved personen, der bliver årsag eller mål for stigmatiseringen.

Men man kan også tale om stigma, som noget andre tilfører personen. Som den måde personen bliver set og behandlet på.

Gør det en forskel om man opfatter stigma på den ene eller den anden måde?

Kommunikation med målgruppen

En anden mulighed for at komme uden om stereotype opfattelser på er at gå i dialog med målgruppen. Både med de enkelte medlemmer af gruppen og med repræsentanter for gruppen.

Som en kvinde, der har haft overvægt som et tema det meste af sit liv, siger: "Hvis nu man fik vendt det her fokus fra: Du dør, og du er en belastning for samfundet – hvad vi hele tiden får at vide – til et budskab om: Vi ved, du er her i samfundet. Vi respekterer dig som et ligeværdigt menneske og vi vil gerne sammen med dig finde en løsning, så du kan blive rask. Så ville de fleste af os tage imod. Selvom der selvfølgelig også vil være undtagelser", siger hun.

Når man inddrager målgrupper, enten i tilrettelæggelsen af sunde rammer eller i den individuelle forebyggelse kan det være relevant at tænke over, hvor snævert man på forhånd har defineret mulige løsninger. Er der reel mulighed for at brugerne kan være med til at definere deres egne behov og problemer?

En forebygger, der har prøvet at arbejde med en åben og reflekterende tilgang på arbejdspladser, hvor deltagerne ikke på forhånd har et defineret problem og en defineret løsning, beskriver det fx som en befriende tilgang, der giver plads til at fokusere på de områder i folks liv, som de selv er optaget af. Hun fortæller, hvordan hun ind i mellem har følt det som snærende bånd, når hun har arbejdet med målrettede projekter, eksempelvis rettet specifikt mod patienter med KOL eller diabetes type 2.

"Så har man et formål med at flytte folk fra A til B, for så er fokus på et eller andet område, som er forkert. Og vi er alle sammen sat i en eller anden stilling, hvor vi får nogle puljemidler: Så skal det handle om storrygere, så skal det handle om overvægtige børn. Det er meget få af os forebyggere, der får lov til den her reflekterende tilgang til folk. Fordi vi skal måles på et eller andet", siger hun.

For at kvalificere kommunikationen med målgruppen, kan man arbejde målrettet med at nuancere beskrivelsen af den. Kommunikation om eksempelvis risici bør afspejle åbenhed og dialog i forhold til personens egen definition af sig selv og i forhold til personens sundheds- og sygdomsopfattelse, som i mange tilfælde kan være anderledes end eksperternes.

Strukturel forebyggelse

Strukturel forebyggelse er at skabe sunde rammer lokalt og nationalt, for at gøre det nemmere for alle at træffe sunde valg. Som en forebygger siger:

"Jeg tror, vi kunne fjerne noget af stigmatiseringen ved at kigge på samfundets indretning og ikke kigge på individer hele tiden. Se på vores livsvilkår og vores samfundssituation. Hvad er det for en arbejdssituation vi har? Vi taler så meget om forældreansvar. Men min søn, han er ude af mine hænder otte timer om dagen. Og så hedder det sig, at jeg har ansvaret for hans tykhed eller tyndhed. Hans motion. Men jeg har ingen indflydelse på, når han er nede i SFO-en. Jeg appellerer så til pædagogerne, at de finder på noget, der er sjovt for ham i forhold til at være fysisk. For han er ikke sådan én, der nødvendigvis går udenfor. Men så er det jo nemt at punke forældrene: Du har et barn, der skal løbe og lege! Det bliver et meget individuelt problem og dig, der skal gøre et eller andet for dig og din sundhed."

Tanken er altså at skifte fokus fra det individuelle til at se på mulighederne for at indrette samfundet anderledes, så det gøres nemmere for alle at leve sundt. Som nævnt i introduktionen er der en del opmærksomhed på strukturelle indsatser i forebyggerkredse. Et større fokus her kan i nogle tilfælde mindske risikoen for stigmatisering i forbindelse med forebyggelse.

Stigmatisering som et legitimt redskab?

Stigmatisering kan også være et effektivt redskab til at få folk til at ændre adfærd, fx ved at man i forebyggende indsatser spiller på, at bestemte former for risikoadfærd (rygning, stort alkoholforbrug etc.) er socialt uacceptable.

I en videnskabelig artikel med titlen: "Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we" argumenterer forfatteren Ronald Bayer for, at elementer af stigmatisering kan være på sin plads som redskab, hvis formålet er at forbedre folks sundhed frem for at udelukke dem fra samfundet, og hvis det i sidste ende vil komme de mennesker til gode, som stigmatiseringen går ud over. I artiklen opstilles nogle pejlemærker som man kan bruge, når man skal overveje om en vis grad af stigmatisering kan retfærdiggøres som et middel til at få borgere til at ændre adfærd:

- Anvises der handlemuligheder og en reel "vej ud" eller er der primært tale om at pålægge borgerne skyld i forhold til usund adfærd?

- Er der solid evidens for, at en bestemt adfærd er sygdomsfremkaldende og indebærer en væsentlig forhøjet risiko for tidlig død? Og er det reelt muligt for målgruppen at ændre denne adfærd?
- Er der evidens for, at en indsats der anvender elementer af stigmatisering vil være det mest effektive redskab til at forbedre livet for målgruppen?
- Er der grundlag for at antage, at indsatsen alt i alt vil have flere positive konsekvenser end negative (de forventede fordele skal afvejes i forhold til ulemper for dem det ikke lykkes for at ændre adfærd fx i form af en endnu større skyldfølelse)?
- Er igangsætterne af forebyggelsesindsatsen i stand til at overskue konsekvenserne, af den stigmatisering, de evt. bidrager til at sætte i gang? Er de sikre på, at stigmatiseringen vil ramme de grupper, som man ønsker at hjælpe, og ikke risikerer at påvirke andre grupper i kortere eller længere tid?

Disse pejlemærker kan være en hjælp i de overvejelser, man gør sig for og imod at anvende elementer af stigmatisering mere bevidst. Men de giver ikke nogen entydige svar. Til enhver tid må det være en åben diskussion, hvorvidt det er etisk forsvarligt bevidst at benytte stigmatisering, eller om man helt skal forsøge at undgå det.

Diskussionen fortsætter

I svaret på spørgsmålet om forebyggelsen risikerer at give den enkelte ansvar og skyld for sin sygdom og risikerer at stigmatisere, kommer debatoplægget frem til et klart: Ja! På baggrund af eksemplerne i denne tekst, kan man i hvert fald påstå, at der i nogle tilfælde ligger en forestilling indlejret i forebyggelseskonceptet om, at det sunde liv også per definition er det gode liv. Der er en risiko for stigmatisering indbygget i den måde forebyggelsen ofte tilrettelægges på. Især i de tilfælde hvor fokus er på det enkelte individ og hans eller hendes eget ansvar.

Til spørgsmålet, om stigmatisering kan undgås, er svaret her mere tøvende – måske. I hvert fald kan graden af den stigmatisering, forebyggelsen bidrager til, begrænses. Det kan være godt at være bevidst om, at man som forebygger har et projekt på andres vegne og løbende diskutere med andre, hvad det betyder for forebyggelsesindsatsens målgrupper. Meget tyder på, at den strukturelle forebyggelse, hvor man ændrer på befolkningens eller borgernes levevilkår over én kam, indebærer en mindre risiko for stigmatisering. Det samme gælder for tiltag, der er mindre specifikke i deres beskrivelse af målgrupper, problemstillinger og løsninger. Om stigmatisering i nogle tilfælde kan være en rimelig pris – det er et spørgsmål forebyggere og politikere i konkrete situationer må overveje grundigt. Målet med debatoplægget er at skabe bevidsthed om det vigtige i sådanne overvejelser. For én ting er sikkert. Forebyggere skal ikke holde op med at forsøge at gøre det gode ved at kæmpe for vundne leveår og forhøjet livskvalitet. Blot skal man hele tiden være parat til at overveje sine værktøjer og søge nye veje.

Materialeoversigt

Interviews:

1. Et fokusgruppeinterview med 5 borgere, der har deltaget i forebyggende indsatser
2. Et fokusgruppeinterview med 3 forebyggere
3. Seks enkeltinterviews med sundhedsprofessionelle og repræsentanter for udvalgte målgrupper

Skriftligt materiale:

1. Conceptualizing Stigma; Bruce G. Link and Jo C. Phelan, Annual Review of Sociology 2001. 27: 363-85
2. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory; Lawrence Hsin Yang, Arthur Kleinman, Bruce G. Link, Jo C. Phelan, Sing Lee, Byron Good, Social Science & medicine 64 (2007) 1524-1535
3. Den motiverende samtale, vejledning fra Dansk selskab for almen medicin 1999
4. Der er ingen, der har lyst til bare at være en "hofte"; Kirsten Weiss, Fysioterapeuten nr. 9, maj 2008
5. Det tomme menneske, introduktion til Michel Foucault; Dag Heede, Museum Tusculanums Forlag, Københavns Universitet 2004
6. Do mental health professionals stigmatize their patients?; C. Lauber, C. Nordt, C. Braunschweig, W. Rössler Acta Psyciatrica Scandinavica 2006; 113 (Suppl. 429): 51-59
7. Døve forældre kræver døvt barn; Bianca Z. Vasconcellos, Politiken 11. marts 2008, hjemmesiden kl. 20:14
8. DØV; Nana Toft, Folder på fire sider fra Danske Døves Landsforbund, maj 2008
9. Efteruddannelse af rygestopinstruktører – med social ulighed i sundhed som omdrejningspunkt; Kræftens Bekæmpelse 2005
10. Efteruddannelse af rygestopinstruktører – med gravide som målgruppe; Kræftens Bekæmpelse 2004
11. Evaluering af Projekt XTRA FOKUS, delprojektevalueringsrapport, ansvarlig Maria Therese Keller
12. Evaluering af Projekt XTRA FOKUS, delrapport med fokus på Børne- og brugerperspektiver samt rekruttering, af Hanne Warming
13. Fedt: Ekspert: Screeninger af tykke børn er ikke nok; Jeppe Bangsgaard og Jakob Weiss, Berlingske Tidende 12. september 2008 1. sektion side 10
14. Forældre har svært ved at erkende børns overvægt; Trine Munk-Petersen, Berlingske, torsdag 7. februar 2008
15. Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne. Mandag Morgen A/S 2008.
16. God mad til de lidt for runde; Trine Munk-Petersen, Berlingske, torsdag 7. februar 2008
17. Guilt, fear, stigma and knowledge gaps; Ethical issues in public health communication interventions; Nurit Guttman and Charles T. Salmon, Biethics vol. 18 number 6 2004
18. Hvad er motivet? "Den motiverende samtale" som social teknologi, upubliceret artikel af Mette Breinholdt
19. Hård kritik af fransk register; Aske Munck, Politiken 11. september 2008 s. 10 + forsidehenvisning
20. Introduction; Frederik Barth i Frederik Barth (red.): Ethnic Groups and boundaries, The social organization of culture difference, Universitetsforlaget, Oslo 1971
21. Kategoriserende betegnelser i forbindelse med kronisk sygdom, Elisabeth Bomholt Østergaard, artikeltillæg til Fysioterapeuten nr. 9, maj 2008
22. Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisiko – et temahæfte; Sundhedsstyrelsen 2006
23. Løsningsmodeller, sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt, Steffen Jöhncke, Mette Nordahl Svendsen og Susan Reynolds Whyte i Hastrup Kirsten (red) 2004: Viden om verden, København; Hans Reitzel
24. Measuring Mental Illness Stigma; Bruce G. Link, Lawrence H. Yang, Jo C. Phelan and Pamela Y. Collins, Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3, 2004
25. Practical reasoning as everyday knowledge – health, risk and lifestyle in health promotion and the everyday life of pregnant smokers; Mette Bech Risør, Folk, Journal of the Danish ethnographic Society 45; 2005; 61-85
26. Relationen mellem plejepersonale og patient af betydning for den sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet? En antropologisk analyse af plejepersonalets sociale og kulturelle forståelser i forbindelse med kategorisering af de besværlige patienter i sygehusregi; Jeanett Struck Müller, Masterspeciale i Sundhedsantropologi, Institut for Antropologi, Københavns Universitet juni 2006
27. Røgsignaler: Et hiv af skyld og skam; Rasmus Bo Sørensen, Information 21.10.2006
28. Råt for usødet i kræftindsatsen; Bent Hansen og Jakob Axel Nielsen, kronik i Jyllandsposten 2. september 2008
29. Skolesundhedsplejens værdigrundlag, Københavns Kommune, December 2007
30. Socialt udsatte borgeres sundhed – barrierer, motivation og muligheder; Sundhedsstyrelsen 2007
31. Stigma and its public health implications; Bruce G. Link, Jo C. Phelan; Lancet 2006; 367: 528-29
32. Stigma and social identity; Irving Goffman Stigma 1963
33. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we; Ronald Bayer, Social Science & Medicine 2008.03.17
34. Stigma interventions and research for international health; Mithcell G. Weiss, Jayashree Ramakrishna, Lancet 2006; 367:536-38
35. Stigma, shame and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study; A. Chapple, S. Ziebland and A McPherson, BMJ 2004; 328; 1470-; originally published online 11 june 2004
36. The imperative of health, Public health and the regulated body; Deborah Lupton, Sage Publications 1995
37. World-Making by Kind-Making: Child abuse for example; Ian Hacking i Mary Douglas og David Hull (red): How Classification Works, Edinburgh Uni. Press 1992

Andet:

1. Social Stigma; From Wikipedia, the free encyclopaedia, print den 19. marts 2008
2. PowerPoint: Sundhedsstyrelsens kampagne mod discrimination af hiv-smittede 2008, Orienteringsaften Rigshospitalet 24. april 2008, oplæg af Jan Fouchard, afdelingslæge, Ph D, projektleder, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
3. Blogdebat: http://sundhedsdialog.dk/2007/10/29/bivirkninger/

Stigmatisering
– debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen

Der er tale om stigmatisering, når mennesker pga. karakteristika som køn, hudfarve, fysiske træk, seksuel orientering eller livsstil bliver kategoriseret og stemplet på en måde, så der opstår diskrimination og tab af status, som fører til ringere muligheder for livsudfoldelser.

Det er desværre et velkendt fænomen at flygtninge, prostituerede og stofmisbrugere er udsat for stigmatisering, men er mennesker med overvægt, rygere eller sukkersygepatienter også stigmatiserede? Kan den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som har til formål at fremme folks sundhed og trivsel undgå at være med til at stigmatisere? Det er disse spørgsmål, dette debatoplæg handler om.

www.sst.dk

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon: 72 22 74 00
Telefax: 72 22 74 11
sst@sst.dk