

ULIGHED I TANDSUNDHED

En kvalitativ undersøgelse med udgangspunkt i Tændernes Dag

Speciale juni 2026

Socialvidenskab
Roskilde Universitet

Specialevejleder: Lise Lotte Hansen
Antal tegn: 190.752

Anja Nors (73866)

Mikkel Lehnsbo (63504)

Myrna Rosalina Skovby (66181)

Abstract	4
Indledning	5
Problemformulering	9
Hvad er tændernes dag?	9
Metodevalg og dataindsamling	10
Kvalitet og gyldighed	12
Litteratursøgning	12
Inklusions- og eksklusionskriterier	14
Selektionsproces	16
Empiriindsamling	16
Videnskabsteori	17
Interviews	19
Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner	20
Datagrundlag og præsentation af interviewpersoner	21
Interviewguidens opbygning	22
Ethiske overvejelser	23
Transparens	24
Metodeovervejelser om reliabilitet	25
Metodeovervejelser om intern og ekstern validitet	26
Intern validitet	26
Ekstern validitet (overførbarhed)	27
Transskriberingsstrategi	28
Kodningsstrategi	28
Teori	29
Kristian Larsen: Sundhedskapital, velfærdsstat og social ulighed i sundhed	30
Link & Phelan: stigma som social proces, magt og ulighed	34
Labeling	36
Stereotyping	36
Separation	37
Status loss og discrimination	37
Magt som forudsætning	38
Stigma power: stigma som ressource	38
Doughty: oral health-related stigma	39
Analyse	41
Sundhedskapital og ulighed	42
Internalisering af ansvar	43
Sundhedskapital som social markør	44
Social arv og ulighedens reproduktion	45
Systemets rolle og strukturel ulighed	47

Mellem individ og struktur	48
Delkonklusion	49
Økonomi og ulighed	49
Forebyggelse bliver til akut behandling	50
Konkurrencen mellem hverdagsøkonomi og tandbehandling	56
Systemet som sorteringsmekanisme	58
Tandpleje kræver økonomisk, digitalt og praktisk overskud	60
Tandsundhed som velfærdspolitisk spørgsmål	63
Økonomi som årsag til forværring	67
Delkonklusion	68
Stigma og skam	69
Tænder som synlig social markør	69
Skam og internaliseret stigma	71
Idealet om det “rigtige” smil	74
Tænder, stigma og social position	76
Delkonklusion	79
Konklusion	80
Litteraturliste	83
Bilag	87

Abstract

This thesis examines social inequality in oral health with a particular focus on how stigma, shame, and health capital are experienced and articulated in relation to dental health. The study is based on a qualitative research design and draws on interviews conducted in connection with *Tændernes Dag*, an initiative aimed at providing dental treatment for individuals who are unable to afford necessary care.

The thesis is grounded in a hermeneutic epistemological approach and explores how experiences of dental problems are connected to broader social, economic, and symbolic structures. Empirically, the study consists of interviews with citizens participating in *Tændernes Dag* as well as interviews with dental professionals and key actors within the field of oral health.

The analytical framework combines Kristian Larsen's concept of health capital with stigma theories developed by Link and Phelan, which build on Goffman's foundational understanding of stigma, supplemented by Doughty et al.'s concept of oral health-related stigma. Drawing on Bourdieu-inspired perspectives, health is understood not merely as an individual matter, but as a socially differentiated resource closely connected to economic, cultural, and social capital. At the same time, stigma is analysed as a social process shaped by labelling, stereotyping, separation, and status loss.

The analysis demonstrates that oral health is closely linked to social position and that visible dental problems may function as social markers associated with shame, moral judgement, and social exclusion. Several interview participants describe avoiding dental treatment due to financial barriers, fear of condemnation, and previous negative experiences within the dental care system. The findings suggest that inequality in oral health cannot solely be understood as a matter of individual choice or health behaviour, but must also be viewed in relation to structural inequalities, unequal access to resources, and stigma-related processes. The thesis further argues that oral health may become part of a self-reinforcing process in which financial hardship, stigma, and avoidance of treatment contribute to reproducing social inequality over time. The thesis argues that inequality in oral health must be understood as a complex interaction between structural, economic, and social conditions, where stigma and shame may function as additional barriers to dental care. The study thereby contributes to a nuanced understanding of oral health as not only a health-related issue, but also a social and symbolic phenomenon.

Indledning

“Hvad betyder tænder for dig i hverdagen?” Et smil er ofte noget af det første, vi lægger mærke til hos andre mennesker. Tænder er synlige, vanskelige at skjule og indgår i de første indtryk, vi danner af hinanden. Netop denne synlighed betyder, at tænder ikke alene har betydning for fysisk sundhed, men også kan fungere som sociale markører for status, livsstil og tilhørsforhold, idet tandstatus ofte indgår i sociale vurderinger af mennesker i hverdagslivet (Doughty et al., 2023:1078-1079).

På trods af denne dobbelte betydning som både sundhedsindikator og social markør har tandsundhed historisk haft en mere marginal position i sundhedspolitik og forskning sammenlignet med andre sundhedsområder. Dette står i kontrast til, at sygdomme i munden i dag er blandt de mest udbredte kroniske sygdomme globalt. Ifølge Verdenssundhedsorganisationen lever omkring 3,5 milliarder mennesker på verdensplan med tandsygdom, og sygdomsbyrden er tydeligt socialt skævt fordelt, hvor personer med lav socioøkonomisk status generelt har både større risiko for tandproblemer og ringere adgang til forebyggelse og behandling (World Health Organization, 2022:6-7; 11-13; Petersen & Hakeberg, 2021:3-4; Howard et al., 2025:2-4). Tandsundhed fremstår således som et område, hvor sociale uligheder i sundhed bliver særligt synlige.

Denne forståelse ligger i forlængelse af et bredere perspektiv på sundhed som et produkt af sociale faktorer. I WHO's Ottawa Charter fremhæves det, at sundhed ikke alene skabes gennem medicinsk behandling, men også gennem levevilkår, sociale relationer og økonomiske ressourcer (World Health Organization, 1986:1). Ulighed i tandsundhed må derfor forstås som et resultat af samspillet mellem strukturelle, politiske og sociale forhold, der former både sygdomsrisiko og adgang til behandling (Petersen & Hakeberg, 2021:10-11, 15).

Inden for tandsundhed peger forskningen på, at organiseringen af tandplejesystemer spiller en væsentlig rolle i reproduktionen af sociale uligheder. Jamieson et al. (2020) fremhæver eksempelvis, at udviklingen i mange sundhedssystemer i stigende grad er præget af neoliberale styringsformer, hvor ansvar for sundhed i højere grad individualiseres. Inden for tandpleje kan dette blandt andet komme til udtryk gennem systemer, hvor adgang til behandling i høj grad er knyttet til individuelle økonomiske ressourcer og markedsbaseret organisering af sundhedsydelser (Jamieson et al., 2020: 2-4).

En central forklaring på ulighed i tandsundhed er økonomiske barrierer. I mange lande, herunder Danmark, er voksentandplejen i høj grad baseret på egenbetaling, hvilket medfører, at økonomiske ressourcer får afgørende betydning for adgang til behandling. Analyser viser, at personer med højere indkomst oftere går til tandlæge end personer med lavere indkomst, og at økonomi er den væsentligste årsag til uopfyldt behandlingsbehov (Kraka Economics, 2023: 6-13; 2025: 10-12). Samtidig modtager personer med høj indkomst oftere forebyggende behandlinger, mens personer med lav indkomst hyppigere modtager mere omfattende og akutte behandlinger (Kraka Economics, 2025: 5-13). På trods af generelle forbedringer i befolkningens tandsundhed er den sociale ulighed ikke reduceret, men snarere forstærket over tid (Kraka Economics, 2025: 16).

Danske undersøgelser viser tilsvarende, at personer med kortere uddannelse og lavere socioøkonomisk position generelt har dårligere tandstatus og større behandlingsbehov (Sundhedsstyrelsen, 2022: 24-27), og at brugen af tandpleje varierer systematisk med sociale og økonomiske ressourcer (KORA, 2016: 15-20; Kraka Economics, 2023: 8-11; Folker, 2025: 45-48). Dermed fremstår tandsundhed også i Danmark som et område, hvor sociale forskelle i sundhed vedvarende reproduceres.

I en bredere samfundsmæssig kontekst kan ulighed i sundhed forstås som tæt forbundet med strukturelle forandringer i velfærdsstaten og ændrede idealer om krop og sundhed. Ifølge Larsen og Esmark (2013) er der over de seneste årtier sket en udvikling, hvor sundhed i stigende grad bliver et individuelt ansvar og et centralt fokusområde i både politik og hverdagsliv. Samtidig er patienter ikke længere blot objekter for behandling, men i højere grad blevet ansvarliggjorte subjekter, der forventes at tage aktiv del i egen sundhed gennem livsstilsvalg og forebyggelse.

Denne udvikling hænger sammen med en stigende individualisering, hvor sundhed i højere grad forstås som noget, den enkelte skal investere i og optimere. I forlængelse heraf kan sundhed forstås som en form for kapital, som Larsen definerer som *sundhedskapital*, der ligesom andre kapitalformer, kan omsættes til sociale fordele, eksempelvis på arbejdsmarkedet (Harsløf, Larsen & Bambra, 2022: 389-390).

Samtidig understreger Larsen og Hansen (2014), at social ulighed i sundhed ikke alene kan forklares med individuelle valg, men må forstås i lyset af sociale vilkår. Som de formulerer det, er sundhedsrelaterede livsstile præget af et samspil mellem livsvalg og livschancer, hvor

individets handlemuligheder er strukturelt betingede (Larsen & Hansen, 2014: 4-5). Dette betyder, at nogle grupper har bedre forudsætninger for at leve op til samfundets sundhedsidealer end andre, hvilket kan bidrage til reproduktion af ulighed.

Dette perspektiv ses i formuleringen om, at individer er “*vælgende, men på ikke-valgte vilkår*” (Larsen & Hansen, 2014: 5). Dermed tydeliggøres det, hvordan sundhed og sygdom ikke alene er et resultat af individuelle beslutninger, men i høj grad formes af sociale, økonomiske og kulturelle betingelser.

Dette perspektiv understøttes af nyere forskning, hvor sundhed beskrives som en fremvoksende form for social magt, idet “*health assets [...] may constitute an emergent social power*” (Harsløf, Larsen & Bambra, 2022: 389). Kroppen bliver dermed ikke blot et biologisk vilkår, men også et socialt og moralsk projekt, hvor bestemte livsstile fremstår som mere legitime end andre.

Ulighed i tandsundhed kan imidlertid ikke forstås som et spørgsmål om økonomisk adgang alene. Forskning indikerer, at tandsygdomme hænger tæt sammen med bredere levevilkår, kronisk sygdom og sociale livsbetingelser (Petersen m.fl., 2015: 10-12; Statens Institut for Folkesundhed, 2018: 8-10). Samtidig har munden en særlig social og symbolsk betydning, idet tænder indgår i menneskers selvforståelse, værdighed og mulighed for at deltage i sociale fællesskaber (Folker, 2025: 3). Problemer med tænder kan påvirke måden, mennesker taler, smiler og indgår i relationer på.

Derudover spiller sociale og institutionelle mekanismer en væsentlig rolle i borgeres relation til tandplejesystemet. Studier viser, at økonomiske begrænsninger, organisatoriske udfordringer, transport, tandlægeskræk og tidligere negative erfaringer kan udgøre betydelige barrierer i adgangen til tandpleje (Loignon et al., 2012: 226-227; Verheire et al., 2018:394-396; Howard et al., 2025: 6-7). Når behandling udsættes, kan mindre tandproblemer udvikle sig til mere alvorlige og omkostningstunge tilstande, hvilket bidrager til at forstærke eksisterende uligheder (Loignon et al., 2012: 227-228).

Samtidig understreger forskningen, at sociale forestillinger om ansvar, moral og livsstil kan præge mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Dårlig tandsundhed kan blive tolket som et tegn på manglende selvomsorg eller uansvarlighed, hvilket kan føre til negative vurderinger og påvirke behandlingsrelationen (Verheire et al., 2018: 4-6; Doughty et al.,

2023: 1080). Tænder kan således fungere som synlige kropslige markører, der indgår i sociale kategoriseringer.

I de senere år er der opstået en stigende forskningsinteresse for stigma og skam i relation til tandsundhed. Studier viser, at personer med synlige tandproblemer ofte mødes med negative stereotyper og sociale vurderinger (Doughty et al., 2023: 1079-1080). Denne form for tandrelateret stigma kan påvirke både selvopfattelse og sociale relationer og føre til, at mennesker forsøger at skjule deres tænder, undgår sociale situationer eller udsætter tandlægebesøg (Folker et al., 2025: 5-7; Doughty et al., 2023: 1080-1082).

Skam udgør i denne sammenhæng en central følelsesmæssig dimension. Skam kan opstå, når individers krop eller helbred afviger fra sociale normer og kan påvirke både selvopfattelse og adfærd i relation til sundhedssystemet (Dolezal & Lyons, 2017: 2-4). Som Davidoff påpeger, kan skam føre til undgåelse, tavshed og tilbageholdelse af information i mødet med sundhedsprofessionelle. Skam kan dermed fungere som en barriere for adgang til behandling og påvirke både behandlingsforløb og sundhedstilstand (Dolezal & Lyons, 2017: 257-259).

På trods af omfattende dokumentation af social ulighed i tandsundhed har forskningen primært haft fokus på strukturelle forhold som økonomi, behandlingsforbrug og adgang til tandpleje (World Health Organization, 2022: 11-13; KORA, 2016: 13-18; Kraka Economics, 2023: 6-12). Der er derimod begrænset viden om, hvordan uligheden opleves og får betydning i menneskers hverdagsliv, samt hvordan stigma og skam konkret former menneskers relation til tandplejesystemet.

Dette synliggør et spændingsfelt mellem økonomiske, sociale og institutionelle former for udsathed, hvor nogle borgere befinder sig i en position, hvor de hverken har adgang til støtteordninger eller tilstrækkelige ressourcer til selv at betale for behandling (KORA, 2016:20-22; Kraka Economics, 2023:10-12). I den internationale litteratur beskrives sådanne situationer som en form for poverty trap, hvor strukturelle og institutionelle forhold kan fastholde mennesker i en position med begrænset adgang til sundhedsressourcer (Loignon et al., 2012: 227-228).

I en dansk kontekst udgør arrangementet Tændernes Dag et særligt empirisk udgangspunkt for at undersøge disse dynamikker. Her tilbydes gratis tandbehandling til udvalgte personer med betydelige behandlingsbehov (Tændernes Dag, 2026; Tændernes Dag Præsentation,

2026). Når behandling tilbydes til bestemte grupper, indebærer det samtidig en institutionel kategorisering og afgrænsning af, hvem der anses som berettigede modtagere af hjælp.

I dette speciale undersøger vi ulighed i tandsundhed med fokus på, hvordan sundhedskapital, stigma og skam knytter sig til dårlig tandsundhed. Undersøgelsen tager afsæt i kvalitative interviews gennemført med udgangspunkt i Tændernes Dag, hvor vi har indsamlet empirisk materiale i form af fortællinger og refleksioner fra borgere og fagpersoner med indsigt i tandsundhed. Specialet søger dermed at bidrage til en nuanceret forståelse af tandsundhed som et socialt fænomen, hvor individuelle erfaringer, strukturelle vilkår og sociale normer gensidigt former hinanden, og rejser spørgsmålet om, hvordan initiativer som Tændernes Dag både kan forstås som forsøg på at imødegå ulighed og samtidig indebærer institutionelle afgrænsninger af, hvem der inkluderes i sådanne tilbud.

Problemformulering

Hvordan kommer sundhedskapital, stigma og skam i relation til tandsundhed til udtryk i fortællinger med udgangspunkt i Tændernes Dag, og hvordan kan disse erfaringer bidrage til forståelsen af de mekanismer, der skaber og reproducerer social ulighed i tandsundhed?

Hvad er tændernes dag?

Tændernes Dag er et initiativ, der har til formål at tilbyde gratis tandbehandling til socialt udsatte borgere, som ikke selv har økonomisk mulighed for at opsøge tandlæge. Konceptet blev startet i 2022 af PLUS1 Tandlægeklinik og er siden blevet udvidet med ambitionen om at blive et landsdækkende initiativ. På dagen stiller deltagende klinikker deres tid og faglighed til rådighed og behandler patienter gratis efter først-til-mølle-princippet.

Initiativet udspringer af et ønske om at hjælpe samfundets mest udsatte grupper. Som initiativtager Camilla Kirkeby beskriver, opstod idéen i mødet med socialt arbejde:

“Egentlig var det et udspring af, at jeg for år tilbage havde en patient som arbejdede med socialt udsatte og hjemløse [...] og så spurgte jeg hende faktisk hvordan hun tænkte, at det kunne overføres til mit fag” (Interview Camilla: 2).

Tændernes Dag kan dermed forstås som et forsøg på at overføre socialt engagement til tandlægefaget og adressere en konkret ulighed i adgang til behandling.

Samtidig illustrerer empirien, at det kan være vanskeligt at nå målgruppen. Camilla fremhæver, at udfordringen ikke kun handler om at tilbyde behandling, men også om at skabe kontakt:

“Det handlede mere om tiden [...] og hvordan fik vi formidlet kontakten sådan så det også var de rigtige mennesker der kom? [...] Jeg synes, at det var svært at nå ud til dem, der havde behovet.” (Interview Camilla: 2)

Dette understreger, at social udsathed også indebærer barrierer i forhold til information og adgang, hvilket kan begrænse effekten af selv velmenende initiativer.

Samlet set fremstår Tændernes Dag som et praksisnært eksempel på, hvordan civilsamfund og private aktører forsøger at afhjælpe social ulighed i sundhed, samtidig med at initiativet synliggør de strukturelle udfordringer, der er forbundet med at nå og hjælpe de mest udsatte grupper.

Metodevalg og dataindsamling

I dette afsnit redegør vi for vores metodiske tilgang, litteratursøgning samt de overvejelser, der ligger til grund for indsamlingen og bearbejdningen af specialets empiriske materiale. Vi præsenterer her vores søgestrategi, valg af dataindsamlingsmetode, udvælgelse af interviewpersoner samt vores fremgangsmåde i forhold til transskribering, kodning og analyse. Endvidere redegør vi for udformningen af interviewguiden og de overvejelser, der ligger bag formuleringen af spørgsmålene. Interviewguiden fremgår som bilag, hvilket bidrager til transparens i forhold til, hvordan empirien er indsamlet og udvalgt.

Specialet arbejder med en abduktiv tilgang, hvor analysen udvikles i et dynamisk samspil mellem teori og empiri. Den abduktive tilgang er tæt forbundet med den hermeneutiske erkendelsesproces, hvor forståelse opstår gennem en kontinuerlig bevægelse mellem del og helhed. Empiriske udsagn fortolkes således i lyset af den samlede forståelsesramme, samtidig med at nye indsigter fra empirien løbende kan nuancere eller ændre denne ramme. Der er dermed tale om en vekselvirkning, hvor forståelsen udvikles gennem en cirkulær bevægelse mellem enkeltdelene og helheden (Juul 2012: 116, 131-132, 404).

Denne tilgang er særligt relevant, da vi undersøger, hvordan sundhedskapital, stigma, skam og ulighed i tandsundhed opleves og italesættes. Her er det netop gennem fortolkning af

interviewpersonernes fortællinger, at vi får adgang til deres forståelser og meningsdannelser. Sproget fungerer således som et centralt medium i analysen, idet det er gennem sproglige udsagn, at erfaringer med tandsundhed, sundhedskapital og stigma kommer til udtryk. På den baggrund vurderer vi kvalitative interviews som en velegnet metode til at undersøge, hvordan individer fortolker sig selv og deres situation i relation til tandsundhed.

Vi anvender semistrukturerede kvalitative interviews som dataindsamlingsmetode. Interviewene giver os mulighed for at undersøge, hvordan interviewpersonerne forstår og fortolker ulighed i tandsundhed, herunder hvordan forestillinger om ansvar, normalitet og moral knytter sig til tænders tilstand. Interviewformen er særligt velegnet, da sproget fungerer som et centralt medium for adgang til aktørernes erfaringer og meningsdannelser (Juul 2012: 130-131).

Den semistrukturerede interviewguide sikrer en overordnet tematisk ramme, samtidig med at der er fleksibilitet til at forfølge nye og uforudsete perspektiver, som opstår i interviewsituationen. Denne fleksibilitet gør det muligt at stille opfølgende spørgsmål, når interviewpersonerne bringer erfaringer eller refleksioner i spil, som vi ikke på forhånd havde forudset, men som viser sig analytisk relevante (Järvinen & Mik-Meyer 2017: 10).

I overensstemmelse med den hermeneutiske tilgang forstås analysen som en kontinuerlig bevægelse mellem del og helhed, hvor forståelsen udvikles gennem en vekselvirkning mellem empirisk materiale og teoretiske begreber. Analysen har således ikke fulgt en lineær proces, men er blevet udviklet løbende i mødet mellem interviewpersonernes fortællinger og specialets teoretiske perspektiver på sundhedskapital og stigma.

Dette har eksempelvis betydet, at konkrete interviewudsagn om at undgå tandlægebesøg af frygt for fordømmelse eller skam, først blev identificeret som empiriske mønstre i materialet og efterfølgende fortolket i lyset af Link & Phelans forståelse af stigma som en social proces. På samme måde blev interviewpersonernes beskrivelser af økonomiske begrænsninger, manglende overskud og vanskeligheder ved at prioritere tandbehandling analyseret med udgangspunkt i Kristian Larsens begreb om sundhedskapital og hans forståelse af sundhed som ulige fordelt mellem sociale grupper.

Bevægelsen mellem del og helhed har samtidig betydet, at enkelte interviewudsagn ikke alene blev analyseret isoleret, men forstået i relation til bredere sociale og strukturelle sammenhænge. Et udsagn om eksempelvis at skjule sine tænder i sociale situationer blev

dermed ikke kun fortolket som en individuel oplevelse af skam, men også som udtryk for sociale normer og forventninger knyttet til krop, sundhed og ansvarlighed.

Den hermeneutiske tilgang har således muliggjort en analyse, hvor empirien løbende har nuanceret forståelsen af de teoretiske begreber, samtidig med at teorien har bidraget til at skabe analytisk indsigt i interviewpersonernes erfaringer og meningsdannelser.

Kvalitet og gyldighed

Kriterierne for videnskabelig kvalitet i en hermeneutisk tilgang adskiller sig fra positivistiske krav om objektivitet og reproducerbarhed. I dette speciale lægger vi vægt på grundighed, refleksivitet, transparens, empirisk dokumentation og argumentativ sammenhæng (Juul 2012:128-136). Validitet forstås her som graden af overensstemmelse mellem det fænomen, vi undersøger, og de analytiske fortolkninger, vi når frem til.

Transparens sikres blandt andet gennem systematisk transskribering af interviewene og tydelig redegørelse for, hvordan empirien er analyseret samt vores litteratursøgningsproces. Endvidere reflekterer vi løbende over vores analytiske valg og fortolkningsprocesser for at tydeliggøre, hvordan vi er nået frem til specialets resultater. På denne måde tilstræbes en argumentation, der fremstår sammenhængende, velunderbygget og metodisk konsistent.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen er gennemført systematisk med inspiration fra PRISMA-principper for transparens og dokumentation af søgeprocessen (Lockwood, 2019: 287-294). Formålet med søgningen var at identificere eksisterende forskning om social ulighed i tandsundhed med særligt fokus på stigma, skam, adgang til tandpleje og sociale barrierer. Søgningen blev gennemført i databaserne soeg.kb.dk, Scopus, PsycInfo, PubMed, SocIndex og Web of Science samt gennem citationssøgning og kædesøgning med henblik på at identificere yderligere relevante studier og centrale teoretiske bidrag.

De centrale søgeord blev udviklet på baggrund af problemformuleringen og omfattede både danske og engelske termer:

- *oral health, dental health, oral hygiene*
- *stigma, shame*

- *social inequality, socioeconomic inequality, inequity*
- *barriers, access*
- *ulighed i tandsundhed*
- *ulighed tand*

Søgeordene blev kombineret i søgestreng, eksempelvis:

("oral health" OR "dental health" OR "oral hygiene") AND (stigma OR shame)
AND (inequality OR inequity)

Der blev anvendt filtre for peer-reviewed litteratur, hvor det var muligt, samt søgning i titel og abstract for at øge relevansen af resultaterne. Derudover blev Google og Google Scholar anvendt til at identificere grå litteratur, politiske dokumenter og rapporter med relevans for dansk tandpleje og sundhedspolitik, herunder materiale fra Folketinget og interesseorganisationer.

	SØGELOG:		
soeg.kb.dk	("oral health" OR "dental health" OR "oral hygiene") AND (stigma* OR shame)	-peer-reviewed tidsskrifter -uden fuldtekst	298
soeg.kb.dk	("dental shame" OR "tooth shame")		43
soeg.kb.dk	inequality" AND ("oral health" OR "dental health" OR oral OR dental)	Referenceartikler	1986
soeg.kb.dk	"social inequality*" AND (dentistry OR "oral health" OR "dental health")	-peer-reviewed tidsskrifter -uden fuldtekst	178
SCOPUS	(dentistry OR "oral health" OR "dental health") AND (stigma* OR shame) AND (inequality OR inequity)		36
PsycInfo	(dentistry OR "oral health" OR "dental health") AND inequality	Søgt I titel og abstract	61
SCOPUS	Oral health-related stigma: Describing and defining a ubiquitous phenomenon	Citationssøgning	22 citationer

Google	tandpleje site:ft.dk		
Google	Ulighed tandsundhed		
Google	Tandskam		
Google	Stigma tandsundhed		
PubMed	(dentistry OR "oral health" OR "dental health") AND stigma*		194
SocIndex	((("oral health" OR "dental health" OR "oral hygiene") AND (stigma* OR shame))		9
Web of Science	"Oral health-related stigma"		172
	"Oral health-related stigma: Describing and defining a ubiquitous phenomenon"	Citationssøgning	27 citationer 64 referencer
Google scholar	"Ulighed tandsundhed"		59
Soeg.kb.dk	"Ulighed tandsundhed"		15
Soeg.kb.dk	"Tandskam"		2

Inklusions- og eksklusionskriterier

For at sikre en systematisk og relevant afgrænsning af litteraturen blev der opstillet en række inklusions- og eksklusionskriterier. Der blev primært inkluderet peer-reviewed forskningsartikler med fokus på tandsundhed, stigma, skam, social ulighed og adgang til tandpleje. Både kvalitative, kvantitative og mixed methods-studier blev inkluderet, når de bidrog med relevant viden om sociale, oplevede eller strukturelle dimensioner af tandsundhed.

Studier fra vestlige kontekster blev prioriteret for at sikre størst mulig samfundsmæssig og institutionel sammenlignelighed med den danske velfærds- og tandplejekontekst. I udvælgelsen blev der lagt vægt på studiernes relevans i forhold til specialets fokus på stigma, skam, social ulighed og adgang til tandpleje. Studier med et rent klinisk eller biomedicinsk fokus blev fravalgt, mens studier med fokus på sociale, oplevede og strukturelle dimensioner af tandsundhed blev prioriteret.

Der blev hovedsageligt fokuseret på nyere forskning fra perioden ca. 2010-2026, men ældre studier blev inddraget, når de vurderedes at have væsentlig teoretisk eller analytisk relevans for specialets problemstilling.

For at sikre en systematisk og relevant afgrænsning af litteraturen blev følgende kriterier anvendt:

Inklusion	Eksklusion
Peer-reviewed forskningsartikler	Ikke-fagfællebedømte kilder
Studier om oral/tandsundhed	Studier om generel sundhed uden fokus på tænder
Studier om stigma og/eller skam	Studier uden social/psykologisk dimension
Studier om social ulighed eller socioøkonomi	Rent kliniske studier
Kvalitative, kvantitative eller mixed methods studier	Rent biomedicinske studier
Studier fra vestlige kontekster	Studier fra kontekster med begrænset overførbarehed
Nyere studier (ca. 2010-2026)	Ældre studier uden relevans

Disse kriterier er valgt for at fokusere på tandsundhed som et socialt og oplevet fænomen frem for et rent medicinsk/sundhedsmæssigt spørgsmål.

Selektionsproces

Litteratursøgningen resulterede i et større antal artikler, som indledningsvis blev screenet på baggrund af titel og abstract. Herefter blev relevante artikler gennemlæst i fuldt tekst og vurderet i forhold til specialets problemformulering og inklusionskriterier.

I udvælgelsen blev der lagt vægt på studiernes relevans i forhold til stigma, skam, social ulighed og adgang til tandpleje. Studier, der bidrog med indsigter i oplevede, sociale eller strukturelle dimensioner af tandsundhed, blev prioriteret, mens rent kliniske studier uden social eller analytisk relevans blev fravalgt.

Det endelige litteraturgrundlag består således af et udvalg af kvalitative studier, kvantitative undersøgelser, oversigtsartikler og teoretiske bidrag, som samlet bidrager til specialets forståelse af social ulighed i tandsundhed som et socialt, strukturelt og oplevet fænomen.

Endelig blev et udvalg af studier inkluderet i reviewet, herunder både kvalitative studier, oversigtsartikler og enkelte kvantitative studier. Derudover blev grå litteratur fundet via Google-søgninger, inddraget i form af rapporter, policy-dokumenter og analyser fra blandt andet WHO, KORA/VIVE, Sundhedsstyrelsen og Folketinget med henblik på at belyse den danske tandplejekontekst og eksisterende viden om social ulighed i tandsundhed. Disse bidrager med viden om strukturelle forhold.

Empiriindsamling

Oprindeligt var tanken at anvende Tændernes Dag som specialets case og dermed tilrettelægge specialet som et casestudie.

Tændernes Dag fungerer i dette speciale ikke som et egentligt casestudie, men som den empiriske kontekst, hvorfra specialets empiri er indsamlet. Specialets fokus er således ikke en analyse af Tændernes Dag som tiltag i sig selv, men derimod en undersøgelse af, hvordan stigma, skam og sundhedskapital relateret til tandsundhed kommer til udtryk i interviewpersonernes fortællinger og erfaringer.

Valget af Tændernes Dag som empirisk udgangspunkt skyldes, at arrangementet skaber en særlig kontekst, hvor spørgsmål om tandsundhed, adgang til behandling og sociale forskelle træder tydeligt frem. Arrangementet etablerer et midlertidigt rum, hvor borgere kan opsøge tandfaglig rådgivning og behandling uden de sædvanlige økonomiske barrierer, hvilket gør

det muligt at få indblik i erfaringer og problemstillinger, som ellers kan være vanskelige at få adgang til. Tændernes Dag fungerer dermed som en relevant ramme for at undersøge, hvordan økonomiske forhold, stigma og sociale normer påvirker menneskers relation til tandsundhed og tandpleje.

Adgangen til feltet opstod i forbindelse med et interview med tandklinikker Camilla Kirkeby, som blev gennemført som led i gruppens tidligere formidlingsprojekt. I forlængelse heraf blev vi inviteret til at deltage i Tændernes Dag, hvilket gav mulighed for at gennemføre interviews i den konkrete kontekst. Initiativet blev startet i 2022 af Camilla Kirkeby, der er indehaver af Plus1 tandklinik, med det formål at tilbyde tandfaglig behandling til personer, som ikke selv har økonomisk mulighed for at betale for nødvendig tandpleje. Fra 2025 indgik Nordenta, en dansk virksomhed, der leverer udstyr, materialer, service, IT-systemer og andre produkter til tandklinikker, som medarrangør med henblik på at udbrede konceptet nationalt (Tændernes Dag, 2026; Tændernes Dag Præsentation, 2026).

Tændernes Dag udgør således ikke specialets analytiske genstand i sig selv, men fungerer som en empirisk adgang til at undersøge sociale erfaringer med tandsundhed, stigma og økonomiske barrierer i relation til tandpleje. Fokus rettes dermed mod interviewpersonernes oplevelser og meningsdannelser frem for mod arrangementet som case.

Videnskabsteori

I dette speciale undersøger vi ulighed i tandsundhed med særligt fokus på, hvordan stigma, skam og sundhedskapital knytter sig til tænders tilstand og adgang til tandbehandling. Vi er interesserede i, hvordan borgere oplever og tillægger betydning til deres tandsundhed, samt hvordan stigma, økonomiske begrænsninger og forskellige former for ressourcer kommer til udtryk i deres fortællinger. Specialet tager således udgangspunkt i en forståelse af, at tandsundhed ikke alene er et sundhedsmæssigt anliggende, men også et socialt og normativt felt, hvor forestillinger om ansvar, moral og livsstil spiller en væsentlig rolle.

Da specialet har fokus på interviewpersonernes egne oplevelser, forståelser og meningsdannelser, har vi valgt at anvende en hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang. Hermeneutik kan oversættes fra græsk som fortolkningskunst og har som overordnet ambition at forstå og fortolke menneskelige fænomener. Inden for den hermeneutiske tradition søger man ikke at identificere universelle lovmæssigheder, men derimod at opnå

indsigt i, hvordan mening skabes i konkrete sociale og historiske sammenhænge. Dette står i kontrast til positivistiske videnskabsidealer, hvor fokus er på forklaring og kausalitet. Mennesker adskiller sig fra naturfænomener ved at være i stand til *“at gøre erfaringer, reflektere over dem og ændre deres adfærd”* (Juul 2012: 109), hvilket gør fortolkning til et centralt erkendelsesprincip.

Formålet med specialet er ikke at producere generaliserbar viden om tandsundhed i befolkningen, men derimod at opnå en dybere forståelse af, hvordan ulighed i tandsundhed opleves, italesættes og tillægges betydning i praksis. I specialet anvender vi den filosofiske hermeneutik, som er udviklet af Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer. Denne retning tager udgangspunkt i, at mennesket altid er situeret i en historisk og social kontekst og derfor ikke kan indtage en fuldstændig neutral position i forhold til verden. Vi står således ikke uden for det fænomen, vi undersøger, men indgår selv som fortolkende aktører i analyseprocessen (Juul 2012: 121). Et centralt element i vores videnskabsteoretiske tilgang er erkendelsen af, at vores forforståelser uundgåeligt præger fortolkningen af empirien. Vores interesse for ulighed i tandsundhed er derfor ikke værdineutral, men udspringer af en forudgående forståelse af, at sociale og strukturelle forhold har betydning for sundhed. I stedet for at forsøge at sætte disse forforståelser i parentes, arbejder vi reflektivt med dem som en aktiv del af fortolkningsprocessen.

Fortolkning forstås i den filosofiske hermeneutik som en uafsluttet proces. Specialets analyse kan derfor ikke gøre krav på at repræsentere en endelig sandhed, men må betragtes som situerede og midlertidige fortolkninger baseret på den konkrete empiri og den anvendte teoretiske ramme (Juul 2012: 122-124). Dette betyder samtidig, at specialets resultater ikke har til formål at generalisere, men derimod at bidrage med analytiske indsigter, som kan nuancere forståelsen af ulighed i tandsundhed.

Den hermeneutiske cirkel udgør et grundlæggende erkendelsesteoretisk princip i analysen. Vi bevæger os løbende mellem helheden: forståelsen af ulighed, stigma, skam, sundhedskapital og tandsundhed, og delene i form af konkrete interviewudsagn. Denne bevægelse mellem del og helhed muliggør, at vores forståelse kontinuerligt justeres og uddybes i takt med analysen (Juul 2012: 110-112; Juul & Pedersen 2012: 404). Hermeneutikken danner således rammen for et analytisk arbejde, hvor vi søger at forstå ulighed i tandsundhed som et socialt og meningsbærende fænomen, der formes i samspillet mellem individuelle erfaringer, sociale normer og strukturelle betingelser.

Interviews

Interviews anvendes i dette speciale som kvalitativ dataindsamlingsmetode med henblik på at opnå en dybdegående forståelse af interviewpersonernes erfaringer, perspektiver og meningsdannelser i relation til tandsundhed. Interviews er særligt velegnet i en hermeneutisk tilgang, hvor formålet er at fortolke, hvordan individer oplever og italesætter et givent fænomen, snarere end at forklare det kausalt.

Gennem interviews får vi adgang til interviewpersonernes egne fortællinger om tandsundhed, herunder hvordan stigma, sundhedskapital og økonomiske forhold tillægges betydning. Interviews giver dermed mulighed for at indfange nuancerede forståelser af, hvordan ulighed i tandsundhed opleves og fortolkes i praksis. Samtidig muliggør interviewformen fleksibilitet, idet vi kan stille opfølgende og uddybende spørgsmål undervejs, hvilket bidrager til at uddybe og kvalificere empirien (Poulsen 2019: 97-98).

I specialet anvendes betegnelserne “interviewperson” og “informant” varieret og uden analytisk skelnen mellem begreberne. Tilsvarende anvendes “interviewer” om os som undersøgere i forbindelse med citater og transskriberinger. Nummereringen og kategoriseringen af interviewene er foretaget af praktiske hensyn og er ikke udtryk for en analytisk prioritering eller rangordning af interviewmaterialet. Betegnelserne Interviewer 1, Interviewer 2 og Interviewer 3 i transskriberingerne er tildelt efter den rækkefølge, hvori interviewererne først kommer til orde i det enkelte interview. Nummereringen følger således ikke en fast personbundet systematik og har ingen analytisk betydning.

Interviewpersonerne, der er interviewet til Tændernes Dag, er anonymiseret af hensyn til fortrolighed og beskyttelse af personlige oplysninger. De to fagpersoner, Camilla Kirkeby og Torben Schönwaldt, anonymiseres derimod ikke, idet de indgår i kraft af deres professionelle funktioner og har medvirket med viden som offentlige fagpersoner inden for tandplejeområdet.

Interviewene må samtidig forstås som samskabte situationer, hvor den producerede empiri er blevet til i samspillet mellem os og interviewpersonerne. Vores tilstedeværelse, spørgsmål og forforståelser har dermed haft betydning for, hvordan interviewene udviklede sig. Dette er i tråd med den hermeneutiske tilgang, hvor viden forstås som noget, der skabes relationelt og fortolkende frem for neutralt og objektivt.

Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner

I kvalitative undersøgelser er formålet ikke at opnå statistisk repræsentativitet, men derimod at indsamle empirisk materiale, der er analytisk relevant i forhold til undersøgelsens problemstilling. I dette speciale har vi derfor udvalgt interviewpersoner med henblik på at belyse ulighed, stigma og tandsundhed gennem deres erfaringer og perspektiver. Udvælgelsen er foretaget som strategisk udvælgelse, hvor interviewpersonerne er valgt på baggrund af deres relevans frem for tilfældig udvælgelse (Thagaard 2013: 60).

Denne tilgang er velegnet i kvalitative studier, hvor formålet er at opnå en dybdegående forståelse af et afgrænset fænomen. Specialets empiriske materiale skal således ikke forstås som repræsentativt for en større population, men som analytisk informativt i relation til problemstillingen.

Adgangen til feltet blev etableret gennem tandklinikker Camilla Kirkeby, som inviterede os til at deltage i arrangementet Tændernes Dag. Arrangementet fungerede som en central empirisk kontekst, idet det gav mulighed for at komme i kontakt med borgere, der deltog i Tændernes Dag. I denne kontekst rekrutterede vi interviewpersoner blandt borgere, der mødte op til arrangementet, og som frivilligt ønskede at deltage i interview. Deltagerne blev informeret om specialets formål og gav samtykke til at medvirke.

Rekrutteringen kan dermed karakteriseres som en kombination af strategisk udvælgelse og tilgængelighedsudvælgelse, idet interviewpersonerne både er relevante for undersøgelsen og samtidig udgør de personer, der var til stede og ønskede at deltage. Adgangen via en gatekeeper har været afgørende i forhold til at rekruttere deltagere til et emne, der kan være forbundet med stigma og skam. I interviewsituationen har vi bestræbt os på at indtage en åben, nysgerrig og anerkendende tilgang. Det har været centralt at skabe en samtale præget af empati og respekt, hvor interviewpersonerne har haft mulighed for at dele deres perspektiver uden at føle sig vurderet (Poulsen 2019: 106). Samtidig har vi været opmærksomme på vores rolle som interviewere, herunder betydningen af at stille korte og åbne spørgsmål samt at finde en balance mellem at lytte og stille opfølgende spørgsmål (Thagaard 2013: 110).

Afslutningsvis har vi haft fokus på at runde interviewene af på en respektfuld måde, hvor der blev givet plads til yderligere refleksioner og input fra interviewpersonerne. Dette har været en del af vores bestræbelse på at skabe en etisk og tillidsfuld interviewsituation, hvor interviewpersonerne oplever sig hørt og anerkendt (Poulsen 2019: 109).

Datagrundlag og præsentation af interviewpersoner

Specialets empiriske datagrundlag består af i alt ni kvalitative interviews fordelt på syv interviews med borgere, der deltog i initiativet *Tændernes Dag*, samt to semistrukturerede interviews med fagpersoner med indsigt i tandsundhedsområdet. Datamaterialet kombinerer dermed borgerperspektiver med mere strukturelle og institutionelle perspektiver på social ulighed i tandsundhed.

De syv borgerinterviews blev gennemført den 23. januar 2026 i og omkring venteværelset hos Plus1 i Rødovre Centrum i forbindelse med afholdelsen af *Tændernes Dag*. Interviewene havde karakter af korte semistrukturerede interviews og varede mellem cirka 5 og 12 minutter. Interviewpersonerne blev rekrutteret direkte på dagen blandt borgere, der havde henvendt sig for at modtage gratis tandbehandling eller tandlægefaglig vurdering. Interviewene tog udgangspunkt i temaer såsom adgang til tandbehandling, økonomi, oplevelser med tandlægesystemet, skam, stigma og betydningen af tænder i hverdagen. Flere af interviewpersonerne beskrev, hvordan økonomi havde medført udskudt eller fravalgt tandbehandling. Samtidig beskrev flere oplevelser af skam, tilbageholdenhed ved smil eller sociale situationer samt bekymringer knyttet til tændernes udseende og funktion.

Interviewpersonerne repræsenterer forskellige livssituationer og socioøkonomiske positioner. Gruppen bestod af både mænd og kvinder i alderen 23 til 64 år. Flere modtog offentlige ydelser såsom kontanthjælp, fleksjob eller førtidspension, mens andre havde erfaring med ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet eller økonomiske udfordringer som følge af sygdom, arbejdsløshed eller skilsmisse. Materialet giver dermed indblik i forskellige måder, hvorpå sociale og økonomiske forhold kan påvirke adgang til tandbehandling og oplevelser af tandsundhed.

Ud over borgerinterviewene indgår to længere interviews med fagpersoner. Det ene interview blev gennemført med tandlæge og initiativtager til *Tændernes Dag*, Camilla Kirkeby fra Plus1 Tandklinikkerne. Interviewet fokuserede blandt andet på baggrunden for initiativet, målgruppen for *Tændernes Dag*, erfaringer med social udsathed blandt patienter samt refleksioner over eksisterende støtteordninger og barrierer i tandplejesystemet. Det andet interview blev gennemført med Torben Schönwaldt, formand for Tandlægeforeningen, og omhandlede blandt andet ulighed i tandsundhed, den politiske organisering af

tandplejeområdet samt forståelser af Tændernes Dag som symptom på bredere strukturelle problemer i sundhedssystemet.

Kombinationen af borger- og fagpersoninterviews gør det muligt både at undersøge konkrete erfaringer med tandskam, økonomiske barrierer og adgang til behandling samt at analysere disse erfaringer i relation til bredere samfundsmæssige og strukturelle problemstillinger. Datamaterialet er ikke repræsentativt i statistisk forstand, men har til formål at skabe et kvalitativt indblik i oplevelser, forståelser og mekanismer knyttet til social ulighed i tandsundhed.

Interviewguidens opbygning

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews med udgangspunkt i en tematisk teoretisk interviewguide. Guiden har fungeret som en overordnet ramme for interviewene og har sikret, at centrale temaer relateret til stigma, skam og tandsundhed blev berørt, samtidig med at der har været fleksibilitet til at følge interviewpersonernes egne perspektiver.

I udformningen af interviewguiden har vi primært anvendt åbne spørgsmål, da disse giver interviewpersonerne mulighed for at udfolde deres egne erfaringer og refleksioner (Thagaard 2013: 100). Dette er i tråd med specialets hermeneutiske og abduktive tilgang, hvor formålet er at opnå indsigt i, hvordan interviewpersonerne oplever og italesætter deres situation.

Der er arbejdet med både overordnede spørgsmål og mere uddybende spørgsmål. Disse har haft til formål at skabe rum for både brede beskrivelser og mere detaljerede fortællinger om interviewpersonernes erfaringer (Poulsen 2019: 105). Under interviewene har vi desuden anvendt opfølgende, konkretiserende og uddybende spørgsmål for at opnå en nuanceret forståelse af de temaer, der blev bragt op.

Vi har været opmærksomme på, at vores interviewguide tager afsæt i en forforståelse om, at stigma kan spille en rolle i relation til tandsundhed. I stedet for at styre interviewene i en bestemt retning har vi derfor bestræbt os på at stille åbne og undersøgende spørgsmål, der giver plads til, at interviewpersonerne selv kan definere, hvad der er betydningsfuldt i deres fortællinger. Eksempelvis spurgte vi åbent ind til, hvilken betydning tænder havde i interviewpersonernes hverdag, og hvordan de oplevede mødet med tandplejesystemet, frem for direkte at spørge, om de oplevede stigma eller skam. Dette gjorde det muligt at undersøge,

hvordan sådanne erfaringer eventuelt kom til udtryk i interviewpersonernes egne beskrivelser og begreber.

I interviewsituationen har vi endvidere haft fokus på at skabe en åben og tryk dialog, blandt andet gennem aktiv lytning, opmuntrende respons og en anerkendende tilgang. Dette har haft til formål at understøtte, at interviewpersonerne følte sig trygge ved at dele deres erfaringer, hvilket er særligt relevant i relation til et emne, der kan være forbundet med skam og sårbarhed (Thagaard 2013: 100).

På trods af at interviewguiden på forhånd var struktureret omkring bestemte temaer, var det vores erfaring, at interviewene i praksis overordnet forløb fleksibelt, idet interviewpersonerne ofte selv berørte de centrale temaer. Dette har bidraget til, at interviewene fremstod som sammenhængende fortællinger frem for en række isolerede spørgsmål og svar.

Etiske overvejelser

I dette speciale tilstræber vi at leve op til principperne for god forskningspraksis og forskningsintegritet. God forskningsetik omhandler, at forskningen gennemføres med respekt for deltagerne og i overensstemmelse med centrale principper som ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed (Kristensen 2019: 77, 81).

I forbindelse med dataindsamlingen har vi haft særligt fokus på at sikre en etisk forsvarlig proces. Dette indebærer blandt andet, at vi har bestræbt os på ikke at påvirke interviewpersonerne i en bestemt retning, men derimod at skabe en åben og respektfuld samtalsituation, hvor interviewpersonerne frit kan udtrykke deres perspektiver. Dette er særligt vigtigt i relation til specialets genstandsfelt, idet tandsundhed, skam og stigma kan være forbundet med sårbare erfaringer.

Alle interviews er gennemført på baggrund af informeret og frivilligt samtykke.

Interviewpersonerne er forud for interviewet blevet informeret om undersøgelsens formål, og de er blevet gjort opmærksomme på, at deltagelse er frivillig, samt at de til enhver tid kan trække sig fra undersøgelsen (Thagaard 2013: 26). Derudover er der indhentet samtykke til optagelse af interviewene.

For at beskytte interviewpersonernes privatliv er alle borgerinterviews fra Tændernes Dag anonymiseret. Dette er gjort ved at fjerne eller ændre identificerbare oplysninger i overensstemmelse med anbefalinger for håndtering af persondata (Thagaard 2013:28)

I forlængelse heraf har vi været opmærksomme på vores ansvar i formidlingen af interviewpersonernes udsagn. Vi har bestræbt os på at gengive citater og fortællinger loyalt og i deres rette kontekst for at undgå misfortolkninger. (Poulsen 2019: 103)

Samlet set har vi arbejdet ud fra en forståelse af, at forskningsetik ikke alene handler om at overholde formelle krav, men også om at udvise ansvarlighed og refleksivitet i mødet med de mennesker, hvis erfaringer danner grundlag for analysen.

Transparens

Transparens er et centralt kvalitetskriterie i kvalitative undersøgelser og knytter sig til graden af gennemsigtighed i forskningsprocessen. (Thagaard 2013:201-202) Det indebærer, at læseren skal have mulighed for at følge, hvordan empirien er indsamlet, bearbejdet og fortolket, samt hvilke metodiske og analytiske valg der ligger til grund for specialets resultater.

I dette speciale tilstræber vi transparens ved at redegøre systematisk for vores metodiske tilgang, herunder valg af undersøgelsesfelt, dataindsamlingsmetode, udvælgelse af interviewpersoner og analytisk fremgangsmåde. Derudover tydeliggør vi, hvordan vores fortolkninger er fremkommet gennem en løbende bevægelse mellem empiri og teori.

Et centralt element i transparensen er, at vi eksplicit skelner mellem empiriske udsagn og analytiske fortolkninger. Dette understøttes ved at inddrage citater fra interviewpersonerne, så læseren kan følge, hvordan vi bevæger os fra konkrete udsagn til analytiske pointer. (Juul & Pedersen 2012: 404)

I forlængelse heraf indgår refleksivitet som en vigtig del af transparensen. Da vi i en hermeneutisk tilgang anerkender, at vi er en aktiv del af fortolkningsprocessen, har vi løbende forholdt os kritisk til vores egne forforståelser og deres betydning for analysen.

Refleksiviteten har blandt andet bestået i løbende diskussioner mellem os om vores fortolkninger af interviewmaterialet, vores kodning af empirien og de analytiske valg, vi traf undervejs i processen. Derudover har vi arbejdet med åbne og undersøgende spørgsmål i

interviewsituationen for at give plads til, at interviewpersonerne selv kunne definere, hvad der var betydningsfuldt i deres erfaringer med tandsundhed. Ved at synliggøre disse refleksioner søger vi at styrke undersøgelsens transparens og troværdighed.

Transparens hænger tæt sammen med både validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning. En gennemsigtig fremgangsmåde gør det muligt for læseren at vurdere kvaliteten af de analytiske valg og dermed tage stilling til, hvorvidt fortolkningerne fremstår velbegrundede og konsistente (Thagaard 2013: 202). Samtidig bidrager transparens til, at undersøgelsens resultater kan vurderes i forhold til deres overførbare til andre sammenhænge.

Metodeovervejelser om reliabilitet

I kvalitative undersøgelser kan forskningsprocessen ikke adskilles fra dem, der gennemfører undersøgelsen, idet data og analyse udvikles i samspillet mellem interviewer og interviewperson. Spørgsmålet om reliabilitet må derfor forstås anderledes end i kvantitativ forskning, hvor målet ofte er at opnå reproducerbare og objektive resultater (Thagaard, 2013: 202).

I dette speciale forstås reliabilitet som et spørgsmål om gennemsigtighed og stringens i forskningsprocessen. Det indebærer, at det skal være muligt for læseren at følge, hvordan empirien er indsamlet, bearbejdet og analyseret, samt hvordan vi er nået frem til vores fortolkninger.

Interviewene er blevet optaget og transskriberet, hvilket styrker reliabiliteten, idet analysen tager udgangspunkt i et detaljeret og dokumenterbart datamateriale frem for udelukkende vores noter. Dette bidrager til at reducere risikoen for, at væsentlige nuancer i interviewpersonernes udsagn går tabt (Thagaard 2013: 203).

For at styrke reliabiliteten har vi arbejdet systematisk med kodningen af det empiriske materiale. Flere gruppemedlemmer har kodet dele af det samme interviewmateriale, hvilket har gjort det muligt at sammenligne og diskutere fortolkningerne. Denne proces har bidraget til at kvalificere analysen og synliggøre forskellige mulige forståelser af empirien, frem for at sikre én "korrekt" kodning. (Andersen 2020: 104-105)

Reliabiliteten understøttes dermed gennem en systematisk og transparent proces, hvor både dataindsamling og analyse er tydeligt beskrevet, og hvor der løbende er arbejdet reflektivt med fortolkningen af empirien.

Metodeovervejelser om intern og ekstern validitet

I specialet forstås validitet som et spørgsmål om, hvorvidt vores fortolkninger af det empiriske materiale er velbegrundede og troværdige i relation til det fænomen, vi undersøger. I den kvalitative forskning skelnes der ofte mellem intern validitet og ekstern validitet, som i denne sammenhæng snarere kan forstås som henholdsvis fortolkningens troværdighed og undersøgelsens overførbarhed (Thagaard 2013: 204).

Intern validitet

Intern validitet handler om, hvorvidt undersøgelsens analyser og fortolkninger fremstår sammenhængende, velargumenterede og forankrede i det empiriske materiale (Thagaard 2013: 204). I kvalitativ forskning knytter intern validitet sig dermed til undersøgelsens troværdighed og til, hvorvidt de analytiske konklusioner fremstår velbegrundede i relation til empirien og den anvendte teoretiske ramme.

Vi har søgt at styrke den interne validitet gennem en systematisk og transparent analyseproces, hvor vi løbende har bevæget os mellem empiriske udsagn og teoretiske begreber. Analysen er udviklet gennem en fortolkende proces, hvor interviewpersonernes fortællinger kontinuerligt er blevet analyseret i relation til specialets perspektiver på sundhedskapital, stigma og skam.

For at tydeliggøre forbindelsen mellem empiri og analyse inddrages der løbende citater fra interviewpersonerne. Dette giver læseren mulighed for at følge, hvordan vi bevæger os fra konkrete udsagn til analytiske fortolkninger, og dermed vurdere, hvorvidt fortolkningerne fremstår rimelige og velbegrundede i forhold til det empiriske grundlag (Andersen et al. 2020: 98; Thagaard 2013: 204).

Samtidig har vi løbende diskuteret vores fortolkninger og analytiske valg i gruppen med henblik på at udfordre egne forståelser og sikre størst mulig sammenhæng mellem empirien og de analytiske pointer. Dette skal ikke forstås som et forsøg på at opnå objektive eller

endegyldige fortolkninger, men som en bestræbelse på at udvikle en analytisk argumentation, der fremstår refleksiv, transparent og metodisk begrundet.

Ekstern validitet (overførbarhed)

Ekstern validitet omhandler, i hvilken grad undersøgelsens indsigter kan have relevans ud over den konkrete undersøgelseskontekst. I kvalitative undersøgelser handler ekstern validitet dog ikke om statistisk repræsentativitet eller generalisering til en samlet population, men snarere om undersøgelsens analytiske overførbarhed til lignende sociale og kontekstuelle sammenhænge (Andersen et al. 2020: 98; Thagaard 2013: 210).

I forlængelse heraf understreger den hermeneutiske tilgang, at viden altid er situeret og kontekstafhængig, idet menneskers erfaringer og meningsdannelser må forstås i relation til deres sociale og historiske livsbetingelser (Juil 2012: 121-124). Formålet med dette speciale er derfor ikke at producere universel eller statistisk generaliserbar viden om social ulighed i tandsundhed, men derimod at opnå en dybere forståelse af, hvordan stigma, skam, sundhedskapital og økonomiske barrierer opleves og tillægges betydning i interviewpersonernes fortællinger.

Specialets empiriske grundlag består af et ni kvalitative interviews gennemført med udgangspunkt i Tændernes Dag. Undersøgelsen søger således ikke repræsentativitet i kvantitativ forstand, men analytisk relevans i relation til specialets problemstilling (Thagaard 2013: 59-60). Selvom interviewpersonernes erfaringer er situerede og knyttet til en specifik kontekst, kan de analytiske indsigter bidrage til en bredere forståelse af de sociale og symbolske mekanismer, der kan præge menneskers relation til tandpleje og tandsundhed.

I kvalitativ forskning knytter overførbarhed sig netop til, hvorvidt undersøgelsen formår at identificere mønstre, processer og erfaringer, som kan genfindes eller være relevante i andre lignende sociale sammenhænge (Thagaard 2013: 210; Juil & Pedersen 2012: 404). Specialets relevans ligger dermed ikke i muligheden for at generalisere til alle borgere med tandproblemer, men i at belyse, hvordan sociale normer, økonomiske vilkår og oplevelser af stigma kan få betydning for menneskers adgang til tandpleje og oplevelse af tandsundhed.

Ved løbende at redegøre for undersøgelsens kontekst, empiriske grundlag og analytiske fremgangsmåde søger vi samtidig at skabe transparens omkring de betingelser, som analysen er udviklet inden for. Dette gør det muligt for læseren selv at vurdere, i hvilken grad

specialets indsigter kan overføres til andre kontekster eller bidrage til forståelsen af social ulighed i tandsundhed mere generelt (Thagaard 2013: 202; Andersen et al. 2020: 98).

Transskriberingsstrategi

Interviewene er transskriberet manuelt og uden brug af AI-baserede værktøjer. De er skrevet ud ord for ord for at bevare interviewpersonernes formuleringer og den konkrete samtalsituation.

Tøven fx “øhhm”, “ik?” og latter er bevaret i de transskriberede interviews for at fastholde interviewenes sproglige karakter og deres forankring i interviewsituationen. Disse er dog udeladt i de citater, der præsenteres i specialet, af hensyn til læsbarheden. I forlængelse af vores hermeneutiske tilgang betragtes transskriptionen som en del af fortolkningsprocessen og ikke som en neutral overførsel fra tale til tekst (Kvale & Brinkmann, 2009: 235-236; 238-240).

Af etiske hensyn har vi udeladt personnavne samt sekvenser, hvor klinikpersonale henvendte sig direkte til interviewpersonerne, når disse ikke var relevante for analysen. Dette er gjort med henblik på at sikre anonymitet og beskytte deltagernes privatliv.

Transskriptionen er udarbejdet gennem gentagen aflytning, hvor optagelserne løbende er pauset og genstartet. Herefter er hele optagelsen genhørt og sammenholdt med teksten for at sikre overensstemmelse mellem lyd og skrift. Valg af detaljeringsgrad følger Kvale & Brinkmanns pointe om, at transskription indebærer metodiske beslutninger, som har betydning for analysens udformning (Kvale & Brinkmann, 2009: 238-241).

Kodningsstrategi

Bearbejdningen af det empiriske materiale er foregået i flere faser. Indledningsvis transskriberede vi de gennemførte interviews med henblik på at skabe et systematisk overblik over empirien og komme tættere på interviewpersonernes fortællinger. Transskriberingen fungerede dermed ikke alene som en teknisk bearbejdning af materialet, men også som en første analytisk proces, hvor centrale temaer, formuleringer og mønstre begyndte at træde frem.

Efterfølgende foretog vi en gennemlæsning af interviewmaterialet med fokus på at identificere tværgående tematikker og sammenhænge i interviewpersonernes beskrivelser af

tandsundhed, økonomi, stigma, skam og adgang til behandling. På baggrund heraf udviklede vi en række analytiske temaer, som blev organiseret gennem farvekodning. Kodningen fungerede som et redskab til at strukturere empirien og skabe overblik over centrale mønstre og betydningsdannelser på tværs af interviewene.

Kodningsarbejdet blev gennemført som en tematisk proces, hvor de overordnede koder tog udgangspunkt i temaerne fra interviewguiden. Kodningen fulgte dermed de centrale emner, som interviewene var struktureret omkring, herunder stigma, skam, økonomiske forhold, adgang til tandpleje og oplevelser relateret til tandsundhed. Denne tilgang bidrog til at skabe sammenhæng mellem dataindsamlingen og den analytiske bearbejdning af empirien.

Selvom kodningen tog afsæt i interviewguidens temaer, udviklede analysen sig løbende gennem arbejdet med empirien, hvor vi blev opmærksomme på nuancer og variationer i interviewpersonernes fortællinger. Kodningsprocessen gjorde det dermed muligt at identificere både fælles mønstre og forskelle i måden, hvorpå interviewpersonerne italesatte deres erfaringer med tandsundhed, stigma og økonomiske barrierer.

Teori

I dette kapitel præsenteres specialets teoretiske ramme, som anvendes til at analysere social ulighed i tandsundhed med særligt fokus på sundhedskapital, stigma, skam og adgang til tandbehandling. Teorierne bidrager med forskellige perspektiver på, hvordan tandsundhed ikke alene kan forstås som et individuelt anliggende, men et komplekst samfundsphænomen. Først inddrages Kristian Larsens begreb om sundhedskapital, som anvendes til at forstå, hvordan sundhed er ulige fordelt og tæt forbundet med individers økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer.

Herefter inddrages Link & Phelans forståelse af stigma som en social proces, hvor labeling, stereotyping, separation, statustab og diskrimination kan bidrage til at producere og fastholde ulighed. Deres magtperspektiv styrker analysen af, hvordan stigma ikke blot er et individuelt følelsesmæssigt fænomen, men også en mekanisme, der kan få konkrete konsekvenser for menneskers position og handlemuligheder.

Afslutningsvis inddrages Doughty m.fl.s begreb om oral health-related stigma som et tand-specifikt supplement til de øvrige stigmaforståelser. Dette perspektiv er særligt relevant,

fordi det kobler stigma direkte til tandsundhed, adgang til tandpleje og ulighed. Samlet set gør teorierne det muligt at analysere, hvordan social ulighed i tandsundhed formes i samspillet mellem strukturelle vilkår, kropslige tegn, sociale normer og individuelle erfaringer.

Kristian Larsen: Sundhedskapital, velfærdsstat og social ulighed i sundhed

Kristian Larsens begreb om sundhedskapital er inspireret af Pierre Bourdieus kapitalbegreb og hans bredere forståelse af social ulighed. Hos Bourdieu forstås samfundet som præget af ulige fordelte ressourcer, hvor individers muligheder ikke alene afhænger af økonomi, men også af kulturelle, sociale og symbolske ressourcer (Bourdieu, 1986: 241-258).

Kapitalbegrebet anvendes dermed til at belyse, hvordan sociale forskelle skabes, opretholdes og reproduceres gennem menneskers adgang til forskellige former for ressourcer og positioner i samfundet.

Bourdieu skelner blandt andet mellem økonomisk kapital, kulturel kapital og social kapital. Økonomisk kapital omhandler materielle og økonomiske ressourcer, mens kulturel kapital blandt andet kan bestå af uddannelse, viden, kompetencer, normer og livsstilspraksisser. Social kapital refererer til netværk, relationer og adgang til sociale fællesskaber (Bourdieu, 1986: 243-248). Disse kapitalformer er tæt forbundne og kan i forskellige sammenhænge omsættes til hinanden. Eksempelvis kan økonomiske ressourcer give adgang til uddannelse, sundhedsydelser og bestemte livsstilsformer, mens kulturel kapital kan gøre det lettere at forstå og navigere i institutionelle systemer såsom sundhedsvæsenet. (Bourdieu, 1986: 243-248)

Med inspiration fra Bourdieu videreudvikler Kristian Larsen begrebet sundhedskapital som en særlig form for kapital, der knytter sig til kroppen og individets sundhedsmæssige ressourcer (Larsen & Hansen, 2014: 37-40). Sundhed forstås her ikke som et rent biologisk eller individuelt anliggende, men som en socialt differentieret ressource, der kan akkumuleres, forvaltes og omsættes i sociale sammenhænge (Larsen, 2021: 45-47).

Sundhedskapital er samtidig tæt forbundet med de øvrige kapitalformer, idet individers muligheder for at investere i sundhed afhænger af deres økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer (Larsen & Hansen, 2014: 12-15).

Larsen argumenterer for, at sundhed i stigende grad bliver et område, hvor individer forventes at investere i egen krop gennem behandling, forebyggelse og sundhedsfremmende praksisser, men at disse muligheder er ulige fordelt mellem sociale grupper (Larsen, 2021: 37-38).

Sundhedskapital handler dermed både om kroppens konkrete tilstand, adgang til behandling og viden om sundhed.

I dette speciale er denne kobling relevant, fordi tandsundhed kan forstås som en konkret og synlig form for sundhedskapital. Tænders tilstand kan have betydning for, hvordan individer fremstår socialt, og hvordan de vurderes i relation til normer om ansvarlighed, selvomsorg og social position. Samtidig kræver vedligeholdelse af tandsundhed adgang til økonomiske ressourcer, overskud og viden.

Der ses en stigende individualisering i samfundet, hvor sundhed i højere grad forstås som noget, den enkelte skal investere i og optimere. (Larsen & Hansen, 2014: 37-40)

Sundhedskapital knytter sig til kroppen og indebærer investeringer i blandt andet kost, motion, behandling og kropslig fremtræden, som kan styrke individets position i sociale felter såsom arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. For at forstå social ulighed i sundhed og de mekanismer, der former individers relation til egen krop og sundhed, er Kristian Larsens begreb om sundhedskapital vigtigt. Her argumenterer Larsen for, at sundhed ikke blot er et biologisk eller individuelt anliggende, men en socialt differentieret ressource, der kan akkumuleres, forvaltes og omsættes i sociale sammenhænge:

”En praktisk sans for det sociale spil motiverer mennesker til at modificere deres krop, også selvom det kan være smertefuldt og omkostningsfyldt på mange måder”. (Larsen, 2021: 31)

Sundhedskapital kan i denne optik forstås som en ressource, der ikke alene har betydning for individets helbred, men også kan omsættes til social position og anerkendelse i samfundet (Larsen, 2021: 45-47). Begrebet dækker således over de kropslige, sociale og kulturelle ressourcer, som individer besidder, og som har betydning for deres muligheder for at opnå og opretholde sundhed:

”Men mennesker investerer ikke ensartet i deres krop, der er forskel på, hvad der anses som en flot, normal og attraktiv krop i forskellige sociale positioner i samfundet. Der er tale om sociale forskelle ud fra klasse, køn, alder, etnicitet, geografi og diagnose i den måde, grupper investerer i kroppen på.” (Larsen, 2021: 37)

Sundhedskapital er ulige fordelt og tæt knyttet til individers sociale position, hvilket indebærer, at nogle grupper har bedre forudsætninger for at investere i sundhed gennem forebyggelse, behandling og sundhedsfremmende praksisser, mens andre er begrænset af deres økonomiske og sociale vilkår (Larsen & Sodemann, 2024: 32-35). Sundhed bliver dermed ikke alene et spørgsmål om individuelle valg, men må forstås som betinget af strukturelle forhold, hvor livsbetingelser og adgang til ressourcer spiller en afgørende rolle (Larsen & Hansen, 2014: 12-15):

”Men der er selvsagt ulige betingelser for at erhverve sådanne dispositioner: Økonomisk mulighed for at købe de nødvendige ting, redskaber og varer; kultur og viden til at læse og agere i det sociale spil [...] Alt dette er ulige fordelt.” (Larsen & Hansen, 2014: 32)

I denne optik fremstår social ulighed i sundhed i højere grad som et spørgsmål om vilkår frem for valg (Larsen & Hansen, 2014: 20-22):

”Investeringen i sundhedskapital kræver andre kapitaler såsom økonomisk, kulturel og social kapital, og den kan ligeledes konverteres ’tilbage’ til disse kapitaler, fx gennem det rette udseende og fremtræden.” (Larsen, 2021: 38)

Denne forståelse må ses i lyset af bredere transformationer i velfærdsstaten og sundhedsfeltet. Larsen fremhæver, at der over de seneste årtier er sket en forskydning fra at forstå borgere som patienter til i stigende grad at konstruere dem som aktive, ansvarlige og selvregulerende subjekter (Larsen & Esmark, 2013: 6-7). Sundhed bliver i denne sammenhæng knyttet til livsstil, forebyggelse og individuel ansvarlighed, hvor den enkelte forventes at tage ansvar for egen krop gennem selvdisciplin og kontinuerlig optimering (Larsen & Esmark, 2013: 6)

Samtidig er sundhedsfeltet i stigende grad præget af markedslignende logikker, hvor borgere også optræder som forbrugere af sundhedsydelser, hvilket øger betydningen af økonomiske ressourcer og adgang til viden (Larsen & Esmark, 2013: 6-7).

I forlængelse heraf viser forskning, at sundhedskapital ikke blot er ulige fordelt, men også omsættes forskelligt på tværs af sociale grupper. Studier viser, at arbejdsmarkedstilknytning og sociale positioner har væsentlig betydning for individers muligheder for at opbygge og udnytte sundhedskapital (Harsløf, Larsen & Bambra, 2023: 395-398). Sundhed fremstår i denne optik ikke alene som en individuel ressource, men som tæt forbundet med sociale og

økonomiske strukturer, hvor forskellige grupper har ulige muligheder for at opnå og omsætte sundhedskapital (Harsløf, Larsen & Bamba, 2023: 400-402).

Samtidig understreger Larsen, at kategorier som “socialt udsatte” ikke blot beskriver sociale forhold, men også fungerer som sociale konstruktioner, der bidrager til at definere og afgrænse bestemte grupper som afvigende (Larsen & Bystrup, 2013: 5-7). Sådanne kategoriseringer er ikke neutrale, men indgår i processer, hvor bestemte grupper positioneres som problematiske eller mindre legitime i samfundet, hvilket kan få betydning for deres adgang til ressourcer og anerkendelse:

“Tandstatus er nemlig den stærkeste indikator, der forbinder sundhed med social position”
(Larsen, 2021: 101)

Endelig understreger Larsen, at sundhedsidealer og forestillinger om den “rigtige” krop er historisk og socialt betingede og formes af dominerende grupper (Larsen & Esmark, 2013: 10-11). Sundhed får dermed også en symbolsk dimension, hvor kroppen fungerer som en synlig markør for livsstil, ansvarlighed og social position. I denne proces kan manglende sundhed blive genstand for sociale og moralske vurderinger, hvor individer risikerer at blive tillagt ansvar for deres egen tilstand (Larsen & Esmark, 2013: 11-12):

“Den kropslige dimension af sundhedskapital beskriver og forklarer sociale grupper (klasse, køn, alder, boligområde, etnicitet) differentierede og differentierende investering i, på eller med egenkroppen med henblik på at optimere, opretholde eller reducere tab af social position. Det sker i en samtid, hvor kroppe er blevet statsligt frisatte” (Larsen, 2024:199)

Larsens begreb om sundhedskapital bidrager dermed til en forståelse af, hvordan sundhed indgår i sociale hierarkier og fungerer som en central ressource i moderne samfund:

“[...] vi kan også tale om en internaliseret eksklusion, hvor svage patienter ekskluderer sig selv, sideløbende. Det kan beskrives med begrebet symbolsk vold. Hvor begrebet stigma i høj grad beskriver den vold og ydmygelse, som andre udsætter mennesker for, så beskriver symbolsk vold snarere den vold, ydmygelse, selvhad og selvforagt, som mennesker udsætter sig selv for.” (Larsen, 2024:148)

Perspektivet synliggør, hvordan strukturelle uligheder omsættes til kropslige forskelle, og

hvordan disse forskelle ikke blot har sundhedsmæssige konsekvenser, men også sociale og symbolske betydninger, der kan føre til differentiering, marginalisering og stigmatisering.

I denne optik bliver det centralt, at sundhedsadfærd ikke kan forstås som et resultat af frie og individuelle valg. Som Larsen formulerer det:

“De vigtigste valg i forhold til sundhed og sygdom tager agenten ikke selv.” (Larsen, 2009: 191)

Sundhed og sygdom må dermed forstås i relation til de sociale og materielle livsbetingelser, som individer er indlejret i, frem for som resultat af individuelle beslutninger (Larsen, 2009: 191).

I forlængelse heraf bliver det tydeligt, hvordan sociale forskelle konkret manifesterer sig i kroppen, herunder i tandsundhed. Tandstatus fremstår som en særlig tydelig indikator for social position:

“Tandstatus er en stærk indikator, der relaterer sig til social position, og som et eksempel har de højt positionerede blandt de 45-66-årige i høj grad alle deres tænder tilbage [...] Der er altså næsten dobbelt så mange blandt de højest positionerede i denne aldersgruppe, der stadig har alle deres tænder.” (Larsen, 2009: 194)

Tandsundhed bliver dermed ikke blot et spørgsmål om individuel adfærd, men må forstås som tæt knyttet til sociale og materielle livsbetingelser og som en konkret manifestation af social ulighed i sundhed.

Dette viser, at sundhed ikke kun er ulige fordelt, men også kommer til syne i kroppen. Tænders tilstand kan dermed fungere som et synligt tegn på social position og indgå i måder, hvorpå mennesker vurderes og kategoriseres.

Link & Phelan: stigma som social proces, magt og ulighed

I analysen af stigma og ulighed i tandsundhed tager specialet afsæt i Bruce Link og Jo Phelans stigmaforståelse. Deres perspektiv er blandt andet inspireret af Erving Goffmans klassiske stigmatteori, hvor stigma forstås som en social proces, der opstår i relationen mellem individ og omgivelser. Hos Goffman beskrives stigma som *“en egenskab, der er dybt*

miskrediterende” (Goffman 2009: 44), idet bestemte egenskaber eller kendetegn tillægges negativ betydning i mødet med samfundets dominerende normer. Goffman retter særligt fokus mod de mikrosociale og symbolske processer, hvor individer kategoriseres, vurderes og potentielt reduceres til én afvigende egenskab, der overskygger øvrige aspekter af deres sociale identitet (Goffman 2009: 13-20).

Dette perspektiv er relevant i relation til tandsundhed, da tænder fungerer som et synligt kropsligt kendetegn, der kan forbindes med forestillinger om ansvarlighed, selvkontrol og social position. Dårlige eller manglende tænder kan dermed blive genstand for sociale og moralske vurderinger, hvor individet risikerer at blive opfattet som mindre ansvarligt. Goffmans perspektiv bidrager således med en forståelse af, hvordan stigma kan opstå i sociale møder og få betydning for individers selvforståelse og sociale deltagelse.

Med inspiration fra Goffman videreudvikler Link & Phelan stigmaforståelsen ved at analysere stigma som en bredere social proces tæt forbundet med magt, sociale strukturer og ulighed (Link & Phelan, 2001:363-385). Hvor Goffman primært fokuserer på de interaktionelle og symbolske dimensioner af stigma, udvider Link & Phelan perspektivet ved at undersøge, hvordan stigma også producerer og reproducerer social ulighed gennem sociale, økonomiske og politiske magtforhold. Teorien anvendes i specialet som et analytisk redskab til at undersøge, hvordan tandsundhed kan fungere som et socialt tegn, og hvordan dette tegn kan få betydning for menneskers handlemuligheder, adgang til ressourcer og livschancer.

Hvor Goffman især gør det muligt at undersøge stigma som noget, der udspiller sig i konkrete sociale møder, bidrager Link & Phelan til dette speciale med et begrebsapparat, der gør det muligt at analysere stigma som en proces, der producerer og stabiliserer ulighed på tværs af sociale domæner. Teorien anvendes i specialet som et analytisk redskab til at undersøge, hvordan tandsundhed kan fungere som et socialt tegn, og hvordan dette kan få betydning for menneskers handlemuligheder og livschancer.

Link & Phelan udvikler deres stigmaforståelse som en kritik af stigmaforskning, der enten bliver for psykologiserende eller reducerer stigma til fordomme og negative holdninger. I stedet definerer de stigma som en social proces, der opstår, når flere elementer optræder samtidigt: *labeling, stereotyping, separation, status loss* og *discrimination*, og når processen

udfolder sig i en kontekst, hvor *magt* gør det muligt at omsætte kategorisering til reelle konsekvenser. (Link & Phelan, 2001: 367)

Det afgørende i Link & Phelans bidrag er således, at stigma ikke forstås som en egenskab ved individet, men som et mønster af sociale mekanismer. Stigma opstår, når bestemte forskelle gøres relevante, forbindes med negative betydninger, bruges til at skabe afstand og derefter omsættes til konkrete konsekvenser i form af tab af status og diskrimination. Stigma er derfor ikke blot en kulturel vurdering, men en social proces, der kan påvirke fordelingen af ressourcer og muligheder.

Labeling

Ifølge Link & Phelan begynder stigmatisering med labeling, hvor bestemte menneskelige forskelle udpeges, navngives og tillægges betydning (Link & Phelan, 2001: 368-369). Pointen er, at forskelle ikke i sig selv er betydningsfulde, men bliver det gennem sociale og kulturelle processer, hvor nogle karakteristika fremhæves som relevante, mens andre overses. Labeling indebærer dermed en form for selektion, hvor bestemte egenskaber gøres til genstand for kategorisering og vurdering.

I relation til tandsundhed er dette særligt relevant, fordi tænders tilstand kan fungere som et synligt kendetegn, der hurtigt kan aflæses og tillægges betydning i sociale sammenhænge. Tandstatus kan dermed komme til at fungere som en markør for eksempelvis ansvarlighed, livsstil eller social position. Link & Phelans perspektiv gør det således muligt at analysere, hvordan forskelle i tandsundhed kan transformeres fra et sundhedsmæssigt forhold til et socialt tegn, der kan få betydning for menneskers identitet, deltagelse og mødet med omgivelserne.

Stereotyping

Næste element er stereotyping, hvor labelen forbindes med negative forestillinger om, hvilken type person den labeled person er. Link & Phelan beskriver stereotyping som en proces, hvor labeled grupper kobles til *undesirable characteristics*, og hvor kulturelt tilgængelige narrativer gør det muligt at generalisere fra et tegn til en hel person. (Link & Phelan, 2001: 369-370)

I Link & Phelans perspektiv er stereotyping ikke blot en misforståelse, men en social mekanisme, der stabiliserer hierarkier. Stereotyper producerer en form for “forklaring”, hvor den labeled persons situation kan gøres til et spørgsmål om moral, karakter eller ansvar. Dermed bliver strukturelle vilkår usynlige, og ansvaret individualiseres.

Separation

Det tredje element er separation, hvor labeling og stereotyping bruges til at skabe en grænse mellem “os” og “dem”. Link & Phelan fremhæver, at stigma indebærer, at labeled personer ikke blot vurderes negativt, men også placeres i en kategori, der konstrueres som fundamentalt anderledes. (Link & Phelan, 2001: 370-371)

Separation handler derfor ikke kun om social distance i praksis, men om en symbolsk proces, hvor forskellen mellem grupper fremstår naturlig og legitim. I Link & Phelans optik er dette et centralt skridt, fordi det skaber en social logik, hvor ulighed kan retfærdiggøres. Når “de andre” konstrueres som en særlig type mennesker, bliver det lettere at acceptere, at de også lever under andre vilkår.

Status loss og discrimination

Det fjerde element består af *status loss* og *discrimination*. Link & Phelan understreger, at stigma ikke stopper ved kulturelle forestillinger. Stigma får betydning, når processen omsættes til sociale konsekvenser, hvor labeled personer mister status og møder begrænsninger i adgang til ressourcer og muligheder. (Link & Phelan, 2001:371-373)

De argumenterer her for, at stigma kan få direkte betydning for livschancer, herunder adgang til arbejde, sociale relationer og sundhed. (Link & Phelan, 2001: 382)

Stigma kan her forstås som en mekanisme, der kan skabe og vedligeholde ulighed: ikke blot ved at påvirke individets følelser, men ved at påvirke individets sociale position og adgang til centrale livsområder.

Magt som forudsætning

Hos Link & Phelan er magt ikke et supplement til stigma, men en forudsætning. Stigma opstår kun, når de grupper, der definerer forskelle, også har magt til at gøre disse forskelle socialt bindende. Dette formuleres blandt andet i deres argument om, at:

“Stigma is entirely dependent on social, economic, and political power-it takes power to stigmatize. In some instances the role of power is obvious. However, the role of power in stigma is frequently overlooked because in many instances power differences are so taken for granted as to seem unproblematic.” (Link & Phelan, 2001: 375)

Stigma kan således ikke forstås som en social markør løsrevet fra strukturer. Tværtimod er stigma afhængig af sociale, økonomiske og politiske magtforhold. Link & Phelans pointe er samtidig, at magt ofte bliver analytisk usynlig, netop fordi magtforskelle fremstår som selvfølgelige. Denne pointe er relevant i et felt som tandsundhed, hvor tandpleje i høj grad er privat finansieret, og hvor adgang til behandling dermed bliver tæt koblet til økonomisk kapital. I denne sammenhæng kan magtforhold netop fremstå naturlige, fordi tandpleje kulturelt forstås som et individuelt ansvar.

Stigma power: stigma som ressource

I deres senere arbejde udvikler Link & Phelan begrebet *stigma power*, som skærper forståelsen af stigma som en social ressource. Hvor *Conceptualizing stigma* især systematiserer stigma-processens komponenter, tydeliggør stigma power-begrebet, at stigma også kan fungere instrumentelt i opretholdelsen af sociale hierarkier. De skriver:

“When people have an interest in keeping other people down, in or away, stigma is a resource that allows them to obtain ends they desire. We call this resource “stigma power” and use the term to refer to instances in which stigma processes achieve the aims of stigmatizers with respect to the exploitation, management, control or exclusion of others.” (Link & Phelan, 2014: 24)

Her bliver stigma ikke blot en konsekvens af sociale kategoriseringer, men en mekanisme, der kan bruges til at regulere relationer mellem grupper. Stigma power gør det muligt at forstå stigma som en form for indirekte kontrol: et middel til at fastholde bestemte grupper i lav

status eller begrænse deres adgang til ressourcer og deltagelse. Link & Phelans pointe er ikke nødvendigvis, at stigmatisering altid er bevidst og intentionel, men at stigma-processer kan have sociale funktioner, som bidrager til at stabilisere en given orden.

Dette perspektiv uddybes, når Link & Phelan fremhæver, at stigma-processer ofte er forbundet med underliggende interesser. De skriver:

“The key point is that whether it is to keep people down, in, or away, there are motives or interests lying beneath the exercise of stigma.” (Link & Phelan, 2014: 25)

Stigma power-begrebet åbner dermed for en analyse, hvor stigma ikke alene forstås som “social afvisning”, men som en mekanisme, der kan regulere normalitet og fordeling af status. I et ulighedsperspektiv bliver dette særligt relevant, fordi stigma ofte knytter sig til kropslige og synlige tegn, og fordi disse tegn kan fungere som legitime markører for, hvem der fremstår værdige, ansvarlige eller kompetente.

Doughty: oral health-related stigma

Som tand-specifik udbygning af stigmaforståelsen suppleres Link & Phelan i analysen med Doughty m.fl., der udvikler et begreb om *oral health-related stigma*. Hvor Link & Phelan tilbyder en generel forståelse af stigma med vægt på magt og strukturelle konsekvenser, bidrager Doughty m.fl. med en præcisering, der retter blikket mod, hvordan stigma kan knytte sig særligt til tandsundhed og få betydning for adgang til tandpleje og dermed ulighed i tandsundhed.

I specialets analyse suppleres Link & Phelans stigmaforståelser med Doughty m.fl., der udvikler et tand-specifikt begreb om stigma relateret til tandsundhed. Doughty inddrages ikke som en selvstændig hovedteoretisk ramme, men som et analytisk supplement, der styrker specialets mulighed for at forstå, hvordan stigma kan knytte sig særligt til tandsundhed og få betydning for adgang til tandpleje og dermed ulighed i tandsundhed.

Doughty m.fl. argumenterer for, at stigma relateret til tandsundhed udgør en særlig form for sundhedsstigma, netop fordi tænder ofte er synlige og dermed vanskelige at skjule i hverdagslivet. Doughty m.fl. formulerer definitionen af oral health-related stigma således:

“We define oral health- related stigma as: a unique health stigma characterised by both externally applied and internalised processes. These processes include labelling, stereotyping, social exclusion, and discrimination enacted by society at large on individuals or groups with marked deviations from dominant oral health norms. Oral health- related stigma is amplified by the unequal distribution of social, political and economic power, structural violence and pre- existing intersecting stigmatised identities. It reflects and perpetuates disadvantage and causes harm to stigmatised individuals and groups across the life- course.” (Doughty et al., 2023: 1080)

Denne definition tydeliggør, hvordan stigma knyttet til tandsundhed både kan være eksternt påført og internaliseret, og den kobler eksplicit stigma til ulig fordeling af social, politisk og økonomisk magt. Doughty m.fl. synliggør dermed, at stigma relateret til tandsundhed ikke alene bør forstås som et socialt fænomen, men som en mekanisme, der kan afspejle og bidrage til at reproducere social ulighed over tid.

Doughty m.fl. fremhæver desuden, at stigma kan få direkte betydning for kontakt til tandplejen, idet negative forventninger til mødet med tandlægen kan føre til frygt og undgåelse:

“Stigma can create a vicious cycle that has direct implications for oral health and access, and which begins with patients' expectations that the dentist will blame them for neglecting themselves. Feelings of shame, guilt and inferiority related to deviances in oral health status can perpetuate fear and avoidance of dental care” (Doughty et al., 2023: 1081)

Dette anvendes i specialets analyse som et tand-specifikt supplement til Link & Phelans mere generelle stigmaforståelse, idet den bidrager med et konkret analytisk greb til at forstå, hvordan stigma kan påvirke adgang og brug af tandpleje. Dette perspektiv er relevant, fordi det understøtter, at ulighed i tandsundhed ikke alene kan forklares gennem økonomiske barrierer, men også må forstås gennem sociale og relationelle mekanismer, der kan påvirke om og hvornår mennesker opsøger behandling. Doughty m.fl. bidrager dermed til at styrke specialets analytiske kobling mellem stigma, adgang og ulighed i tandsundhed.

Analyse

I dette analyseafsnit undersøges, hvordan stigma, skam og sundhedskapital relateret til tandsundhed kan bidrage til reproduktion af social ulighed i tandsundhed. Analysen tager afsæt i interviewpersonernes fortællinger og er struktureret omkring de centrale temaer, der fremkom i empirien, herunder økonomiske barrierer, oplevelser af stigma og skam, relationen til tandplejesystemet samt betydningen af tænders synlighed i sociale sammenhænge.

Analysen bevæger sig fra et bredere strukturelt og samfundsmæssigt perspektiv mod et mere individuelt og erfaringsnært niveau. Indledningsvis rettes fokus mod de sociale, økonomiske og institutionelle forhold, der former ulighed i tandsundhed og påvirker individers muligheder for at opbygge og omsætte sundhedskapital. Herefter indsnævres analysen gradvist til interviewpersonernes konkrete erfaringer med stigma, skam og mødet med tandplejesystemet.

Analysen veksler løbende mellem borgerperspektiver baseret på interviews med deltagere på Tændernes Dag og fagpersonsperspektiver fra interviews med Camilla Kirkeby, klinikejer ved PLUS1 Tandklinikker, og Torben Schönwaldt, praktiserende tandlæge og formand for Tandlægeforeningen. Borgerinterviewene anvendes primært til at belyse erfaringer, oplevelser og meningsdannelser relateret til tandsundhed, mens interviewene med fagpersonerne bidrager med indsigter i de strukturelle, institutionelle og faglige forståelser af social ulighed i tandsundhed. Det tydeliggøres undervejs i analysen, hvem der kommer til orde, og hvordan de forskellige perspektiver bidrager analytisk.

Analysen er teoretisk forankret i Kristian Larsens begreb om sundhedskapital, hvor tandsundhed forstås som en socialt differentieret ressource, der er tæt knyttet til individers adgang til økonomisk, kulturel og social kapital. Dette perspektiv anvendes til at analysere, hvordan mulighederne for at investere i og opretholde tandsundhed er ulige fordelt og formet af sociale og materielle livsbetingelser.

Derudover anvendes Link og Phelans stigmaforståelse til at analysere, hvordan stigma produceres og reproducere gennem sociale processer som labeling, stereotyping, separation

og status loss. Goffman inddrages i forlængelse heraf som et centralt inspirationsgrundlag for Link og Phelans forståelse af stigma som relationelt og socialt betinget. Endelig bidrager Doughty et al. med et tand-specifikt perspektiv på oral health-related stigma, som gør det muligt at analysere, hvordan synlige tandproblemer kan fungere som sociale markører, der aktiverer skam, moralske vurderinger og undgåelsesadfærd.

Analyseprocessen er præget af en løbende bevægelse mellem empiri og teori, hvilket er i tråd med den hermeneutiske tilgang, hvor forståelse udvikles gennem fortolkning af delene i relation til helheden og omvendt (Järvinen & Mik-Meyer 2017: 188). I analysen bevæger vi os kontinuerligt mellem konkrete interviewudsagn og de teoretiske begreber om stigma, skam og sundhedskapital, samtidig med at empirien løbende bidrager til at nuancere vores forståelse af disse begreber.

Denne vekselvirkning mellem teori og empiri kan karakteriseres som en abduktiv tilgang, hvor analysen udvikles i et samspil mellem empiriske observationer og teoretiske fortolkninger (Järvinen & Mik-Meyer 2017: 11-12). Den abduktive tilgang gør det muligt både at arbejde teoretisk informeret og samtidig bevare en åbenhed overfor nye mønstre og betydninger i materialet. Herved kan analysen bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvordan social ulighed i tandsundhed opleves og italesættes, samt hvordan stigma, skam og sundhedskapital får betydning i interviewpersonernes hverdagsliv og møde med tandplejesystemet.

På denne baggrund undersøger analysen, hvordan oplevelser af stigma og skam ikke alene påvirker interviewpersonernes selvforståelse, men også deres relation til tandplejesystemet, deres adgang til behandling og deres muligheder for at omsætte sundhedskapital i praksis.

Sundhedskapital og ulighed

I dette analysekapitel undersøges, hvordan ulighed i tandsundhed kommer til udtryk i interviewmaterialet, og hvordan informanternes erfaringer kan forstås i et spændingsfelt mellem individuelle praksisser og strukturelle betingelser. Analysen tager afsæt i, at tandsundhed ikke blot er et spørgsmål om biologiske forhold eller individuelle valg, men også et socialt og kulturelt fænomen, der er tæt forbundet med normer, værdier og adgang til ressourcer.

Internalisering af ansvar

I informanternes udsagn, træder sundhed ikke kun frem som et spørgsmål om adfærd eller adgang til behandling, men også som et normativt og moralsk anliggende. Informanternes udsagn understøtter, at tandsundhed i høj grad er forbundet med forestillinger om ansvar, selvkontrol og værdighed, hvor individet ikke blot vurderer sin egen krop, men også sig selv som person. Sundhed bliver dermed et projekt, hvor kroppen fungerer som et spejl for moralsk vurdering, og hvor fravær af sundhed kan opleves som et personligt svigt:

“Det er faktisk nogle år altså jeg har ikke levet den sundeste livsstil vil jeg sige de sidste par år så det er først nu at jeg sådan plejer mig selv sådan som jeg fortjener” (Interview 4:2)

Sundhed fremstår her ikke blot som en praksis, men som et moralsk projekt, hvor kroppen bliver et sted for selv vurdering. Formuleringen “som jeg fortjener” antyder, at sundhed forbindes med værdighed og selvomsorg. Dette kan tolkes som et udtryk for, at sundhedskapital ikke blot er en ressource, men også en normativ forventning, hvor kroppen bliver et synligt tegn på, om man lever “rigtigt” (Larsen, 2021: 31-32).

Samtidig rummer citatet en implicit modsætning: hvis man kan “fortjene” at passe på sig selv, kan man også forstås som én, der ikke gør det. Dermed åbner sundhedskapitalbegrebet for en moralsk differentiering mellem individer, hvor nogle fremstår som ansvarlige og andre som potentielt uansvarlige. Denne differentiering er central for at forstå, hvordan ulighed i tandsundhed ikke blot er materiel, men også symbolsk.

I interviewene fremstår tandsundhed i høj grad som et individuelt ansvar, hvor informanterne selv placerer ansvaret for deres tandstatus hos sig selv. Denne internalisering af ansvar afspejler en bredere samfundsmæssig tendens, hvor sundhed i stigende grad forstås som noget, den enkelte forventes at tage kontrol over. Samtidig viser empirien, at dette ansvar har klare grænser i praksis, hvilket skaber en spænding mellem norm og mulighed:

"Ja, det er jo en selv i sidste ende, ik, altså man prøver på at holde en god mundhygiejne."
(Interview 2:6)

Her fremstår sundhed som et individuelt anliggende, hvor ansvaret entydigt placeres hos den enkelte. Formuleringen “det er jo en selv i sidste ende” signalerer, at informanten accepterer den dominerende forståelse af sundhed som noget, man selv er ansvarlig for. Der ligger

dermed en implicit norm om, at god tandsundhed er et resultat af korrekt adfærd og disciplin. Dette tydeliggør en internalisering af sundhedsnormer, hvor individet ikke blot handler, men også vurderer sig selv ud fra disse normer. Dette kan forstås som et udtryk for, at sundhed i stigende grad individualiseres og moraliseres, således at ansvaret for kroppen placeres hos individet frem for i de strukturelle rammer (Larsen, 2021: 32-33).

Samtidig viser citaterne, at denne ansvarlighed ikke nødvendigvis kan realiseres i praksis:

“Jeg burde gøre det hvert halve år, men jeg har udskudt det i 3-4 måneder nu.” (Interview 3:1-2)

Her opstår der et tydeligt gab mellem norm og praksis. Behandlingen udskydes på trods af, at informanten er fuldt bevidst om, hvad der forventes (“burde”). Dette perspektiv er vigtigt, fordi det viser, at sundhed ikke kun handler om vilje eller ansvarsfølelse, men også om konkrete handlemuligheder. Udsættelsen bliver dermed ikke blot et individuelt valg, men et tegn på, at de betingelser, der skal til for at leve op til normen, ikke er til stede.

Dette kan forstås som et eksempel på, at sundhedskapital fungerer som en norm, der ikke er lige opnåelig for alle. Sundhed fremstilles som et individuelt valg, men de faktiske muligheder for at handle er ulige fordelt (Larsen, 2021: 32-33). Dette skaber det, der kan betegnes som et ansvarsparadoks: individet holdes ansvarligt for sin sundhed, samtidig med at mulighederne for at leve op til dette ansvar er begrænsede.

Dermed bliver ansvaret i praksis asymmetrisk fordelt, hvor nogle har bedre forudsætninger for at leve op til sundhedsnormerne end andre.

Sundhedskapital som social markør

Samtidig viser interviewene, at tænder ikke kun er et spørgsmål om sundhed, men også om social position. Tandsundhed bliver dermed ikke kun en biologisk tilstand, men også en social indikator, der kan aflæses og vurderes af andre:

“[...] de er fuldstændig bevidste om, hvad de her tænder signalerer. Og det signalerer simpelthen, det signalerer fattigdom [...]” (Torben: 17)

Her bliver tænder direkte koblet til klasse og sociale og økonomiske forhold. Tænder fungerer som et synligt tegn, der kan aflæses af omgivelserne og forbindes med bestemte

sociale kategorier. Dette viser, at kroppen ikke blot afspejler ulighed, men også aktivt kommunikerer den.

Dette kan endvidere tolkes som et tydeligt eksempel på sundhedskapital, hvor tandstatus fungerer som en form for kropslig kapital, der signalerer social position (Larsen, 2021: 101). Det betyder, at ulighed ikke kun eksisterer som forskelle i ressourcer, men også som forskelle i, hvordan kroppen fremstår og vurderes i sociale sammenhænge. Dermed bliver kroppen en bærer af social mening:

“Det er jo et status symbol, ligesom en dyr sportsvogn.” (Camilla: 16)

Her bliver tænder direkte sammenlignet med materielle statusobjekter. Dette er interessant, fordi det viser, at tandsundhed ikke kun handler om fravær af sygdom, men også om æstetik, fremtoning og social anerkendelse. Tænder kan dermed fungere som en form for symbolsk kapital, der, ligesom økonomiske goder, kan signalere succes, kontrol og overskud. Kroppen skal ikke blot vedligeholdes for at undgå sygdom, men også for at opnå social værdi og anerkendelse. Det betyder, at sundhed bliver en måde at positionere sig socialt på, og at forskelle i sundhed dermed også bliver forskelle i status. (Larsen, 2021: 31-38)

Dermed bliver sundhedskapital ikke blot noget, man har eller ikke har, men noget der både formes af strukturelle vilkår og samtidig indgår i sociale vurderinger og hierarkier.

Social arv og ulighedens reproduktion

Forestillinger om tandsundhed fremstår i interviewene som noget, der gradvist formes gennem opvækst og hverdagsliv. Informanternes fortællinger viser, hvordan vaner, ressourcer og erfaringer med tandpleje etableres tidligt og kan få betydning langt ind i voksenlivet. Dermed fremstår ulighed i tandsundhed ikke som noget tilfældigt eller isoleret, men som noget der reproduceres socialt over tid.

Flere udtalelser peger desuden på, at ulighed i tandsundhed ikke opstår isoleret, men er forankret i opvækst og sociale forhold:

“Jamen fordi, at det er jo ikke alle, som der er vokset op med en tandbørste, eller altså hvor de skal børste tænder to gange om dagen og sådan noget, og det er jo synd for dem faktisk, så ja, jeg synes også at det ligger lidt i samfundet også at hjælpe.” (Interview 3: 5)

Dette citat indikerer, at tandsundhed formes allerede tidligt i livet gennem de vaner, rutiner og ressourcer, man socialiseres ind i. Informanten beskriver her, hvordan noget så grundlæggende som tandbørstning ikke kan tages for givet. Det udfordrer forestillingen om, at god tandsundhed alene handler om individuelle valg og ansvar. I stedet synliggøres det, at sundhedsadfærd er tæt knyttet til opvækstvilkår og familiemæssige ressourcer.

Dette kan tolkes som et eksempel på, at sundhedskapital udvikles og opbygges gennem socialisering (Larsen, 2021: 43). Sundhedskapital handler dermed ikke kun om økonomiske ressourcer, men også om de kropslige praksisser, normer og sundhedsforståelser, som individer tilegner sig gennem opvæksten. Hvis bestemte sundhedsvaner ikke etableres tidligt, kan det få konsekvenser langt ind i voksenlivet:

“Ja lige netop, lige netop, så men jeg tror at der nogle mennesker som mere eller mindre ubevidst måske forsøger på at sådan skubbe ansvaret lidt fra sig ved at hænge det op på den hat der hedder ‘jeg er født med dårlige tænder’ eller ‘min mor og far havde også dårlige tænder det må være et eller andet arveligt’.” (Torben: 20)

Dette er interessant, fordi Torben her både anerkender betydningen af opvækst og samtidig problematiserer forklaringer, der alene gør dårlig tandsundhed til et biologisk eller genetisk spørgsmål. Han understreger, at forklaringen om “arveligt dårlige tænder” kan fungere som en måde at håndtere eller forklare problemerne på. Samtidig synliggør citatet den spænding, der findes mellem individuelt ansvar og sociale livsbetingelser.

Dette kan forstås som et udtryk for, at sundhed i moderne samfund i høj grad forbindes med ansvarlighed og selvkontrol. Når mennesker oplever problemer med tænderne, kan der derfor opstå et behov for at forklare eller legitimere dette på måder, der mindsker skyld og moralsk ansvar. Dette kan ses som en strategi til at håndtere potentielt stigmatiserende forhold, hvor individet forsøger at beskytte sin sociale identitet mod negative vurderinger (Goffman, 1963: 3-5). Samtidig viser citatet, at forklaringer om arv og familie ikke nødvendigvis kun handler om biologi, men også om sociale erfaringer og opvækstvilkår:

“[...] der er også noget med den sociale arv. Hvis ikke man får, hvis ens forældre ikke har nogle gode tandbørstevaner, eller en god tandstatus, så er sandsynligheden for at det går i arv, den er relativt stor.” (Torben: 20)

Her bliver forbindelsen mellem social arv og tandsundhed gjort helt eksplicit. Udsagnet indikerer, at ulighed i tandsundhed reproduceres gennem generationer, fordi både ressourcer, vaner og sundhedsforståelser videreføres i familien. Dette understøttes af pointen om, at sundhedskapital akkumuleres og reproduceres over tid og derfor er tæt knyttet til sociale strukturer (Larsen, 2021: 43-44).

Ulighed i tandsundhed handler derfor ikke blot om nutidige økonomiske forhold, men også om tidligere livsbetingelser og de muligheder, man har haft gennem livet. Herunder sundhedsvaner, regelmæssige tandlægebesøg og ressourcer til at søge behandling, dermed bliver sundhedskapital ulige fordelt allerede fra barndommen.

Dette viser, hvordan ulighed i tandsundhed kan reproduceres over tid. Hvis dårlig tandsundhed både påvirker sociale muligheder, økonomi og selvopfattelse, risikerer den sociale arv at blive selvforstærkende. Dette kan også forstås som en del af en bredere proces, hvor oral health-related stigma og sociale uligheder gensidigt reproducerer hinanden (Doughty et al., 2023: 1080-1082).

Dermed bliver dårlig tandsundhed ikke blot et individuelt problem, men et socialt og strukturelt fænomen, der formes gennem opvækst, sociale relationer og ulige adgang til sundhedskapital.

Systemets rolle og strukturel ulighed

Empirien indikerer ikke kun, at ulighed i tandsundhed formes gennem individuelle livsvilkår og social arv, men også på at selve sundhedssystemets organisering kan være med til at producere og fastholde ulighed. Flere af informanterne beskriver en oplevelse af, at tænder behandles anderledes end resten af kroppen, både politisk og institutionelt. Dermed bliver ulighed i tandsundhed ikke blot et spørgsmål om manglende ressourcer hos den enkelte, men også et spørgsmål om hvordan sundhedsområdet er struktureret og prioriteret i velfærdsstaten.

På tværs af interviewene opstår der derfor en kritik af, at tandsundhed placeres i en særkategori, hvor adgang til behandling i højere grad afhænger af privat økonomi end andre former for sundhed. Dette indikerer, at ulighed ikke kun opstår uden for systemet, men også kan være indlejret i systemets egne logikker, prioriteringer og måder at organisere behandling på:

“[...] det giver ingen mening rent videnskabeligt, fysiologisk, sundhedsmæssigt at adskille en del af kroppen fra resten af kroppen, det giver simpelthen ikke nogen mening.” (Torben: 2-3)

Her problematiseres den institutionelle opdeling mellem tandsundhed og øvrig sundhed. Sundhedskapital er dermed ikke kun individuelt og socialt betinget, men også politisk struktureret. Når tænder behandles som noget særskilt fra resten af kroppen, skabes der en strukturel barriere for lige adgang til sundhed:

“Jeg synes ikke jeg har hørt nogle politikere eller andre tale om, hvor stor en ulighed der i virkeligheden er, når vi taler om tænder, altså der er jo slet ikke den samme ulighed, når vi taler andre dele af kroppen.” (Camilla: 32)

Her peges der på en form for hul i velfærdsstaten, hvor ulighed i tandsundhed ikke i samme grad anerkendes som andre former for ulighed i sundhed.

Mellem individ og struktur

På tværs af empirien bliver det tydeligt, at informanterne ikke entydigt placerer ansvaret for tandsundhed hos enten individet eller samfundet. I stedet beskriver flere en mere kompleks forståelse, hvor personligt ansvar, økonomiske muligheder og strukturelle vilkår væves sammen. Informanterne anerkender ofte betydningen af egen indsats og daglige vaner, men peger samtidig på, at muligheden for at handle ikke er lige fordelt.

Dermed udfordrer empirien en simpel modsætning mellem “eget ansvar” og “samfundets ansvar”. I stedet fremstår tandsundhed som noget, der formes i spændingsfeltet mellem individuelle handlinger og sociale betingelser. Dette viser, at sundhed ikke kan forstås som et frit og isoleret valg, men må ses i relation til de ressourcer, muligheder og begrænsninger mennesker lever under. På den måde bliver sundhedskapital et dynamisk felt, hvor ansvar og handlemuligheder konstant forhandles mellem individ og struktur. Informanterne forsøger selv at navigere i denne kompleksitet:

“Begge, begge, det synes jeg. Altså selvfølgelig dig selv, du skal også børste dine tænder og flosse og alt det der.” (Interview 4:8)

Interviewpersonen nuancerer denne pointe ved samtidig at inddrage de bredere sociale rammer, som individet handler inden for. Perspektivet bevæger sig dermed fra et fokus på personligt ansvar til en mere kompleks forståelse, hvor også samfundets rolle træder frem:

“Altså så jeg synes også det er samfundets ansvar hvis der er udsatte eller ja socialt udsatte folk der ligesom har brug for samfundets hjælp, ja but if you are a rich person with a lot of money and like I mean I think it depends on the situation I guess but always [...] det er dit ansvar at passe på dig selv” (Interview 4:9)

Disse udsagn er interessante, fordi de afviser en simpel dikotomi mellem individ og samfund. I stedet fremhæver de en erfaringsbaseret forståelse af, at sundhed er et samspil mellem personlige handlinger og strukturelle vilkår.

Dette understøtter en central pointe i analysen: Sundhedskapital kan ikke forstås som enten individuelt eller strukturelt, men må tolkes som et dynamisk felt, hvor ansvar, muligheder og begrænsninger konstant forhandles.

Delkonklusion

Samlet set viser analyseafsnittet, at tandsundhed fungerer som en form for sundhedskapital, der både kræver kontinuerlig investering og samtidig er ulige fordelt. Informanterne udtrykker i høj grad en forståelse af sundhed som individuelt ansvar, men deres fortællinger synliggør samtidig de strukturelle begrænsninger, der gør dette ansvar vanskeligt at realisere.

Tandsundhed fungerer dermed både som et individuelt ansvar og som en social markør. Informanterne internaliserer ansvaret for deres tandstatus, men deres mulighed for at leve op til dette ansvar er ulige fordelt. Samtidig bliver tænder et synligt tegn på social position, hvilket betyder, at ulighed ikke kun mærkes, men også ses og vurderes.

Dermed bliver ulighed i tandsundhed ikke blot et spørgsmål om ressourcer, men også om normer, forventninger og sociale vurderinger. Sundhedskapital fremstår således både som en mulighed og en mekanisme, der kan bidrage til at reproducere social ulighed.

Økonomi og ulighed

På tværs af interviewene fremstår økonomi som en gennemgående barriere for adgang til tandpleje. Dette tema viser, hvordan økonomiske forhold danner det strukturelle grundlag for, at problemerne opstår, forværres og fastholdes. Empirien tydeliggør dermed, at økonomi ikke blot er en praktisk forhindring, men en central mekanisme i reproduktionen af ulighed i

tandsundhed. Dette ligger tæt op ad Kristian Larsens pointe om, at sundhed må forstås som “mere vilkår end valg”, og at sundhedsrelaterede praksisser formes i spændingsfeltet mellem livsvalg og livschancer, hvor de konkrete handlemuligheder er socialt ulige fordelt (Larsen & Hansen, 2014: 4-5, 44).

Forebyggelse bliver til akut behandling

Et gennemgående mønster i interviewene er, at tandlægebesøg ofte forskydes fra noget forebyggende og rutinepræget til noget akut og nødvendigt. Flere informanter beskriver, hvordan de godt ved, hvad “god” tandpleje indebærer, og hvordan de egentlig ønsker at gå regelmæssigt til tandlæge, men at dette i praksis bliver svært at realisere. Dermed fremstår problemet ikke som mangel på viden eller ansvarsfølelse, men som et spørgsmål om manglende muligheder og ressourcer:

“Jeg ville ønske at det var oftere at jeg går til tandlæge, men primært når det er at jeg føler at jeg har et problem, eller jeg har ondt, eller at nu er det akut at jeg skal til tandlægen. Ellers så vil jeg nok mene, at hvis det var muligt, så ville jeg nok have været det oftere. Altså så ville jeg nok sige hvert halve år og bare få et tjek, eller bare få en rensning eller hvad der nu kunne være vigtigt at få.” (Interview 1: 1)

Informanten viser tydeligt en skelnen mellem det, vedkommende gerne ville gøre, og det, vedkommende faktisk gør. Der er således ikke tale om mangel på viden om, hvad god tandpleje indebærer, men derimod viser citatet, at informanten kender den forebyggende norm om regelmæssige eftersyn og tandrensning og formulerer den meget præcist. Problemet er derfor ikke uvidenhed, men manglende mulighed for at omsætte denne viden til handling.

Det essentielle ligger i formuleringen “hvis det var muligt”. Tandpleje opleves her ikke som noget, der frit kan vælges, men som noget, der afhænger af ydre betingelser. Informanten beskriver dermed en situation, hvor tandlægebesøg først vælges, når problemet er blevet akut, smertefuldt og nødvendigt. Det betyder, at forebyggelse træder i baggrunden, mens smerte bliver det, der gør det nødvendigt at prioritere tandlægen. Udtalelsen viser, hvordan tandsundhed bevæger sig fra at være løbende forebyggelse og vedligeholdelse til at blive en nødvendighed.

Dette forstås som et eksempel på, at investering i sundhedskapital kræver ressourcer og handlemuligheder, som ikke er jævnt fordelt. Sundhed fremstår dermed ikke blot som et

spørgsmål om vilje, men som en ressource, der forudsætter tid, økonomi og overskud. Når informanten kun går til tandlægen ved smerte, viser det, at adgang til at vedligeholde kroppen er socialt betinget, og at forebyggelse dermed bliver et privilegium snarere end en selvfølge (Larsen, 2021: 38-40). Ulighed i tandsundhed handler således ikke kun om, hvem der har dårlige tænder, men også om, hvem der har mulighed for at forhindre, at problemerne overhovedet udvikler sig:

“Jeg burde gøre det hvert halve år, men jeg har udskudt det i 3-4 måneder nu.” (Interview 3: 1-2)

Dette citat viser spændingen mellem norm og praksis i ordet “burde”. Ordet signalerer, at informanten allerede har internaliseret forestillingen om, hvad korrekt og ansvarlig tandpleje er. Der ligger altså en normativ bevidsthed om, at det rigtige er, at komme til tandlæge regelmæssigt. Men samtidig viser resten af citatet, at denne norm ikke bliver realiseret.

Det interessante er, at citatet ikke bare viser en udsættelse på tre-fire måneder; det viser en erfaring af ikke at kunne leve op til en forventning om efterlevelse af sundhedsnorm. Det kan derfor tolkes som et eksempel på, hvordan sundhedsmæssig adfærd let kommer til at fremstå som et spørgsmål om personlig disciplin. Det kan indikere, at sundhed i stigende grad forstås som et individuelt ansvar, samtidig med at de konkrete muligheder for at udøve dette ansvar er ulige fordelt. Man forventes at tage vare på sin krop, men ikke alle har samme forudsætninger for faktisk at gøre det (Larsen & Hansen, 2014: 4-5; Larsen, 2021: 32).

Citatet kan derfor læses som et udtryk for det paradoks, der præger mange af informanternes udsagn: Informanterne kender sundhedsnormen, accepterer den og forsøger i nogen grad at orientere sig efter den, men deres praksis formes af begrænsninger, som gør det svært at leve op til idealet. I den forstand bliver udsættelsen ikke blot et individuelt valg, men et tegn på, at sundhedskapital forudsætter ressourcer, som ikke er tilgængelige i samme grad for alle.

Samlet set viser de to citater, at fravær af regelmæssig tandpleje ikke bør forstås som ligegyldighed eller manglende ansvarlighed. Tværtimod fortæller de, at informanterne både kender og i nogen grad accepterer normen om forebyggelse, men at tandlægebesøget i praksis forskydes fra rutine til undtagelse og fra vedligeholdelse til akut nødvendighed. Det kan fortolkes som et udtryk for, at sundhed og tandsundhed formes i et spændingsfelt mellem livsvalg og livschancer, hvor de konkrete muligheder for at vedligeholde kroppen er ulige fordelt (Larsen & Hansen, 2014: 4-5, 44).

Prisen som stopklods

Økonomi fremstår som en afgørende strukturel barriere for adgang til tandpleje.

Informanterne beskriver, hvordan prisen ikke blot påvirker deres prioriteringer, men direkte begrænser deres mulighed for at omsætte behov og ønsker om behandling til handling.

Økonomi bliver dermed en konkret stopklods, der producerer udsættelse, fravalg og usikkerhed i relation til tandlægebesøg. I det følgende undersøges det, hvordan denne økonomiske barriere kommer til udtryk i informanternes fortællinger, og hvordan den kan forstås som et eksempel på, at adgangen til sundhed er ulige fordelt og tæt forbundet med sociale og materielle vilkår:

“Min veninde, hun sendte mig faktisk en Instagram post angående det her Tændernes Dag, og så var jeg sådan, det var da mega dejligt, altså jeg bad nærmest til Gud her for en uge siden at jeg skulle snart til tandlægen, men det er så dyrt.” (Interview 4: 2)

Denne udtalelse viser tydeligt spændingen mellem behov og muligheder. Informanten beskriver et stærkt ønske om at komme til tandlæge formuleret som “jeg bad nærmest til Gud”. Det indikerer, at tandlægebesøget ikke er et lavt prioriteret valg, men noget der opleves som nødvendigt. Alligevel er det økonomien, der forhindrer handling. Tændernes Dag fremstår dermed ikke blot som et tilbud, men som en mulighed, der opstår udefra og bryder en ellers fastlåst situation. Dette viser, hvordan adgang til sundhed bliver afhængig af velgørende initiativer. Dette kan derudover forstås som et udtryk for, at sundhedskapital ikke blot handler om vilje, men om adgang til ressourcer og strukturer, der muliggør handling (Larsen, 2021: 38-40).

Til spørgsmålet om hvorvidt informanten var kommet til tandlæge hvis ikke Tændernes Dag var der svarede vedkommende:

“For at være ærlig: nej, det havde jeg ikke, eller jo eventually yes, men nok først om nogle måneder. Jeg føler, at jeg har mange ting jeg lige skal få tjekket, det kan blive lidt dyrt at jeg skulle spare op til det.” (Interview 4: 4)

Her bliver økonomi ikke kun en barriere, men noget der aktivt forskyder sundhed i tid. Tandlægebesøget bliver til noget, der planlægges, udsættes og finansieres gennem opsparing. Det betyder, at sundhed ikke længere er en løbende praksis, men et projekt, der kræver økonomisk forberedelse. Dette kan ses som en form for “temporal ulighed”, hvor nogle kan

reagere hurtigt på behov, mens andre må vente. Dette kan forstås som en konsekvens af ulige livschancer: ikke alle har mulighed for at handle, når behovet opstår, og dermed bliver sundhedsmæssig adfærd strukturelt forsinket. Prisen for tandlægebehandling udtrykkes igen som en væsentlig barriere:

“Absolut, absolut, det er pisse dyrt.” (Interview 4: 7)

Citatet er ikke blot en konstatering af pris, men en vurdering af, at prisen opleves som uforholdsmæssig. Denne oplevelse af uoverensstemmelse mellem behov og pris er central, fordi den illustrerer, at tandpleje ikke opfattes som proportionel eller rimeligt tilgængelig. Det understøtter en forståelse af, at økonomisk ulighed ikke kun er objektiv, men også opleves subjektivt som en barriere:

“Ja altså på eftersyn eller tjek det har jeg og det er fordi det koster for meget” (Interview 3: 4)

Økonomi står her alene som forklaring på fravalget. Det understøtter pointen om, at fravær af tandpleje ikke alene bør forklares som manglende ansvar, men må forstås som en direkte konsekvens af økonomiske vilkår. Dette kan ses som et eksempel på, hvordan sundhed i praksis formes af materielle betingelser frem for individuelle intentioner (Larsen & Hansen, 2014: 4-5).

Prisen for tandbehandling fremstår essentiel i vores informanternes ytringer:

“Det er bare lidt trist, at det skal være så kostbart i Danmark jo.” (Interview 2: 3)

Her bevæger informanten sig fra egen situation til en bredere samfundsmæssig refleksion. Tandpleje forstås ikke længere kun som et individuelt problem, men som noget, der burde være anderledes organiseret i en dansk velfærds kontekst. Ordet “trist” signalerer en normativ vurdering af, at systemet ikke lever op til forventningerne. Dette indikerer en implicit forestilling om, at sundhed, også tandsundhed, burde være mere kollektivt sikret. Dette kan kobles til Larsens analyser af velfærdsstatens rolle, hvor ansvaret for sundhed i stigende grad forskydes fra stat til individ. (Larsen & Esmark, 2013: 6-7)

Informanterne ved, hvad de bør gøre, og udtrykker ofte et klart ønske om at gøre det, men deres handlemuligheder begrænses af økonomiske forhold. Tandpleje bliver dermed noget,

der enten må udsættes, fravælges eller kun realiseres gennem særlige initiativer som Tændernes Dag.

Dette understøttes af Torbens udsagn:

“Det er jo, man kan sige de ressourcestærke, både dem økonomisk set, men også kognitive ressourcestærke, det er dem der får, de får alt, det gør de også i det almene sundhedsvæsen, mens dem der er resourcesvage og her er det primært i økonomi, det er dem der bliver taberen lige som i alt muligt andet her i samfundet, desværre. Og der mangler vi jo nok ligesom, at der er nogle der kan samle dem op. Men økonomi, det er desværre en vanvittigt stor barriere for egentlig at få tandplejetilbud.” (Torben: 5)

Samt af Camillas pointe:

“Jamen det handler jo om økonomi.” (Camilla: 21).

Problemet er dermed ikke først og fremmest manglende motivation eller viden, men en strukturel økonomisk barriere. Dette kan ses som et udtryk for, at sundhedskapital er ulige fordelt, og at adgangen til at vedligeholde kroppen dermed i høj grad afhænger af økonomiske ressourcer. Sundhed fremstår derfor ikke som et frit valg, men som noget, der er betinget af sociale og materielle vilkår (Larsen, 2021: 32-38).

Ophobning: når udskydelse gør problemet dyrere

Et gennemgående mønster i empirien er, at økonomiske barrierer ikke blot fungerer som en midlertidig hindring for behandling, men bidrager til en proces, hvor tandproblemer ophobes og forværres over tid. Flere interviewpersoner beskriver, hvordan fraværet af løbende tandpleje fører til mere omfattende og omkostningstunge indgreb senere. En informant fortæller eksempelvis, hvordan manglende overskud, både økonomisk og mentalt, har betydet, at tandlægebesøg er blevet udskudt gennem flere år:

“Og jeg har mistet de fleste af mine kindtænder, så jeg har haft en ganebøjle sidste gang jeg skulle have den lavet, der kostede det 7.000 og og jeg har ikke rigtig haft overskud til at gå til tandlæge de sidste 3-4 år.” (Interview 6: 1)

Her træder en vigtig pointe frem: det er ikke kun økonomi isoleret set, men også overskud og livssituation, der får betydning for, om behandling opsøges. Udskydelsen fremstår således

som et resultat af flere belastninger, hvor økonomi og hverdagsliv flettes sammen. Dette understøttes af en anden informant, der beskriver et meget langt interval mellem tandlægebesøg:

“Det er ikke så længe siden. Det er halvanden måned siden. Men det var så til gengæld også første gang i 15 år måske.” (Interview 7: 2)

Når tandlægebesøg udsættes i så lange perioder, bliver konsekvensen, at mindre problemer udvikler sig til mere alvorlige tilstande. Dette kommer tydeligt til udtryk i interviewene, hvor en informant anslår, at det samlede behandlingsbehov nu er vokset til et niveau, der opleves som urealistisk at håndtere:

“100 procent altså, jeg kunne nemt bruge 100.000 kr. på mine tænder nu.” (Interview 5: 4)

Denne oplevelse af en nærmest uoverskuelig økonomisk byrde synliggør, hvordan udskydelse ikke blot øger behandlingsbehovet, men også skaber en undgåelse af tandbehandling. Når omkostningerne vokser, kan det i sig selv blive en barriere for at opsøge behandling, hvilket yderligere forstærker ophobningen. Samtidig viser interviewmaterialet, at selv når behandling igangsættes, kan der være tale om midlertidige løsninger, som kræver gentagne investeringer:

“Ja lige præcis, jeg mistede en fortand. Og den har jeg brugt rigtig, rigtig mange penge på. Lige så snart jeg går ud og laver den, så holder den 2-3 år og så skal jeg lave den igen.”

(Interview 5: 4)

Her bliver det tydeligt, at økonomisk belastning ikke nødvendigvis er en engangsudgift, men kan være en tilbagevendende proces, der kontinuerligt kræver ressourcer. Dette peger på en cirkulær dynamik, hvor tidligere tandproblemer genererer nye udgifter, som igen kan gøre det vanskeligt at opretholde en stabil tandpleje.

Denne cirkulære dynamik rækker desuden ud over den enkelte og kan have generationsmæssige dimensioner. En informant beskriver eksempelvis, hvordan lignende problematikker gør sig gældende for familiemedlemmer:

“Sådan har min søn og svigerdatter desværre det, de har også meget angst og sociale problemer og sådan noget og jeg ville så gerne, de havde så på et tidspunkt været til tandlæge og fik også at vide at det var, jeg tror at det var 100.000 at min søn skulle have lavet hvis det var ” (Interview 6: 9)

Denne proces viser, at det ikke blot er et individuelt fænomen, men kan være forankret i bredere sociale og økonomiske livsbetingelser, hvor bestemte grupper systematisk får dårligere forudsætninger for at vedligeholde deres tandsundhed. (Larsen & Hansen, 2014: 12-15)

Tandbehandling er dermed ikke blot “dyr i sig selv”, men omkostningerne er i høj grad produceret og forstærket gennem fraværet af løbende behandling. Denne dynamik understøttes af Torbens pointe om, at økonomiske begrænsninger fører til forværring af tandstatus og dermed også sociale barrierer:

“Ja helt sikkert, og det er jo hele vejen rundt i sundhedsvæsenet at dem med de største, de økonomiske ressourcer det er dem der klarer sig aller allerbedst så man kan sige, ja når økonomien er dårlig så kommer du ikke ind og får den nødvendige behandling du har brug for, og så bliver dit tandsæt dårligere end det ellers burde være og det giver så også nogle sociale barrierer i form af som vi talte om før, at man helst ikke har lyst til at deltage i det sociale liv fordi man, det ligesom bliver udstillet, at man ikke har et ordentligt tandsæt, at man ikke har styr på den del.” (Torben: 26)

Dette kan forstås i forlængelse af Kristian Larsens begreb om sundhedskapital, hvor ulige adgang til ressourcer ikke blot afspejler eksisterende ulighed, men aktivt bidrager til at reproducere den over tid. Når nogle grupper mangler mulighed for at investere i forebyggelse og vedligeholdelse, akkumuleres både sundhedsmæssige problemer og økonomiske byrder. Undgåelse bliver dermed ikke tilfældig, men en strukturelt betinget proces, hvor ulighed forstærkes gennem tid. (Larsen & Hansen, 2014: 12-15; Larsen, 2021: 37-38)

Konkurrencen mellem hverdagsøkonomi og tandbehandling

I flere af interviewene beskrives tandpleje som noget, der konstant må prioriteres op imod andre nødvendige udgifter i hverdagen. Tandlægebesøg fremstår dermed ikke som en selvfølgelig del af sundhedspleje, men som en økonomisk beslutning, der kræver overvejelser, fravalg og prioriteringer. Selv mindre økonomiske forskydninger kan få betydning for, om behandling udsættes, aflyses eller helt fravælges.

Materialet illustrerer dermed, at adgang til tandpleje ikke alene handler om “at have råd” i bred forstand, men også om hvorvidt der eksisterer økonomisk råderum og stabilitet nok til at

prioritere behandling. Tandpleje bliver på den måde flettet ind i hverdagens økonomiske usikkerhed, hvor sundhed må konkurrere med andre nødvendige behov:

“Så økonomisk set kan jeg umuligt lige nu, medmindre man vælger at gøre det på afdrag. Men alligevel er det noget, der så spiller en rolle at man kan afdrage hver måned, men det betyder så meget at jeg føler at man kan være tryk i forhold til at kunne snakke og smile som man nu gerne vil.” (Interview 1: 2)

Interviewpersonens udtalelse tydeliggør den spænding, der opstår mellem økonomisk begrænsning og socialt behov. Informanten beskriver, hvordan tandbehandling i princippet er mulig gennem afbetaling, men samtidig problematiseres denne løsning, fordi den indebærer en langsigtet økonomisk forpligtelse. Det viser, at selv når der findes betalingsmuligheder, er de ikke nødvendigvis reelt tilgængelige. Samtidig fremhæver informanten, at tandbehandling har stor betydning for at føle sig tryk i sociale situationer, hvilket indikerer, at tandpleje ikke kun handler om fysisk sundhed, men også om social deltagelse. Analytisk kan dette forstås som et eksempel på, at sundhedskapital både har en kropslig og social dimension, og at manglende økonomiske ressourcer dermed begrænser individets mulighed for at opretholde begge (Larsen, 2021: 38-40).

“Ja altså jeg bestilte tid til tandlægen her i, sidste år og så lige pludselig fik jeg bare sådan en bøde og så var jeg sådan shit fordi min telefon var død i bussen og jeg havde købt billet og sådan der, men så skulle jeg stadig betale bøden. Jeg klagede ellers og var sådan der shit jeg bliver nødt til at aflyse for det var alligevel 750 kr.” (Interview 4: 7)

Ovenstående citat viser, hvor skrøbelig økonomien kan være i praksis. Det er ikke nødvendigvis store udgifter, der forhindrer tandlægebesøg, men også uforudsete hændelser, som i dette tilfælde en bøde. Tandlægebesøget bliver dermed afhængigt af, at der ikke opstår andre økonomiske belastninger. Det understreger, at adgang til sundhed ikke kun handler om indkomstniveau, men også om økonomisk stabilitet og råderum. Når en enkelt uforudset udgift kan føre til aflysning af tandlægetid, viser det, at sundhedspraksis er dybt indlejret i hverdagsøkonomiske vilkår. Dette kan tolkes som et udtryk for, at livschancer ikke kun handler om strukturel position, men også om graden af økonomisk fleksibilitet i hverdagen:

“Skal jeg skære ned på det her, skal jeg skære ned på det her og så videre, til sidst så er der ikke noget at skære ned på, så tænker jeg shit.” (Interview 5: 6)

Dette giver et sjældent indblik i den konkrete prioriteringsproces, som informanterne står i. Her bliver tandbehandling tydeligt placeret i en række af andre nødvendige udgifter, hvor der løbende må skæres ned. Det afgørende er, at denne proces når et punkt, hvor der ikke længere er noget at prioritere imellem. Tandpleje bliver dermed ikke fravalgt, fordi det ikke er vigtigt, men fordi det konkurrerer med andre basale behov. Her kan sundhed ikke forstås isoleret fra levevilkår, men må ses som en del af en samlet økonomisk husholdning. Det viser, at sundhedspraksisser formes af materielle betingelser og dagligdagsprioriteringer og ikke udelukkende består af valg (Larsen & Hansen, 2014: 4-5).

Tandbehandling er således ikke blot et spørgsmål om at have eller ikke have penge, men om at navigere i en kompleks hverdagsøkonomi, hvor sundhed konkurrerer med andre nødvendigheder.

Ulighed i tandsundhed handler derfor ikke kun om økonomiske ressourcer, men også om økonomisk stabilitet og handlemuligheder i hverdagen. Tandpleje bliver dermed en praksis, der kræver overskud, både økonomisk og mentalt, og dette overskud er ulige fordelt. Dette kan ses som et udtryk for, at sundhedskapital ikke blot afhænger af ressourcer i absolut forstand, men også af individets mulighed for at prioritere og omsætte disse ressourcer i praksis (Larsen, 2021: 32, 38).

Systemet som sorteringsmekanisme

Empirien viser, at ulighed i tandsundhed ikke alene produceres gennem økonomiske barrierer, men også gennem de institutionelle strukturer, der regulerer adgangen til behandling. Flere interviewpersoner beskriver, hvordan de møder et system, der aktivt kategoriserer og afgrænser, hvem der er berettiget til støtte. En informant fortæller eksempelvis om gentagne forsøg på at få adgang til specialiseret tandbehandling:

“Faktisk så har jeg prøvet at søge på specialtandlægen inde i Tietgensgade og også på psykiatri tandlægen men de sagde, at jeg ikke er deres målgruppe så de kunne ikke hjælpe mig [...] fordi i øjeblikket, der har jeg ikke råd til at gå til tandlægen, det har jeg ikke.”

(Interview 6: 4)

Dette udsagn synliggør, hvordan adgang til behandling ikke alene afhænger af behov, men af hvorvidt man passer ind i bestemte administrative kategorier. At stå uden for “målgruppen”

betyder i praksis at stå uden for systemets hjælp også selvom behovet er til stede. Dermed bliver kategorisering en central mekanisme i fordelingen af sundhedsydelser.

Denne sorteringslogik bekræftes fra et professionelt perspektiv, hvor Camilla beskriver, hvordan adgang til støtte er tæt knyttet til bestemte ydelsesgrupper:

“Der har vi jo heldigvis sat os godt ind i reglerne og ved: hvem giver det mening at søge for og hvem giver det ikke mening. Altså kontanthjælpsmodtagere for eksempel, de får stort set altid hjælp, eller de er berettiget til hjælp til deres tænder hvor fleksjobbere, jamen altså vi kan godt søge om hjælp og de kan også godt få det, men de skal betale det hele tilbage igen.”

(Camilla: 6)

Her bliver det tydeligt, at systemet opererer med differentierede adgangsbetingelser, hvor tilknytning til bestemte ydelser har afgørende betydning for, hvilken hjælp man kan opnå. Fleksjobbere fremstår i denne sammenhæng som en særlig position, hvor man formelt set har adgang til hjælp, men reelt pålægges en økonomisk byrde, der kan gøre hjælpen utilgængelig i praksis.

Denne mellemposition udfoldes yderligere, hvor netop fleksjobbere beskrives som “fanget” i systemet:

“Altså fleksjobberne har vi mange af og de er i arbejde kan man sige og er netop fanget lidt i systemet [...] kontanthjælpsmodtagere kan trods alt søge og få noget af det dækket, men problemet [...] er at der tit bliver beregnet en egenbetaling [...] og så har de ikke råd [...] Så systemet er ikke optimalt” (Camilla: 10)

Ulighed opstår således ikke kun mellem dem, der har meget og dem, der har lidt, men også i gråzoner, hvor borgere falder mellem forskellige ordninger. Man kan her være for “ressourcestærk” til at opnå fuld støtte, men samtidig for “ressourcesvag” til selv at finansiere behandling. Dermed producerer systemet en form for strukturel mellemposition, hvor visse grupper systematisk stilles dårligere.

Samtidig viser udsagnene, at de løsninger, som systemet tilbyder, også er underlagt bestemte økonomiske rationaler. Camilla påpeger eksempelvis, hvordan lovgivningen prioriterer den billigst mulige behandling:

“Der står i lovgivningen, at det skal være billigst mulige løsning og det ved vi jo godt fra andre ting at billigst mulige bliver ikke nødvendigvis bedste.” (Camilla: 13)

Dette introducerer en yderligere dimension af ulighed, hvor kvaliteten af behandling kan variere afhængigt af økonomiske hensyn. Dermed handler ulighed ikke alene om adgang til behandling, men også om hvilken type behandling der tilbydes, og hvilke langsigtede konsekvenser denne har.

Systemet fungerer således som en aktiv sorteringsmekanisme, hvor adgang til behandling afhænger af kategorisering, kendskab til reglerne og økonomisk position. Ulighed bliver således ikke kun et spørgsmål om individuelle ressourcer, men også om institutionelle strukturer og administrative logikker.

Staten og sundhedssystemet fordeler ikke blot ressourcer, men er også med til at producere og strukturere ulighed gennem deres måder at organisere adgang på. Når bestemte grupper systematisk placeres uden for eller i periferien af støtteordninger, bidrager systemet aktivt til at reproducere ulighed i sundhed over tid. I et sundhedskapitalperspektiv bliver mulighederne for at opbygge og vedligeholde sundhed ikke lige fordelt, men afhænger af individers adgang til økonomiske, sociale og institutionelle ressourcer. Når bestemte grupper systematisk placeres uden for eller i periferien af støtteordninger og behandlingstilbud, begrænses deres mulighed for at akkumulere og opretholde sundhedskapital. Dermed bliver ulighed ikke blot et resultat af individuelle forhold, men noget der aktivt reproduceres gennem systemets organisering og prioriteringer over tid (Larsen & Hansen, 2014: 42-44; Larsen, 2021: 38-40).

Tandpleje kræver økonomisk, digitalt og praktisk overskud

Økonomisk ulighed i tandsundhed står sjældent alene, men bevæger sig sammen med informationsbarrierer, digitale kompetencer, mobilitet og marginalisering. Adgang til tandpleje afhænger ikke kun af betalingsevne, men også af om borgeren overhovedet nås, kan navigere i systemet og praktisk kan møde op. Økonomisk ulighed hænger således sammen med andre former for marginalisering:

“Jeg har gerne villet til tandlæge længe, men jeg har ikke haft mulighed for det, og så var jeg heldig i dag, da jeg tændte for fjernsynet, så sagde de, at det var tandens dag.” (Interview 6:

7)

Adgangen til tandpleje er i dette tilfælde afhængig af tilfældig eksponering gennem tv. Informanten beskriver ikke en aktiv opsløgningsproces, men en situation, hvor informationen “dukker op”. Adgang til sundhedstilbud handler dermed ikke kun om behov eller motivation, men også om at være i de rette informationsstrømme. Dette kan tolkes som en form for strukturel ulighed, hvor nogle borgere har lettere adgang til information og dermed også til sundhedsydelser end andre. Dette kan kobles til, hvordan adgang til behandling er indlejret i bredere sociale strukturer, hvor nogle grupper i højere grad ekskluderes fra ydelser (Doughty et al., 2023: 1080-1081):

“Og så tænkte jeg hvordan finder jeg noget og så prøvede jeg, og jeg kunne ikke rigtig finde ud af, jeg er ikke god til [...], men så endte jeg med at ringe til Hjælpemiddelcentralen, de sagde, at de havde ikke noget med det at gøre, så ringede jeg til Borgerservice og så var der en sød dame, hun havde heller ikke noget med det at gøre, men hun var sød at hjælpe mig fordi jeg sagde jeg kan ikke finde ud af computere også noget fordi jeg er ordblind og talblind.” (Interview 6: 7)

Her udvides ulighedsbegrebet yderligere ved at vise, hvordan adgang til sundhed også afhænger af kompetencer. Informanten beskriver konkrete vanskeligheder med at navigere i digitale systemer, hvilket i praksis gør det svært at opsøge tilbud. Det er særligt vigtigt, fordi mange sundhedstilbud i dag formidles digitalt, og dermed implicit forudsætter digitale færdigheder. Ulighed handler således ikke kun om økonomi, men også om kulturel og kognitiv kapital, altså evnen til at forstå, navigere og handle i systemet. Dette kan forstås som en del af sundhedskapitalen, hvor adgang til sundhed også afhænger af ressourcer som viden, kompetencer og handleevne (Larsen, 2021: 32- 38). Samtidig viser citatet, at systemet i praksis kan ekskludere borgere, der ikke lever op til disse implicite krav:

"Jeg sidder lige og tænker, hvad det egentlig var for nogle mennesker, jeg mødte den dag. Jeg tror at jeg havde en del på en eller anden form for ydelse, som havde ægtefæller med, som netop var som du beskriver: lavindkomstgruppen og samlet set i husholdningen, har de haft et behov for at komme. De er lidt svære, igen er de lidt svære at få fat på, for hvad skriver man?" (Camilla: 9)

Her skifter perspektivet fra borger til professionel, men problematikken er grundlæggende den samme. Camilla beskriver, hvordan bestemte grupper ikke nødvendigvis mangler behov for hjælp, men i højere grad er svære at identificere, kontakte og inkludere gennem de

eksisterende kommunikationsformer og adgangsveje. Det viser, at adgang til sundhedsydelser ikke alene afhænger af, om et tilbud eksisterer, men også af om systemet er i stand til at nå de mennesker, der faktisk har behov for det.

Her bliver det tydeligt, at problemet ikke blot handler om manglende ressourcer hos borgerne, men også om systemets vanskeligheder ved at kategorisere og adressere bestemte grupper. Der beskrives her en gruppe, der befinder sig i en slags mellemposition: de er ikke nødvendigvis hjemløse eller helt uden for systemet, men lever samtidig under økonomiske og sociale vilkår, der gør tandbehandling vanskelig at prioritere. Dermed kan nogle former for udsathed være mindre synlige og lettere at overse i sundhedssystemet.

Ulighed i sundhed produceres således også gennem adgang til information, kommunikation og institutionel synlighed. Nogle grupper er lettere at nå, fordi deres behov passer ind i eksisterende kategorier og støtteordninger, mens andre risikerer at falde mellem systemets opdelinger. Dette kan forstås som en del af de strukturelle barrierer, der fastholder ulighed i oral health, hvor adgang til behandling formes af bredere sociale og institutionelle forhold frem for alene individuelle valg (Doughty et al., 2023: 1080-1081).

Samtidig kan citatet kobles til Kristian Larsens forståelse af sundhedskapital, hvor adgang til sundhed ikke alene handler om økonomiske ressourcer, men også om positionering i forhold til systemet og evnen til at blive set som en legitim modtager af hjælp (Larsen & Hansen, 2014: 42-44). Dermed bliver det tydeligt, at ulighed i tandsundhed ikke kun handler om, hvem der har behov, men også om hvem systemet faktisk formår at få øje på og inkludere:

“Jeg er ikke super optimistisk i forhold til hvor mange hjemløse, der besøger mig næste år, fordi netop bare transporten er jo håbløs for dem.” (Camilla: 36)

Her påpeges en mere konkret, men ofte overset dimension af ulighed: mobilitet. Selv hvis information og motivation er til stede, kan fysiske og logistiske barrierer forhindre adgang til behandling. Transport fremstår her som en afgørende faktor, særligt for de mest marginaliserede grupper. Adgang til sundhed handler derfor ikke kun om økonomi eller viden, men også om praktiske muligheder for overhovedet at møde op. Dette understøtter en bred forståelse af ulighed, hvor flere typer ressourcer spiller sammen.

Ulighed i tandsundhed kan derfor ikke reduceres til økonomi alene. Adgang til tandpleje afhænger også af, om man har adgang til relevante informationskanaler, besidder de

nødvendige kompetencer til at navigere i systemet, og har de praktiske muligheder for at møde op til behandling.

Ulighed er således multidimensionel og forankret i en række overlappende strukturer. Med Doughty et al. kan dette forstås som en del af de bredere sociale markører for tandsundhed, hvor adgang til behandling formes af sociale, strukturelle og institutionelle forhold (Doughty et al., 2023: 1080-1081). Samtidig kan det forstås som et udtryk for, at sundhedskapital ikke blot handler om økonomiske ressourcer, men også om evnen til at omsætte disse i praksis gennem viden, kompetencer og adgang til systemet (Larsen & Hansen, 2014: 4-5, 42-44).

Dermed bliver det tydeligt, at nogle borgere ikke blot har færre ressourcer, men også står over for flere og mere komplekse barrierer, hvilket forstærker og reproducerer ulighed i tandsundhed.

Tandsundhed som velfærdspolitisk spørgsmål

På tværs af interviewmaterialet bliver det tydeligt, at tandsundhed ikke kun forstås som et privat sundhedsanliggende, men også som et spørgsmål om velfærd, rettigheder og statsligt ansvar. Flere informanter problematiserer, at tænder behandles anderledes end resten af kroppen, og stiller spørgsmål ved, hvorfor adgang til tandbehandling i så høj grad afhænger af privatøkonomi. Dermed bevæger diskussionen sig fra individets muligheder og valg til en bredere kritik af, hvordan sundhed er organiseret og prioriteret i den danske velfærdsstat.

Ulighed i tandsundhed opleves dermed ikke udelukkende som et personligt problem, men også som et strukturelt og politisk spørgsmål. Tandsundhed bliver dermed et sted, hvor forestillinger om lighed, universel adgang og velfærdsstatens ansvar for borgernes sundhed forhandles og udfordres:

“Altså jeg har talt med en del om det, også andre der har lidt problemer med det, og der er mange, der har det synspunkt, at det skulle være dækket ind under sygesikringen. Det kunne jeg godt se som et stort plus, altså hvis det kunne blive implementeret i Danmark” (Interview

2: 6)

Her ser vi, at tandpleje ikke alene opleves som et individuelt ansvar, men som et kollektivt anliggende. Informanten refererer til en bredere samtale *“jeg har talt med en del om det”*, hvilket indikerer, at utilfredsheden ikke er individuel, men delt. Tandpleje ønskes placeret i

samme kategori som andre sundhedsydelser, der i den danske velfærdsmodel forventes at være offentligt finansieret. Dette kan tolkes som en normativ forventning om universel adgang til sundhed, herunder tandbehandling:

"Altså, jeg ville gerne betale 1 procent mere i skat hvis det var, at man kunne gøre tandlæge gratis." (Interview 3: 5)

Her går informanten et skridt videre og legitimerer en konkret omfordeling. Det er et vigtigt perspektiv, fordi det viser, at ønsket om gratis tandpleje ikke kun er baseret på egeninteresse, men også på en accept af kollektiv finansiering. Tandpleje forstås dermed som et fælles gode snarere end et privat anliggende. Dette kan kobles til en klassisk velfærdsstatslogik, hvor sundhed forstås som et kollektivt ansvar og som en central del af den universelle velfærdsmodel (Larsen & Hansen, 2014: 24). Dette viser, at denne logik udfordres i praksis på tandplejeområdet, fordi adgang til behandling fortsat i høj grad afhænger af egenbetaling. Dermed opstår der et spændingsfelt mellem velfærdsstatens ideal om lige adgang til sundhed og den faktiske organisering af tandpleje i Danmark:

"Så jeg ved godt, at vi betaler skat og vi går gratis til lægen, men hvad er forskellen mellem tandlæge og læge, altså hvorfor ikke bare gøre det det samme?" (Interview 1: 5)

Her problematiseres en grundlæggende institutionel opdeling i sundhedssystemet. Informanten udfordrer direkte, hvorfor tænder behandles anderledes end resten af kroppen. Det fremhæver en oplevelse af opdeling i velfærdsstatens organisering. Det kan tolkes som en kritik af den måde, hvorpå sundhedspolitik differentierer mellem "krop" og "tænder", hvilket Torben også eksplicit problematiserer. Det understøtter en pointe om, at ulighed ikke kun opstår gennem mangel på ressourcer, men også gennem politiske prioriteringer:

"Jeg synes helt klart at det burde være gratis, fordi der er så mange, der holder sig væk fordi det er så dyrt." (Interview 7: 8)

Her kobles normativ vurdering direkte til konsekvens. Informanten argumenterer ikke blot for gratis tandpleje som princip, men begrundet det med, at prisen aktivt holder folk væk fra behandling. Dette tydeliggør sammenhængen mellem struktur og handling: Når tandbehandling er økonomisk utilgængelig, påvirker det ikke blot menneskers muligheder, men også deres konkrete sundhedsadfærd. Informanterne holder sig ikke væk fra tandlægen, fordi de er ligeglade med deres tænder, men fordi de økonomiske vilkår former, hvad der

opleves muligt at prioritere. Empirien viser dermed en strukturel forståelse af ulighed i tandsundhed snarere end en individualiseret forklaring, hvor ansvaret alene placeres hos den enkelte:

“Den (Tændernes Dag red.), overordnet set, så fortæller den om et svigt som ikke er et samfund som det danske værdigt.” (Torben: 2)

Torben løfter problemstillingen til et samfundsniveau ved at karakterisere situationen som et “svigt”. Det er en stærk normativ kritik, der placerer ansvaret hos velfærdsstaten snarere end individet. Dette markerer et skifte fra at se tandproblemer som individuelle til at forstå dem som et resultat af systemiske mangler:

“Nej. Det er hverken, det er ikke en løsning på uligheden i tandsundhed, og det er heller ikke en del af løsningen på problematikken. Det her, det er et lille plaster på det åbne sår. Men, og der er det vigtigt at forstå, jeg kaster ikke de klinikker ind under bussen som laver det initiativ, jeg synes at det, jeg tager virkelig hatten af for det, men hvis jeg skal gå op i helikopteren så er det ikke den her måde man løser det på.” (Torben: 30)

Metaforen “plaster på det åbne sår” illustrerer tydeligt forholdet mellem problemets omfang og løsningens begrænsning. Et plaster kan midlertidigt dække noget til, men det heler ikke selve skaden. Når Torben bruger denne metafor, fremstilles Tændernes Dag derfor som en akut og midlertidig afhjælpning af et langt dybere strukturelt problem. Problemet forstås ikke som enkelte borgeres manglende ansvarlighed eller motivation, men som en grundlæggende ulighed i adgang til tandbehandling, der er indlejret i selve organiseringen af tandplejesystemet.

Det interessante er samtidig, at Torben tydeligt anerkender de frivillige klinikkers indsats. Han kritiserer altså ikke intentionen bag initiativet, men peger derimod på, at velgørenhedsbaserede løsninger ikke kan løse strukturelle problemer. Dette er vigtigt, fordi det viser en forskel mellem individuel hjælp og strukturel forandring. Tændernes Dag kan hjælpe konkrete mennesker her og nu, men ændrer ikke ved de økonomiske og institutionelle forhold, som producerer uligheden i første omgang.

Citatet viser en grundlæggende spænding mellem velfærdsstat og velgørenhed. Når adgang til nødvendig tandbehandling bliver afhængig af frivillige initiativer, særarrangementer eller enkeltstående donationer, bliver hjælpen selektiv og usikker frem for universel. Dermed

udfordres forestillingen om lige adgang til sundhed, som ellers er central i den danske velfærdsmodel. Dermed kan citatet forstås som et udtryk for, at sundhed i stigende grad forskydes fra et kollektivt velfærdsansvar til et område, hvor individet eller civilsamfundet må kompensere for manglende offentlig dækning (Larsen & Hansen, 2014: 24, 43-44).

Samtidig viser citatet, hvordan ulighed i tandsundhed ikke blot handler om manglende behandling, men også om den måde samfundet vælger at håndtere problemet på. Når løsningen bliver midlertidige initiativer frem for varige strukturelle ændringer, risikerer selve uligheden at blive normaliseret som noget, der kan "lappes" på frem for forebygges og reduceres grundlæggende:

"Den her tandkonto ordning, den vil betyde mindre sundhed, altså mere sygdom for de samme penge. Det er det værste makværk politikerne, jeg nogensinde har set, at de har lavet inden for sundhed." (Torben: 31)

Dette citat viser, at nogle politiske løsninger ikke blot er utilstrækkelige, men potentielt forværrer situationen. Dette er vigtigt, fordi det viser, at ulighed ikke kun opretholdes passivt, men også kan reproduceres aktivt gennem politiske beslutninger:

"Men vi skal i hvert fald ikke ud i at vores samfund, et velfærdssamfund som det danske med et vanvittigt højt skattetryk, skal lukrere på velgørenhed. Det er helt skævt." (Torben: 34)

Her problematiseres nødvendigheden af initiativer som Tændernes Dag. Torben argumenterer for, at basale sundhedsydelser ikke bør afhænge af velgørenhed. Dette ses som en del af en bredere transformation af velfærdsstaten, hvor ansvar i stigende grad individualiseres (Larsen, 2021: 32):

"Jeg tror ikke at Tændernes Dag løser ret meget: det hjælper de få, som møder op på Tændernes Dag, selvfølgelig. Men der er jo stadigvæk en kæmpe gruppe af mennesker som ikke får hjælp, nej altså den eneste løsning jeg ser, det er, at sende nogle flere penge målrettet den vej, uden at vi allesammen behøver at have flere penge" (Camilla: 34)

Camilla supplerer denne kritik fra et praksisperspektiv. Hun anerkender, at initiativet hjælper nogle, men understreger samtidig, at det ikke ændrer den grundlæggende ulighed.

Tandpleje opleves ikke udelukkende som et individuelt anliggende, men som et velfærdspolitisk spørgsmål. Informanterne efterspørger i høj grad en model, hvor tandpleje

sidestilles med andre sundhedsydelser, mens fagpersonerne tydeliggør strukturelle mangler og utilstrækkelige løsninger. Dette kan ses som et udtryk for en velfærdsstat i forandring, hvor ansvaret for sundhed i stigende grad forskydes fra stat til individ.

Økonomi som årsag til forværring

Empirien viser ikke alene, at økonomiske barrierer fører til udsættelse af behandling, men også at denne udsættelse i nogle tilfælde udvikler sig til alvorlige og potentielt farlige situationer. Dette træder særligt tydeligt frem i Camillas beskrivelse af en konkret case, hvor manglende adgang til tandbehandling får drastiske konsekvenser:

“Der er da nogle gange nogle vilde historier, altså en af dem der påvirkede mig allermest, det var sidste år, jeg havde en fyr på min egen alder, der havde tandpine og så havde han [...] simpelthen taget en tang [...] og forsøgt selv at trække den der tand ud. Det var jo ikke gået godt, så da han kom, så sad der en kindtand i tre stykker, som sad fast men var knækket. [...] Det har været smertefuldt, og jeg spurgte ham: hvor længe har du gået med det? Det havde han gået med i tre måneder, han havde bare gået og ventet på, at det blev Tændernes Dag.” (Camilla: 19)

Her synliggøres, hvilke konsekvenser manglende adgang til tandbehandling kan få.

Informanten beskriver ikke blot udsættelse af behandling, men en situation hvor smerte og behandlingsbehov håndteres gennem selvbehandling med risiko for yderligere skade. Citatet viser dermed, hvordan økonomiske barrierer kan føre til en gradvis normalisering af smerte, udsættelse og improviserede løsninger. Ventetiden frem mod Tændernes Dag bliver ikke blot et spørgsmål om at “vente lidt længere”, men en periode hvor helbredet potentielt kan forværres. Det understreger samtidig, hvordan gratis initiativer som Tændernes Dag kommer til at fungere som eneste behandlingsløsning.

Citatet synliggør dermed, at økonomisk ulighed i tandsundhed ikke kun handler om kosmetiske eller mindre sundhedsmæssige problemer, men også kan føre til alvorlige fysiske konsekvenser, langvarige smerter og håndteringsstrategier afledt af afmagt. Dette kan ses som det Doughty et. al. beskriver som en del af den onde cirkel, hvor manglende adgang til behandling fører til forværring af oral health, øget marginalisering og yderligere afstand til sundhedssystemet (Doughty et al., 2023: 1080-1082).

Denne erfaring begrænser sig ikke til enkeltstående tilfælde, men går igen i flere af interviewene, hvor informanterne beskriver, hvordan manglende adgang til tandbehandling kan føre til oplevelsen af at stå uden reelle handlemuligheder:

"Altså jeg føler sådan at hvis du for eksempel er hjemløs og du har vildt meget tandpine og du ikke kan komme til tandlægen, det er jo forfærdeligt." (Interview 4: 9)

Her træder den kropslige konsekvens af ulighed tydeligt frem. Tandproblemer handler ikke kun om æstetik eller forebyggelse, men også om smerte og manglende mulighed for hjælp. Samtidig illustrerer citatet, hvordan social udsathed kan forstærke barriererne for behandling og dermed øge risikoen for forværring.

Økonomiske barrierer kan ikke blot føre til udsættelse af behandling, men kan også skabe en selvforstærkende proces, hvor smerter, dårligere tandsundhed og social udsathed gradvist forværres. Dette kan forstås som et udtryk for, at begrænsede ressourcer reducerer individers mulighed for at handle hensigtsmæssigt i forhold til egen sundhed, mens Doughty et al. peger på, hvordan dårlig adgang til behandling og stigma kan fastholde mennesker i en ond cirkel af forværring og marginalisering (Doughty et al., 2023: 1080-1082; Larsen, 2021: 38-40).

Empirien viser, at økonomi ikke blot påvirker, hvornår man går til tandlæge, men i yderste konsekvens også hvordan man håndterer smerte og sygdom. Dette understreger, at ulighed i tandsundhed kan få vidtrækkende konsekvenser, der rækker langt ud over selve tandstatus og ind i både kropslige erfaringer og sociale livsbetingelser.

Delkonklusion

Samlet set viser analyseafsnittet, at økonomi ikke blot er én blandt flere forklaringer, men den grundlæggende struktur, som mange af de andre problemer vokser ud af. Informanterne ved, hvad de burde gøre, men har ikke råd til at gøre det. De kender idealet om regelmæssig tandpleje, men må i stedet reagere på smerte, vente, spare op, aflyse eller håbe på særordninger. Økonomisk ulighed bliver dermed til ulighed i tandsundhed, men også til social ulighed. På denne baggrund kan økonomien ikke udelukkende forstås som en individuel udfordring. Den fungerer som en strukturel mekanisme, der begrænser adgang til sundhedskapital, forværrer tandstatus over tid og skaber de betingelserne for stigma og social eksklusion

Stigma og skam

I interviewmaterialet bliver det tydeligt, at tænder ikke kun handler om sundhed og funktion, men også om social synlighed, vurdering og tilhørsforhold. Informanterne beskriver enstemmigt, hvordan tænder bliver lagt mærke til, fortolket og tillagt betydning i mødet mellem mennesker. Dermed fremstår tandsundhed som noget, der rækker ud over det medicinske og ind i spørgsmål om identitet, værdighed og social position.

Tandsundhed kan anses som særlig stigmafølsom, fordi tænderne er synlige og vanskelige at skjule i sociale relationer (Doughty et al., 2023: 1078-1079). Stigma opstår samtidig gennem processer, hvor bestemte forskelle kobles til negative stereotyper og fører til social afstand, status loss og discrimination (Link & Phelan, 2001: 367, 370-371). Dette kan samtidig forstås som et spørgsmål om sundhedskapital, hvor kroppen og dens fremtrædelsesformer får betydning for menneskers sociale muligheder og positioner (Larsen, 2021: 94-95).

Tænder som synlig social markør

Informanterne beskriver tænder som noget af det første, man lægger mærke til hos andre mennesker. Tænder fremstår derfor ikke blot som et spørgsmål om tandsundhed, men som et synligt kropsligt tegn, der indgår i sociale vurderinger af mennesker. I det sociale møde bliver tænder en del af ansigtets fremtoning og dermed også en del af den måde, personen umiddelbart aflæses på af andre. Det betyder, at tandstatus kan få betydning langt ud over det rent sundhedsmæssige, fordi tænder både forbindes med udseende, social fremtoning, selvkontrol og ansvarlighed. Dette kommer til udtryk i det følgende:

“Hvis du spørger mig, hvad er det vigtigste, når du sådan ser på en person, ansigtsmæssigt, så ville jeg sige tænderne.” (Interview 1: 3)

Her ser man, hvordan tænder tillægges en særlig social betydning i mødet med andre mennesker. Når informanten beskriver tænderne som det vigtigste ansigtstræk, viser det, at tænder ikke blot opfattes som en neutral del af kroppen, men som noget, der hurtigt kan blive genstand for vurdering. Tænder fungerer dermed som en synlig social markør, fordi de kan komme til at signalere noget om personens livsstil, sociale position og evne til at tage vare på sig selv. Det centrale er ikke kun, hvordan tænderne faktisk ser ud, men hvordan de bliver fortolket af andre.

På den måde kan tandstatus blive tillagt en betydning, som rækker ud over den enkeltes konkrete tandsundhed. Skæve, misfarvede, manglende eller ødelagte tænder kan i sociale sammenhænge blive læst som tegn på noget mere generelt ved personen. Det kan for eksempel handle om antagelser om dårlig hygiejne, manglende disciplin, lav social status eller utilstrækkelig selvomsorg. Dermed bliver tænder et område, hvor sociale normer om ansvar, sundhed og præsentabilitet samles. Tandsundhed er særligt stigmatfølsom, fordi tænder er svære at skjule i almindelige sociale interaktioner, hvor mennesker taler, smiler og spiser sammen. Munden og tænderne har en særlig social synlighed, hvilket gør tandsundhed sårbar over for vurdering og stigmatisering (Doughty et al., 2023: 1078).

Denne oplevelse af at blive aflæst og vurderet træder også frem i følgende udsagn:

“Jeg synes, at der er rigtig mange folk, der lægger mærke til det og lige kommenterer på det ene eller på det andet. Så ja, jeg føler, at der er sådan en form for [...] fokus på, hvordan du har taget dig af dine tænder og så videre, jeg lægger meget tit mærke til, at det første folk de lægger mærke til når de snakker med en, det er ens tænder.”

(Interview 1: 4)

Her bliver det tydeligt, at tænder ikke kun vurderes æstetisk, men også moralsk. Informanten beskriver ikke blot, at andre lægger mærke til tænderne, men også at de kommenterer på dem. Det viser, hvordan tænder kan blive gjort til genstand for vurdering i hverdags interaktioner. Kommentarerne kan umiddelbart fremstå små eller uskyldige, men de kan samtidig være med til at fastholde en oplevelse af, at ens tænder er noget, andre vurderer. Informantens formulering om, “hvordan du har taget dig af dine tænder”, er særligt væsentlig, fordi den viser, hvordan tandstatus kobles til forestillinger om ansvar og personlig indsats.

Tandstatus bliver dermed ikke kun et tegn på sundhed, men også et tegn på, om man fremstår som en ansvarlig og selvkontrolleret person:

“Det er også tegn på, at man har styr på sit liv, så det er tegn på, at man tager vare på sit liv og på sin sundhed.” (Interview med Torben: 16).

I denne forståelse bliver dårlige tænder ikke kun et udtryk for sygdom, økonomiske begrænsninger eller manglende adgang til tandbehandling, men kan i stedet blive individualiseret som et resultat af personlige valg eller forsømmelse. Det er netop denne kobling mellem synlighed og moralsk vurdering, der gør tænder til en stærk social markør.

Mennesker med afvigende tandstatus kan mødes med antagelser om selvforsømmelse, dårlig hygiejne eller manglende ansvarlighed (Doughty et al., 2023: 1080-1081).

Dermed bliver tænder et kropsligt sted, hvor sociale og moralske vurderinger kan hæfte sig fast.

Tandskam opstår ikke udelukkende, fordi tænderne har en bestemt fysisk tilstand, men fordi tænderne indgår i sociale relationer, hvor de bliver set, kommenteret og fortolket. Skammen knytter sig derfor ikke kun til selve tandproblemet, men til frygten for, hvad tandproblemet signalerer over for andre. Når tænder bliver tolket som udtryk for, hvordan man har “taget sig af” sig selv, risikerer sociale og strukturelle vilkår at blive usynlige. Økonomiske barrierer, livskriser, sygdom, manglende adgang til behandling eller tidligere negative erfaringer med tandlægesystemet kan træde i baggrunden, mens ansvaret placeres hos individet.

Tænder bliver på den måde ikke bare et biologisk eller æstetisk forhold, men et socialt og moralsk tegn. De kan fungere som en synlig markør for social position, fordi de både aflæses i relation til udseende, sundhed og normer om ansvarlighed. Det betyder, at dårlig tandstatus kan få sociale konsekvenser, ikke kun i form af smerte eller behandlingsbehov, men også gennem skam, undgåelse og frygt for andres vurdering. Af samme grund kan tandsundhed forstås som et område, hvor social ulighed ikke blot viser sig i kroppen, men også i den måde kroppen bliver aflæst og vurderet på i hverdagslivet.

Skam og internaliseret stigma

Flere informanter beskriver følelser af pinlighed, flovhed og skam i relation til deres tænder. Det interessante er, at disse følelser ikke blot fremstår som en reaktion på andres kommentarer, men som noget informanterne allerede selv bærer med sig. Skammen er dermed ikke kun knyttet til ydre sociale vurderinger, men også til en indre oplevelse af utilstrækkelighed, hvor den enkelte begynder at se sig selv gennem de normer og forventninger, der knytter sig til “pæne”, “sunde” og “velplejede” tænder. På den måde bliver tandproblemer ikke alene et fysisk eller funktionelt problem, men også et spørgsmål om selvopfattelse, værdighed og social identitet:

“Ja, jeg synes det er pinligt, jeg har faktisk næsten ingen kindtænder [...] jeg får ikke kværnet maden nok, fordi jeg mangler mine kindtænder.” (Interview 6: 5)

Her ses, hvordan de sociale og kropslige konsekvenser af tandproblemer væves sammen. Informanten beskriver både et konkret funktionelt problem, manglende kindtænder og vanskeligheder ved at tygge maden ordentligt og samtidig en følelse af pinlighed. Det er særligt bemærkelsesværdigt, at informanten indleder med “jeg synes det er pinligt”, før de fysiske konsekvenser uddybes. Det kan tolkes som, at manglende tænder ikke først og fremmest formuleres som et praktisk eller sundhedsmæssigt problem, men som noget, der opleves skamfuldt.

Manglende tænder får dermed betydning på flere niveauer. På den ene side påvirker det kroppen og hverdagslivet konkret, fordi informanten ikke kan tygge maden tilstrækkeligt. På den anden side påvirker det personens oplevelse af sig selv. Når manglende tænder beskrives som pinligt, viser det, at tandstatus forbindes med mere end funktion. Her bliver tandskam tydelig som et fænomen, hvor kroppen ikke blot gør ondt eller fungerer dårligere, men også opleves som socialt afslørende.

Det kan forstås i forlængelse af Doughty et al.s begreb om oral health-related stigma, hvor stigma ikke alene handler om andres negative reaktioner, men også om indre processer som skam, embarrassment og self-stigma (Doughty et al., 2023: 1079). Internaliseret stigma opstår, når den enkelte overtager eller indoptager samfundets negative forestillinger om bestemte kropslige tegn. I dette tilfælde betyder det, at informanten ikke kun har mistet tænder, men også oplever manglen på tænder som noget, der siger noget negativt om personen. Tandproblemet bliver dermed ikke kun et sundhedsproblem, men et identitetsproblem. Denne internalisering af stigma kan ses i følgende udsagn:

“Ja, det er lidt svært at smile jo, når jeg mangler jo desværre en del af dem.”

(Interview 2: 3)

Her bliver det tydeligt, at tandstatus ikke kun påvirker informantens selvopfattelse, men også den sociale adfærd. Når informanten beskriver det som “svært” at smile, viser det, hvordan tandproblemer kan begrænse deltagelsen i almindelige sociale situationer. Det handler ikke nødvendigvis om, at andre allerede har reageret negativt, men om en forventning om, at tænderne kan blive set og vurderet. Dette kan forstås i forlængelse af Doughty et al.s pointe om, at tandsundhed er særligt udsat for stigma, fordi munden er synlig i sociale møder, hvor tale, smil og ansigtsudtryk indgår som centrale former for social interaktion (Doughty et al., 2023: 1078). Citatet viser, hvordan skam kan virke på forkant: Informanten regulerer sin

adfærd på baggrund af en forventning om mulig vurdering, før en egentlig negativ reaktion nødvendigvis har fundet sted.

Formuleringen "desværre" kan ses som udtryk for en beklagelse over tændernes tilstand. Informanten markerer, at de manglende tænder ikke blot er et neutralt faktum, men noget, der opleves som et tab og en mangel. Det kan ses som en form for selvbevidsthed, hvor personen hele tiden må forholde sig til, hvordan tænderne fremstår over for andre. Dermed bliver smilet ikke længere en spontan social handling, men noget der kræver overvejelse, kontrol eller måske helt undgå.

På den måde kan skam føre til selvbegrænsning. Informanten trækker sig ikke nødvendigvis fuldstændigt fra sociale sammenhænge, men regulerer sin måde at være i dem på. Det kan være ved at smile mindre, tale mindre åbent, skjule munden, undgå bestemte situationer eller forsøge at kontrollere, hvordan andre ser én. Doughty et al. beskriver netop, hvordan oral health-related stigma kan føre til undgåelse og social tilbagetrækning, fordi mennesker forsøger at undgå situationer, hvor de risikerer at blive vurderet negativt (Doughty et al., 2023: 1079, 1081). Skammen får dermed konkrete sociale konsekvenser, fordi den påvirker, hvordan mennesker bevæger sig i hverdagslivet.

Denne forventning om negativ vurdering fremstår også tydeligt i Camillas beskrivelse af mødet med patienter:

“Vi er jo professionelle og fortæller dem, at de er ikke alene og at vi har set det tusind gange før. Men ja, der er nogle, der indleder med at sige, at de godt er lidt flove over deres tænder.” (Camilla: 20)

Citatet viser, at skammen ofte allerede er til stede, før selve tandlægemødet begynder. Patienterne føler behov for at forklare, undskylde eller forberede tandlægen på deres tandstatus. Det antyder, at de ikke træder neutralt ind i behandlingsrummet, men kommer med en forventning om, at deres tænder kan blive vurderet negativt. Skammen bliver dermed en del af mødet med systemet, før tandlægen overhovedet har sagt eller gjort noget.

Dette kan forstås som anticipatory stigma, hvor mennesker på forhånd forventer at blive mødt med negative vurderinger og derfor begynder at reagere på denne forventning, før den nødvendigvis er blevet bekræftet (Doughty et al., 2023: 1079). Patientens indledende bemærkning om at være flov kan derfor ses som en måde at forsøge at tage kontrol over

situationen på. Ved selv at nævne skammen først kan patienten forsøge at afvæbne den potentielle vurdering fra tandlægen. Samtidig viser det, hvor stærkt stigmaet er internaliseret, fordi patienten allerede har placeret sig selv i en position, hvor tænderne kræver en forklaring.

Ovenstående citater viser, at tandskam ikke kun skabes i mødet med direkte udskamning eller konkrete negative kommentarer. Skammen kan også være til stede som en indre forventning om at blive bedømt. Informanterne beskriver ikke kun smerter, manglende tænder eller funktionelle problemer, men også en oplevelse af pinlighed, flovhed og begrænset social udfoldelse. Det viser, at tandstatus kan blive en del af menneskers selvforståelse og sociale handlemuligheder.

Dermed bliver internaliseret stigma centralt for at forstå, hvorfor tandproblemer kan få så store konsekvenser. Når dårlige tænder forbindes med forestillinger om manglende ansvarlighed, dårlig hygiejne eller social afvigelse, kan den enkelte begynde at rette disse vurderinger mod sig selv. Det betyder, at sociale normer ikke kun virker udefra gennem andres blik, men også indefra gennem skam, selvkontrol og undgåelse. Tandskam bliver derfor et eksempel på, hvordan social ulighed i tandsundhed ikke kun viser sig i munden, men også i den måde, mennesker oplever sig selv, deres værdighed og deres mulighed for at deltage frit i sociale relationer.

Idealet om det “rigtige” smil

Empirien viser samtidig, at stigma ikke kun knytter sig til tydelige tandproblemer som tandmangel, smerter eller ødelagte tænder. Stigma kan også opstå i relation til mere subtile æstetiske normer for, hvordan tænder forventes at se ud. Det betyder, at selv tænder, der ikke nødvendigvis er sundhedsmæssigt problematiske, kan opleves som utilstrækkelige, hvis de ikke passer ind i dominerende forestillinger om det “pæne”, “sunde” eller “rigtige” smil. På den måde bliver tandsundhed ikke kun vurderet ud fra funktion og sygdom, men også ud fra skønhedsideal, hvor tændernes farve, symmetri og ensartethed får stor betydning:

“Oooh ja [...] Hollywood smile, Turkey smile, altså det er nærmest som om at det perfekte smil det skal være helt kridhvidt og unaturligt [...] jeg føler at der er et urealistisk skønhedsideal.” (Interview 4: 8)

Her udtrykker informanten, hvordan skønhedsbehandlinger og skønhedsideal er med til at forme idealer for, hvordan et smil bør se ud. Begreber som “Hollywood smile” og “Turkey smile” henviser til en æstetisk standard, hvor tænder ikke kun skal være sunde, men også ekstremt hvide, lige og visuelt perfekte. Det interessante er, at informanten beskriver idealet som “unaturligt” og “urealistisk”, men samtidig viser citatet, at idealet alligevel fylder i informantens bevidsthed. Det kan tyde på en central dobbelthed: Man kan godt være kritisk over for et skønhedsideal og samtidig være påvirket af det.

Denne dobbelthed er interessant, fordi den viser, hvordan normer ikke kun virker direkte. De kan også virke indirekte gennem billeder, sammenligninger og forventninger til kroppen. Når bestemte tandbehandlinger fremstilles som attraktive eller ønskværdige, kan andre former for tænder omvendt komme til at fremstå mindre acceptable. Stigma fungerer derfor ikke kun ved, at nogen direkte siger, at bestemte tænder er forkerte. Det kan også fungere gennem en mere stille normdannelse, hvor idealet om det perfekte smil gør almindelige tænder utilstrækkelige.

På den måde udvides feltet for, hvad der kan opleves som afvigende. Det er ikke kun manglende eller stærkt beskadigede tænder, der kan skabe skam, men også tænder, der er lidt gule, lidt skæve, lidt asymmetriske eller på anden måde ikke lever op til idealet. Dermed bliver grænsen mellem normalitet og afvigelse mindre. Oral health-related stigma formes gennem kulturelle normer for udseende og social accept, hvor afvigelser fra idealiserede forestillinger om tænder kan føre til skam, selvkritik og pres for selvforbedring (Doughty et al., 2023: 1081). Denne norm konkretiseres yderligere i følgende udsagn:

“Ja, de skal være symmetriske, hvad skal man sige, ikke skæve selvfølgelig og så skal de være, det behøver ikke være kridhvide, men hvide nok.” (Interview 5: 5)

Citatet viser, hvordan idealet om “normale” eller “pæne” tænder er blevet internaliseret som en æstetisk standard. Informanten opstiller her nogle klare kriterier: Tænderne skal være symmetriske, ikke skæve og “hvide nok”. Formuleringen “selvfølgelig” er særligt interessant, fordi den antyder, at det næsten tages for givet, at skæve tænder ikke passer ind i idealet. Det fremstilles ikke som en personlig præference, men som norm.

Samtidig viser udtrykket “hvide nok”, at idealet ikke nødvendigvis kræver perfektion, men stadig opstiller en grænse for, hvad der opfattes som acceptabelt. “Hvide nok” indikerer en

normativ målestok, hvor tænder hele tiden kan vurderes som enten inden for eller uden for det acceptable.

Citatet viser dermed, hvordan informanten på den ene side kan tage afstand fra et kunstigt ideal, men på den anden side stadig fastholder klare forestillinger om, hvordan tænder bør se ud. Det understreger, at æstetiske normer ofte virker netop ved at blive oplevet som almindelige, naturlige eller selvfølgelige. Når kravet om hvide, lige og symmetriske tænder fremstår som normalt, bliver det sværere at få øje på, at der faktisk er tale om en socialt skabt norm.

Tandskam handler således ikke kun om sygdom, smerte eller manglende adgang til behandling. Den handler også om et kulturelt ideal for smilet, hvor tænder bliver en del af en bredere kropslig og social præstation. Det “rigtige” smil bliver et tegn på ansvarlig, sundhed og skønhed. Omvendt kan tænder, der afviger fra idealet, blive forbundet med uansvarlighed, dårlig selvpleje eller lavere social status.

Dermed bliver stigma knyttet til en bredere normalitetsforståelse. Jo mere snævert idealet for det gode smil bliver, desto flere mennesker kan komme til at opleve deres tænder som forkerte. Det betyder, at stigma ikke kun rammer dem med alvorlige tandproblemer, men også mennesker, hvis tænder afviger fra idealiserede æstetiske standarder. Idealet om det “rigtige” smil kan derfor forstås som mekanisme i produktionen af tandskam, fordi det skaber en målestok, som mennesker vurderer både sig selv og andre ud fra (Doughty et al., 2023: 1078-1079).

Tænder, stigma og social position

Camilla og Torben kobler tydeligt tandstatus til sociale forestillinger om klasse, ansvar og menneskelig værdi. I deres beskrivelser fremstår tænder ikke kun som et sundhedsmæssigt anliggende, men som et synligt tegn, der kan få betydning for, hvordan mennesker bliver aflæst, vurderet og placeret socialt. Da tænder er synlige, når man taler, smiler eller spiser, kan tænder fungere som en markør for noget, der rækker ud over selve tandsundheden. Tandstatus kan dermed blive gjort til et tegn på livsstil, økonomi, ansvarlighed og social position. Dette kommer blandt andet til udtryk hos Torben:

“Men at mangle en tand i tandrækken, der er meget synlig, det er stigmatiserende og det er flovt for rigtig, rigtig mange mennesker.” (Torben: 12)

Torben tydeliggør her en direkte kobling mellem synlighed og stigma. Det er ikke nødvendigvis tandmanglen i sig selv, der alene skaber den sociale belastning, men det forhold, at den er “meget synlig”. Når en manglende tand kan ses af andre, bliver den ikke kun et privat eller kropsligt problem, men et socialt tegn. Den bliver noget, andre kan registrere, fortolke og potentielt dømme personen ud fra. Synligheden betyder derfor, at tandmanglen kan blive en del af personens sociale fremtoning og dermed også en kilde til flovhed og skam.

Torben bruger her ordene “stigmatiserende” og “flovt” i samme sætning. Det viser, at stigma både har en ydre og en indre dimension. På den ene side handler det om den sociale vurdering udefra: hvordan andre mennesker kan aflæse og reagere på tandmanglen. På den anden side handler det om den indre følelsesmæssige konsekvens: at personen selv oplever tandmanglen som flov eller skamfuld. Dermed bliver stigma ikke kun noget, der sker i mødet med andre, men også noget, der kan indlejres i den enkeltes selvforståelse (Doughty et al., 2023: 1078).

Denne pointe ligger i forlængelse af Doughty et al.s forståelse af oral health-related stigma. Tandsundhed er særlig udsat for stigma, fordi munden og tænderne er synlige i almindelige sociale interaktioner. Når mennesker taler, smiler, griner eller spiser, bliver tændernes tilstand ofte synlig for andre. Det betyder, at tandproblemer let kan blive gjort til genstand for social fortolkning og vurdering (Doughty et al., 2023: 1078). Tandstatus adskiller sig dermed fra flere andre sundhedsproblemer, fordi den ofte er synlig og derfor kan påvirke den umiddelbare sociale kontakt mellem mennesker. Denne sociale fortolkning udfoldes yderligere i Camillas beskrivelse:

“Altså tandløshed er jo et kæmpe tabu [...] så tror jeg virkelig, at der er mange fordomme omkring, hvad det er for et menneske, der går rundt og mangler en tand. Om man enten er ligeglad med sig selv eller [...] at man ikke har råd.”

(Camilla: 14-15)

Her bliver det tydeligt, hvordan tandstatus kobles til stereotype forestillinger om personen bag. Tandlerløshed ses ikke bare som et fysisk forhold, men som noget der vækker “fordomme” om, hvilken type menneske man er. Citatet viser dermed, hvordan tandmangel kan blive oversat til sociale og moralske vurderinger. Personen risikerer enten at blive opfattet som én, der “er ligeglad med sig selv”, eller som én, der “ikke har råd”. Begge fortolkninger placerer individet socialt og moralsk: enten som uansvarlig eller som økonomisk udsat.

Det interessante er, at disse to forklaringer: manglende ansvar eller manglende økonomi begge kan være stigmatiserende, men på forskellige måder. Hvis tandmanglen tolkes som udtryk for ligegyldighed, bliver personen moralsk vurderet som én, der ikke har taget ansvar for sig selv. Hvis tandmanglen derimod tolkes som udtryk for fattigdom, bliver den et synligt tegn på lavere social position. I begge tilfælde bliver tandstatus et tegn, der kan reducere personen til en bestemt social kategori. Tandmangel bliver dermed ikke kun et spørgsmål om tænder, men om social klassifikation. Dette kan forstås med Link og Phelans stigmatteori, hvor stigma beskrives som en proces, hvor bestemte forskelle udpeges, forbindes med negative stereotyper og fører til adskillelse, statustab og diskrimination (Link & Phelan, 2001: 367, 370-371). I dette tilfælde bliver den synlige tandmangel en forskel, der kobles til stereotype forestillinger om fattigdom, uansvarlighed eller lav social værdi.

Citatet viser også, hvordan stigma kan individualisere strukturelle problemer. Når tandmangel bliver forstået som udtryk for, at man “er ligeglad med sig selv”, risikerer de sociale og økonomiske vilkår bag tandproblemerne at blive skjult. Manglende adgang til tandbehandling, høje egenbetalinger, livskriser, sygdom eller tidligere negative erfaringer med tandlægesystemet kan forsvinde bag en fortælling om personligt ansvar. På den måde bliver social ulighed i tandsundhed gjort til et individuelt problem, selvom den i høj grad også formes af økonomiske og strukturelle betingelser.

Denne kobling mellem tænder, stigma og sociale muligheder bliver også tydelig i relation til arbejdsmarkedet:

“Der er faktisk flere, som ikke har haft mod på at søge arbejde før de fik ordnet deres tænder, fordi de simpelthen har skammet sig over, hvordan de så ud.”

(Camilla: 17)

Dette citat viser, hvordan stigma kan få konsekvenser for menneskers livsmuligheder. Tandproblemer påvirker her ikke kun informanternes selvfølelse, men også deres handlemuligheder i samfundet. Når mennesker undgår at søge arbejde, fordi de skammer sig over deres tænder, bliver tandstatus en reel barriere for social deltagelse. Det handler ikke længere kun om ubehag, smerte eller æstetik, men om adgang til arbejdsmarkedet, økonomisk selvstændighed og social mobilitet.

Her ses det samtidig, hvordan skam kan fungere som en form for selvbegrænsning. Personerne bliver ikke nødvendigvis direkte afvist af en arbejdsgiver, men de forventer, at

deres tænder vil blive vurderet negativt. Derfor afstår de fra overhovedet at søge arbejde. Stigma virker dermed ikke kun gennem direkte diskrimination, men også gennem forventningen om diskrimination eller negativ vurdering:

“Man er måske flov hvis man skal til en jobsamtale, så det forsøger man også på at undgå og man deltager ikke i det sociale liv, fordi man simpelthen er flov over sådan som det ser ud, eller at man har dårlig ånde, så det har en enorm stor betydning.” (Torben: 18)

Mennesker kan begynde at regulere deres egne handlinger for at undgå situationer, hvor de risikerer at blive udstillet eller dømt (Link & Phelan, 2001: 367, Link & Phelan, 2014: 25-26).

Dette kan forstås som et eksempel på, hvordan stigma påvirker adgang til sociale ressourcer og livschancer. Når bestemte kropslige tegn forbindes med lavere status, kan det få betydning for, hvilke muligheder mennesker oplever, at de har adgang til. Tandstatus bliver dermed ikke kun et resultat af social ulighed, men kan også være med til at reproducere social ulighed. Dårlige tænder kan både skyldes økonomiske barrierer og samtidig skabe nye barrierer for arbejde, indkomst og social deltagelse (Link & Phelan, 2001: 371).

Dette kan også kobles til begrebet sundhedskapital. Hvis sundhed og krop kan forstås som ressourcer, der har betydning for menneskers muligheder i sociale felter, bliver tænder en del af den kapital, man møder verden med. En sund, pæn og socialt accepteret tandstatus kan fungere som en ressource, fordi den understøtter selvtillid, præsentabilitet og social deltagelse. Omvendt kan synlige tandproblemer fungere som en mangel på sundhedskapital, der begrænser menneskers handlemuligheder og sociale positionering (Larsen, 2021: 94-95).

Tænder bliver dermed en del af en bredere social orden, hvor kroppen vurderes som tegn på ansvarlighed, selvkontrol og social værdi. Det “gode” smil kan signalere overskud, sundhed og normalitet, mens manglende eller ødelagte tænder kan blive læst som tegn på afvigelse, fattigdom eller forsømmelse.

Delkonklusion

Analyseafsnittet viser, at tænder i interviewmaterialet fungerer som langt mere end et spørgsmål om tandsundhed. De fremstår som synlige sociale markører, der hurtigt bliver genstand for vurdering, fortolkning og moralsk læsning. Informanternes udsagn kan indikere, at afvigende tandstatus ikke alene forbindes med æstetik, men også med forestillinger om

ansvar, selvomsorg, økonomi og social position. Dermed bliver tænder et sted, hvor stigma konkret produceres og erfares.

Stigma virker dermed ikke kun udefra gennem andres blik og stereotyper, men også indefra som internaliseret skam, usikkerhed og selvbegrænsning. Flere informanter beskriver, hvordan tandstatus påvirker deres smil, deres sociale deltagelse og i nogle tilfælde deres mod på at søge arbejde. Stigma knytter sig derfor ikke kun til den synlige tandstatus i sig selv, men til de sociale konsekvenser, der følger med at blive læst som afvigende

Konklusion

I dette speciale har vi undersøgt, hvordan sundhedskapital og stigma i relation til tandsundhed kommer til udtryk i fortællinger relateret til Tændernes Dag, og hvad disse erfaringer fortæller om social ulighed i tandsundhed. Med afsæt i en hermeneutisk tilgang og kvalitative interviews med borgere og fagpersoner har vi analyseret, hvordan oplevelser af tandsundhed formes i samspillet mellem individuelle erfaringer, sociale normer og strukturelle vilkår.

Gennem analysen er vi kommet frem til, at tandsundhed ikke alene kan forstås som et spørgsmål om fysisk sundhed. Tænder fremstår samtidig som en synlig form for sundhedskapital, der både afspejler og påvirker menneskers sociale positioner, handlemuligheder og deltagelse i sociale fællesskaber. Informanternes fortællinger viser, at tænder har betydning for selvforståelse, identitet og oplevelsen af værdighed, fordi de indgår i sociale vurderinger af ansvarlighed, livsstil og økonomisk situation. Tandsundhed bliver dermed ikke blot et spørgsmål om kroppens funktion, men også om muligheden for at fremstå som et legitimt og anerkendt medlem af det sociale fællesskab.

Analysen viser samtidig, at sundhedskapital er ulige fordelt. Muligheden for at opretholde god tandsundhed afhænger ikke alene af individuelle valg, men af adgang til økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer. Flere informanter giver udtryk for, at de kender betydningen af regelmæssige tandlægebesøg og forebyggende tandpleje, men at økonomiske begrænsninger gør det vanskeligt at handle på denne viden. Vi finder derfor, at adgangen til at opbygge og vedligeholde sundhedskapital i høj grad formes af de livsvilkår, mennesker lever under.

Et centralt fund i specialet er betydningen af økonomiske barrierer. Vi ser, hvordan tandlægebesøg ofte udsættes eller nedprioriteres som følge af begrænsede økonomiske ressourcer, hvilket kan føre til, at mindre problemer udvikler sig til mere alvorlige behandlingskrævende tilstande. Forebyggelse fremstår dermed som noget, der kræver økonomisk råderum og overskud, og adgangen til forebyggende tandpleje bliver derfor socialt ulige fordelt. Samtidig viser analysen, at økonomi sjældent står alene. Adgang til behandling påvirkes også af faktorer som systemforståelse, digitale kompetencer, transportmuligheder og sociale netværk. Vi konkluderer derfor, at ulighed i tandsundhed må forstås som et komplekst samspil mellem økonomiske, sociale og institutionelle forhold.

Derudover finder vi, at stigma og skam spiller en væsentlig rolle i informanternes erfaringer med tandsundhed. Flere beskriver tilbageholdenhed ved at smile, usikkerhed i sociale situationer og en oplevelse af at blive vurderet af andre på baggrund af deres tænder. Analysen viser, hvordan dårlig tandstatus ikke alene forbindes med æstetik, men også med moralske forestillinger om ansvarlighed og selvomsorg. Med afsæt i Link og Phelans stigmaforståelse samt Doughty et al.s begreb om oral health-related stigma viser vi, hvordan sociale vurderinger kan bidrage til statustab, skam og social tilbagetrækning.

Tandsundhed bliver dermed ikke blot et sundhedsmæssigt spørgsmål, men også et spørgsmål om stigma, sociale vurderinger og frygten for at blive opfattet som afvigende.

Vi finder desuden et tydeligt spændingsfelt mellem individ og struktur. Flere informanter giver udtryk for en forståelse af, at den enkelte selv har ansvar for sine tænder og sin sundhed. Samtidig viser deres fortællinger, at mulighederne for at leve op til dette ansvar er ulige fordelt. På den måde synliggør analysen et paradoks, hvor individer ansvarliggøres for forhold, der i høj grad formes af sociale og økonomiske livsbetingelser. Sundhedskapital fremstår således både som en ressource og som en mekanisme, hvor eksisterende sociale forskelle kan reproducere.

Endelig viser vores analyse, at både borgere og fagpersoner i høj grad betragter tandsundhed som et velfærdspolitisk spørgsmål frem for et rent privat anliggende. Tændernes Dag fremstår i denne sammenhæng som et vigtigt initiativ, der midlertidigt reducerer nogle af de barrierer, der normalt begrænser adgangen til tandbehandling. Samtidig peger initiativets eksistens på, at nogle borgere falder uden for de eksisterende ordninger, og at frivillige initiativer i praksis bliver nødvendige for at sikre adgang til basal behandling.

Samlet konkluderer vi, at social ulighed i tandsundhed ikke alene handler om tænder eller adgang til behandling. Uligheden kommer til udtryk gennem ulige adgang til sundhedskapital, økonomiske ressourcer, sociale muligheder og risikoen for at blive mødt med stigma. Tandsundhed fremstår som et område, hvor økonomiske, sociale og symbolske former for ulighed væves sammen og gensidigt forstærker hinanden. Specialet viser dermed, at tandsundhed både fungerer som en indikator for social position og som et område, hvor eksisterende uligheder kan reproducere. At forstå og reducere ulighed i tandsundhed handler derfor ikke alene om behandling af tænder, men også om de samfundsmæssige betingelser, der former menneskers muligheder for at opbygge, vedligeholde og omsætte sundhedskapital gennem livet.

Dette speciale viser, at social ulighed i tandsundhed ikke alene handler om manglende adgang til behandling, men om de betingelser mennesker har for overhovedet at kunne navigere i sundhedssystemet. Set i et bredere perspektiv rejser specialet derfor spørgsmål om udviklingen i den moderne velfærdsstat og de krav, der stilles til borgeren som sundhedsaktør.

Gennem de seneste årtier er sundhed i stigende grad blevet et individuelt ansvar. Borgeren forventes at være aktiv, opsøgende og i stand til at træffe de ”rigtige” sundhedsvalg. Samtidig er sundhedssystemet blevet mere komplekst og kræver i højere grad, at den enkelte kan orientere sig i regler, tilbud, digitale løsninger og behandlingsmuligheder. Paradoksalt nok betyder dette, at de borgere, der har størst behov for hjælp, ofte også er dem, der møder de største krav. De skal ikke alene håndtere økonomiske udfordringer, men også besidde de ressourcer, der gør det muligt at forstå systemet, skabe overblik og omsætte muligheder til konkret handling.

Specialets analyse viser netop, at adgang til tandbehandling forudsætter langt mere end økonomisk kapital. Det kræver også kulturel kapital i form af viden om sundhed og systemforståelse, social kapital i form af relationer og støtte samt sundhedskapital i form af erfaringer og kompetencer til at håndtere egen sundhed. Når disse kapitalformer er ulige fordelt, bliver ulighed i tandsundhed ikke blot et spørgsmål om betalingsevne, men også om forskellige muligheder for at agere inden for de institutionelle rammer, som sundhedssystemet opstiller. Dermed bliver sundhedssystemet ikke kun et sted, hvor ulighed afhjælpes, men potentielt også et sted, hvor eksisterende sociale forskelle reproducere.

Litteraturliste

- Andersen, L. B., Lautsen, L. & Cecchini, M. (2020). *Forskningskriterier*. I Andersen, L. B., Hansen, K. & Klemmensen, R. (red.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (pp. 97-121). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (1986) *The forms of capital*, In Richardson, J. (red) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, ABC-CLIO, New York, pp. 241–58
- Davidoff, F. (2002). Shame: The elephant in the room. *BMJ*, 324(7331), 623-624.
- Dolezal, L. & Lyons, B. (2017). Health-related shame: An affective determinant of health? *Medical Humanities*, 43(4), 257-263.
- Doughty, J., Crouch, A., Watt, R. G., Hsu, K. & Calnan, M. (2023). Oral health-related stigma: A conceptual review. *The Lancet Public Health*, 8(11), 1076-1086.
- Doughty, J., Naidoo, S. & Watt, R. (2023). Oral health-related stigma: A scoping review. *International Journal of Dental Hygiene*.
- Folker, A. P., et al. (2025). *Dental shame and social inequality in oral health*.
- Folker, L. (2025). *The precariousness of the mouth: An ethnographic study of oral care and vulnerability*. Ph.d.-afhandling. København: Københavns Universitet.
- Folker, L. (2025). *[The Precariousness of the Mouth. An Ethnography of Emotional Work in Oral Care PhD Thesis]*. Ph.d.-afhandling. Københavns Universitet.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. 2. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Harsløf, I., Larsen, K. & Bambra, C. (2023). When health is wealth: Occupationally differentiated patterns of health capital in post-industrial Europe. *Social Theory & Health*, 21, 388-408.
- Howard, D., et al. (2025). *Social determinants of oral health and inequalities in dental care*.

Interviewguide Tændernes Dag. (2026). *Interviewguide - Tændernes Dag*. Bilag 3.

Jamieson, L. M., Hedges, J., McKinstry, S., Koopu, P. & Venner, K. (2020). How neoliberalism shapes Indigenous oral health inequalities globally: Examples from five countries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). Kvalitative analysetraditioner i samfundsvidenskabelig forskning. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.), *Kvalitativ analyse - syv traditioner* (1. udg., pp. 9-26). København: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. (2012). *Videnskabsteori*. I Juul, S. & Pedersen, K. B. (red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. & Pedersen, K. B. (red.) (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

KORA. (2016). *Social ulighed i voksnes tandsundhed*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Kraka Economics. (2023). *Tandsundhed i Danmark: Social ulighed, offentlige udgifter og regulering*. København: Kraka Economics.

Kristensen, C. J. (2019). Forskningsetik i samfundsvidenskaberne. I Kristensen, C. J. & Hussain, M. A., *Metoder i samfundsvidenskaberne* (pp. 77-93). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Kristensen, C. J. & Hussain, M. A. (red.) (2019). *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, K. (2009). Kroppe: sundhed og social ulighed. I Glasdam, S. (red.), *Folkesundhed: i et kritisk perspektiv* (pp. 188-218). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Larsen, K. (2021). *Sundhedskapital*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, K. & Bystrup, M. R. (2013). Marginale: Udsatte, men ikke kun socialt - om konstruktionen "socialt udsatte" anvendt i politik, administration og videnskab. *Praktiske Grunde*, (1-2).

Larsen, K. & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring: Norske og danske studier. *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 7(1-2), 5-13.

Larsen, K. & Hansen, G. I. (2014). Social ulighed i sundhed - mere vilkår end valg: Indsigter og forklaring på norske forhold. I Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (red.), *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse* (pp. 1-69). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Larsen, K. & Sodemann, M. (2024). *Ulighedens drejebog: Sådan virker social ulighed i sundhed*. København: Gads Forlag.

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32.

Lockwood, C., Borgess, K. & Pap, R. (2019). Practical Guidance for Knowledge Synthesis: Scoping Review Methods. *Asian Nursing Research* 13 (2019) 287-294.

Loignon, C., Allison, P. J. & Landry, A. (2012). Providing humanistic care: Dentists' perspectives on treating people living in poverty. *Journal of Dental Research*, 91(3), 225-229.

Petersen, P. E. & Hakeberg, M. (2021). Uligheder i oral sundhed - teoretisk tilgang. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 131(1), 10-22.

Petersen, P. E., Ekholm, O., Grønbaek, M. & Christensen, A. I. (2015). *Sammenhæng mellem oral sundhed og generel sundhed, livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Poulsen, B. (2019). Semistrukturerede interviews. I Kristensen, C. J. & Hussain, M. A. (red.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (pp. 102-105). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Statens Institut for Folkesundhed. (2018). *KRAM-undersøgelsen: Sundhed og livsstil i Danmark*.

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Tandstatus og tandsundhed - objektivt og subjektivt vurderet*. København: Sundhedsstyrelsen.

Tændernes Dag. (2026). *Tændernes Dag 2026*. Rødovre: PLUS1. Tilgået 16/12-25. Bilag 1.

Tændernes Dag Præsentation. (2026), Tilgået 18/3-26. Bilag 2

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* (4. udg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Verheire, J., et al. (2018). Dentists' perspectives on poverty and dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030*. Genève: World Health Organization.

AI-deklaration

I dette afsnit redegøres der for anvendelsen af ChatGPT i forbindelse med udarbejdelsen af specialet. ChatGPT er anvendt sporadisk i skriveperioden fra 01.01.2026 til 01.06.2026 som et supplerende refleksions- og støtteværktøj i skriveprocessen. Anvendelsen har primært bestået i sparring på opbygning samt som støtte i situationer præget af skriveblokering. Output fra ChatGPT er udelukkende anvendt som inspiration og er ikke direkte indarbejdet i specialets tekst. Specialets indhold og formuleringer er således udarbejdet selvstændigt.

Der er ikke anvendt AI-værktøjer til transskribering af interviewmateriale. Transskriberingen er foretaget manuelt på baggrund af tidligere erfaringer, hvor AI-baserede løsninger ikke har levet op til de ønskede krav til præcision og kvalitet.

Bilag

Tændernes Dag (Hjemmeside)

Tændernes Dag Præsentation

Interviewguide Tændernes Dag

Interviewguide Camilla

Interviewguide Torben

Transskriberede interviews:

Interview 1

Interview 2

Interview 3

Interview 4

Interview 5

Interview 6

Interview 7

Interview Camilla

Interview Torben