

Essay

Ulighedsforstærkende transformationer: borgernes møde med det optimerende sundhedsvæsen

Af Sine Lehn, Lektor,
Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet



Magtudredningen 2.0

Selvom ulighed har været på sundhedspolitiske dagsorden i årtier, stiger den sociale ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2024a). Ingen eller kort uddannelse og lav indkomst er det der skaber mest sygdom og mest ulighed, men også fx etnicitet, køn og seksualitet har betydning for ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2010; Kjeld *et al.*, 2022). Gennem de senere år er der kommet større forskningsmæssig opmærksomhed på, hvordan sundhedsvæsenet, trods bestræbelser om det modsatte, er med til at fastholde den sociale ulighed i sundhed (Hvas, Brodersen and Hovelius, 2009; Lehn-Christiansen and Holen, 2016; Nina Halberg, 2024; Sodemann, 2024).

Årsager til social ulighed i sundhed findes i socioøkonomiske levevilkår, men vi kan blive klogere på, hvordan sundhedsvæsenet er med til at reproducere uligheden ved at fokusere på den magt, der er på spil i mødet mellem borgeren, sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle, der udgør velfærdsstatens kernetrop. At der er magt involveret, når staten håndterer borgernes sundhed er velbeskrevet (Lupton, 1995; Foucault, 2000; Rose, 2001). I den første magtudredning, hvor det især var velfærdsstatens bestræbelser på at få borgerne til at påtage sit ansvar for sundhed, der var i fokus (Vallgård, 2003). Dette fokus er fortsat relevant, "Alle voksne mennesker har et ansvar for deres egen sundhed" er stadig det centrale mantra i folkesundhedspolitikken (The Danish Ministry of Health, 2017).

De forandringerne, der er sket i magtens former og virkemåder indenfor sundhedsområdet er langt fra entydige. Der er snarere tale om, at magten forskydes og transformeres, at den antager nye former. Forandringerne skyldes flere samvirkende forhold; reorganiseringer af sundhedsvæsenet, nye sundheds- og velfærdspolitiske strømninger, teknologiske udviklinger og nye former for viden, er nogle af de centrale forandringsdynamikker. Patientrettigheder og et større fokus på borgernes ønsker og behov er ikke til at overse. Samtidig er der flere og mere diffuse forventninger til, hvordan man som borger skal agere for at være en passende patient. Alternativet til at blive set som passende er at blive set som problematisk og måske falde ud af den professionelle omsorg (Holen and Lehn-Christiansen, 2010).

Forskydninger af opgaver

Siden kommunalreformen i 2007 har sundhedsvæsenet gennemgået den største reorganisering i nyere tid. Med etableringen af akutsygehuse i alle regioner centraliseredes de medicinske specialer, hvilket betyder, at selvom flere skal rejse længere, er behandlingskvaliteten steget. I samme periode er indlæggelsestiden blevet betydeligt kortere. Det kommunale sundhedsvæsen har derfor fået mange nye opgaver. Flere behandles og rehabiliteres i eget hjem og det kalder på nye kompetencer hos både professionelle, borgere og pårørende, bl.a. fordi der mangler sammenhæng mellem sektorer (Regeringen, 2019). Overordnet set må omorganiseringen af sundhedsvæsenet betragtes som vellykket. Det danske sundhedsvæsen har således aldrig leveret så meget, til så mange, med så høj kvalitet og så stor effektivitet (Vedsted and Frølich, 2023).

Sundhedsvæsenet er i lighed med resten af velfærdsstaten blevet super-digitalt (Hans Okkels Birk *et al.*, 2024). For nogle borgere letter digitaliseringen adgangen til sundhedsvæsenet, men det medfører nye uligheder. Telemedicinske konsultationer gør mødet mellem borger og professionel både nært og distanceret (Nickelsen, 2019). De professionelle guider via skærm, ikke via hænder. Men der kan opstå en fortrolighed, der ikke opstår i ambulatoriet og der opstår nye relationer mellem patienter, der mødes til KOLtræning online (Bagger, 2019). Trods de positive erfaringer forstærker digitaliseringen den sociale ulighed i sundhed (Egon Bjørnshave Noe and Gulisova, 2022; Kristiansen, 2022).

Borgere med ingen eller kort uddannelse og lav indtægt har et større 'forbrug' af sundhedsvæsenet end borgere med længere uddannelser og højere indkomst (Sundhedsstyrelsen, 2024a). *Forbrug* er det ord sundhedsvæsenet bruger, når der måles på, at nogle har mere brug for behandling, pleje eller rehabilitering end andre. Det viser, at relationen mellem borger og sundhedsvæsen er spundet ind i en fortælling om en trængt økonomi. Opgaven med at holde udgifterne nede, smelter sammen med opgaven, der handler om at holde befolkningen sund og rask. Narrativet er medvirkende til at forme blikket på 'storforbrugerne' som nogle, der burde forbruge mindre. Ligesom det former blikket på de sundhedsprofessionelle som nogle

der 'leverer ydelser'. Ideen om 'lægekunsten' eller sygepleje som omsorg for det hele menneske har trange kår (Danbjørg and Falch, 2023).

Ansvar for egen sundhed – en forstærket diskurs

At få borgerne til at tage ansvar for egen sundhed er stadig centralt og sundhed er ikke blevet et mindre moralsk anliggende de sidste 20 år, hvor et fokus på såkaldte 'livsstilssygdomme' har været dominerende i folkesundhedspolitikken (Sundhedsministeriet, 2002; Iversen, 2013). Det er stadig de sundhedsprofessionelle, der har til opgave at botanisere ansvarsfølelsen hos borgerne, som i stigende grad forventes at udvise et passende "biologisk medborgerskab" (Rose, 2009) – bl.a. ved at holde vægten eller droppe cigaretterne og derigennem fremstå som nogle der håndterer deres egen sygdomsrisiko på en acceptabel måde (Larsen and Brinkkjær, 2008; Mik-Meyer, 2008). Sundhed er blevet en social kapital (Larsen, 2021), og evnen til at fremvise en sund og slank krop får i sig selv betydning for, hvordan man bliver mødt i sundhedsvæsenet. Paradoksalt nok er sundhedsvæsenet således bedre til at møde de sunde end de syge eller usunde borgere. Set fra sundhedsvæsenet side består udfordringen bl.a. i at de usunde borgere mangler *sundhedskompetencer* (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Kronisk syge borgere henvises til patientuddannelse, hvor der findes evidensbaserede metoder og professionelle standarder til at højne sundhedskompetencerne. Gennem *afklarende* og *motiverende samtaler* forsøges borgerens blik på sig selv transformeret til et klinisk blik og (mod)viljen bearbejdes, så kroppen gør mere af det rigtige og mindre af det forkerte. Det er sådan man udvikler sundhedskompetencer. Bortset fra hvis man ikke gør. Forskningen peger nemlig på, at patientuddannelse forstærker den sociale ulighed i sundhed (grøn, 2011; Storm, 2012; Britton *et al.*, 2023).

Hybride professionaliteter

Omorganiseringerne har betydet, at både borgere og professionelle har skulle vænne sig at have flere møder/kontakter på flere lokationer. Behovet for at holde overblik, koordinere og skabe sammenhæng er blevet langt større. Det er uklart hvem opgaverne tilfalder, men hverken borgerne eller de professionelle synes for alvor at magte den. Flere opgaver skal klares af pårørende (Brehm Johansen *et al.*, 2024), og

det skabe nye uligheder, bl.a. fordi det oftest er kvinder, der udfylder pårørenderollen (Bernild, 2018). Det er især den voksende gruppe af kroniske, multisyge patienter, der efterlades med et stort koordineringsarbejde (Frølich, Olesen and Kristensen, 2017). Sundhedspolitik kan man godt se det problematiske i den konstruktion (Regeringen, 2019). Ét af de centrale greb til at løse udfordringen har været at indføje *tværsektorielt samarbejde* i kompetenceprofilerne på tværs af professionsbacheloruddannelserne indenfor sundhed (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016).

At fremtidens professionelle uddannes til at skabe tværsektoriel sammenhæng er et ud af flere eksempler på, at sundhedsprofessionaliteten aktuelt udvides med en række organisatoriske kompetencer (Lehn *et al.*, 2024). I professionsforskningen taler man om *hybride* professionaliteter (Noordegraaf, 2007). Hvor faglig viden om kroppen, sygdom og sundhed og særlige kliniske færdigheder, tidligere udgjorde kernen i professionaliteten rummer den nu også et organisatorisk fokus (Evetts, 2009; Bezes *et al.*, 2012). Den hybride professionalitet betyder, at man som sundhedsprofessionel ikke bare skal tage hånd om patienterne med også om sundhedsvæsenet. Forskningen peger på, at både nyuddannede og erfarne sundhedsprofessionelle medtænker organisatorisk effektivitet, når de træffer beslutninger (Lehn, 2023), hvilket potentielt medfører ambivalente professionsidentiteter (Lehn-Christiansen and Holen, 2019) og professionsetiske dilemmaer. For hvad stiller man op med patienter, som har andre eller mere komplekse behov end dem, der kan honoreres af de standardiserede ydelser?

At et stærkt fokus på organisationens behov fremfor patientens, reelt er en integreret del af sundhedsprofessionalitet, kan ses som medvirkende faktor i de senere års skandaler, bl.a. kræftområdet (DR Nyheder, 2024) kan ske. Her er ingen 'brodne kar', men mange organisationsansvarlige professionelle, der efterlevede ledelsens spareanvisninger, selvom patienterne derfor ventede længere på behandling og sandsynligvis betalte med deres liv.

Nye videnshierarkier – på vej mod forandringer af den biomedicinske status?

Den sundhedspolitiske ambition om ansvar for egen sundhed har de seneste 15 år fået følgeskab af et andet velfærdspolitisk ideal om *inddragelse*. Ambitionen om inddragelse går på flere måder hånd-i-hånd med ansvar for egen sundhed (Holen, 2011). Men inddragelse forandrer potentielt også de autoritets- og videnshierarkier, som sundhedsvæsenet traditionelt har været præget af (Holen and Kamp, 2018). Det er ikke længere legitimt at tale *til* borgerne. De professionelle skal tale *med* og det, der skal tales *om*, er også forandret. Inddragelsesambitionen stiller nye krav og genererer nye forventninger til både borgere og professionel. Behovet for inddragelse er forskelligt fra patient til patient og det varierer i løbet af et sygdomsforløb (Løwe *et al.*, 2021). Inddragelsesdagsordenen betyder, at patienten ses som ekspert i eget liv og antages at kunne bidrage med relevant viden. *Shared decision-making* hedder det i faglitteraturen.

Selvom inddragelse på linje med tværsektorielt samarbejde udgør standardpensum i sundhedsuddannelserne, har det vist sig i praksis at være en kompleks affære. Ud over usikkerhed omkring, hvad inddragelse egentlig indebærer (Hansen, 2021), er det en grundlæggende udfordring at navigere mellem fagligt viden og ansvar, patienternes egne forståelser og ønsker, og de handlemuligheder som findes (Rognan *et al.*, 2023). At tale med patienterne har formentlig altid været en del af de sundhedsprofessionelles arbejde. Det store fokus på inddragelse har ført til, at der er udviklet evidens, som skal sikre at inddragelse sker på den rigtige måde (Karina Dahl Steffensen *et al.*, 2022). Som patient spørges man, om man er blevet tilstrækkeligt inddraget. Dermed transformeres inddragelse til en organisatorisk forventningsstruktur koblet til målinger af kvalitet. Men muligheden findes også for, at patienternes viden og indspil tillægges fornyet værdi findes, også i forskningen, hvor patienterne inviteres ind og sommetider får reel indflydelse (Holen and Strand, 2022).

En række udviklinger betyder hermed, at de sundhedsprofessionelles faglige vidensmonopol er under pres. Det er ikke længere et spørgsmål *om* patienterne søger information om deres sygdom og behandling, spørgsmålet er, *hvordan* de søger information og hvad informationen bruges til (Hillingsø, 2014). Relationen mellem patient og sundhedsprofessionel informeres således af Google, patientforeninger eller

sociale medier, hvor digitale diagnosefællesskaber muliggør videndeling på tværs af sociale grupperinger (Kingod, 2020; Kjærulff *et al.*, 2023). Igen er udviklingen af magtdynamikkerne ikke entydige; Covid-19 gav den biomedicinske vidensform et nyt rygstød, da epidemiologerne rykkede ind i Statsministeriet og jagten på en Covid-vaccine stod øverst på den verdenspolitiske dagsorden (Lundgren, 2022).

Magtens transformation

20 år efter første magtudredning tager magten i borgernes møde med sundhedsvæsenet fortsat ofte en indirekte form, den såkaldte 'governmentalitet', dvs. en styring som søger at påvirke den enkeltes omgang med sig selv – ved at forme selvopfattelse og installere sundhed som en indre moralitet (Vallgård, 2003; Foucault, 2009). Men magten i mødet mellem borger og sundhedsvæsen udgøres i dag også af andre magtformer og -dynamikker. Appellen om ansvar for egen sundhed og andre former for subjektivering er også i spil. Magten ses således udfoldet i strukturelle former som fx lovfæstede patientrettigheder, i Medicinrådets beslutninger om hvilken medicin, der kan tilbydes og i professionelle autorisationer, der tildeler både fagligt ansvar og handletvang. Men magten er også til forhandling når borgerne møder de professionelle. Kulturelle normer og forventninger til, hvordan man kan og bør håndtere sundhed og sygdom får betydning for om man som patient opleves ses som en der magter samarbejdet og sundheden. Magten findes i sproget, den forhandles i relationen mellem borger og professionel og i de subjektpositioner, der stilles til rådighed af sundhedsvæsenet; man bliver patient. Eller pre-patient, for risiko-fokusering og screeninger betyder, at vi forventes at forholde os til sygdom før den kan ses eller mærkes (Rose, 2009; Jönsson and Brodersen, 2022). Dermed udgør udviklingen af den biomedicinske viden og diagnostiske teknologier fortsat en magtdimension, der skaber nye handlerum og nye forventninger til både borgere og sundhedsprofessionelle.

Udviklingen i magtdynamikkerne i mødet mellem borgere og sundhedsvæsen er komplekse og billedet er langt fra sort-hvidt. Sundheden stiger, flere lever længere trods alvorlig sygdom. Men mange af de forandringer, der er sket med sundhedsvæsenet de seneste 15 år, kommer de socialt velstillede borgere til gode. Dem, der er gode til at

tale deres sag, gode til at agere på måder, der bliver set som passende i forhold til sundhed. Dem der er gode til at søge information, til at tyde prøvesvar på sundhed.dk, dem, der er gode til at fremstille deres situation, så den kan omsættes til de handlemuligheder sundhedsvæsenet tilbyder. Dem med de ressourcestærke pårørende og det gode netværk, der kan hjælpe med at koordinere og holde snor i alle kontakterne og al informationen. Det er dem, der nyder godt af de forskydninger og redistribueringer af magten, der er sket.

Dette står selvfølgelig i modsætning til, at patientrettigheder gælder for alle og alle med rette kan forvente at blive hørt og få indflydelse på, hvad der skal ske, når man er syg eller har behov for pleje. I princippet behøver ingen stille sig til freds med de ydelser man tilbydes. Så enkel er diskursen, virkeligheden er mere kompliceret.

Brug for mere viden?

Forskningsinteressen har gennem mange år – i tråd med den første magtudredning – samlet sig om New Public Management og dette regimes (u)tilsigtede effekter (Mik-Meyer and Villadsen, 2007; Kjær and Reff, 2010; Mik-Meyer and Järvinen, 2012; Kristensen, 2014; Holm-Petersen, Wadmann and Andersen, 2015; Højgaard, Wolf and Bech, 2016; Kjeld Møller Pedersen, 2017). Denne forskning er fortsat vigtig – og vigtig at opdatere. Både fordi styringen i sig selv forandrer sig, men også fordi styringen sætter sig igennem på nye måder i et sundhedsvæsen, der hele tiden forandres som følge af udviklinger i sygdomsbillede, befolkningssammensætning og nye muligheder for at forebygge, behandle, pleje og rehabiliter borgernes kroppe og ikke mindst sind. Der er brug for opdateret viden om, hvordan samfundets krav til professionernes forandrer sig. Hvilke nye hybride professionaliteter, der opstår som følge af arbejdets ændrede karakter? Hvilke nye organisatoriske behov forventes de professionelle at opfylde? Og med hvilke implikationer?

Implikationerne af den voksende rekrutterings- og fastholdelseskrise er vigtige at belyse i et magtkritisk perspektiv. Er nye fleksible fagligheder, som for nyligt blev anbefalet (Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023), svaret på sundhedsvæsenets udfordringer? På patienternes? Hvad betyder den voksende import

af sundhedsprofessionelle fra det globale syd for mødet mellem borger og sundhedsvæsen? Og for samarbejdet mellem forskellige grupper af professionelle? Forskningsmæssig belysning af disse spørgsmål vil bidrage med vigtig viden om, hvordan borgernes møde med sundhedsvæsenet udvikler sig og med hvilke implikationer - både for befolkningens sundhed i bred forstand og for den sociale ulighed i sundhed.

Litteratur

- Bagger, B. (2019) *Telemedicin og egenomsorgskompetence : en postfænomenologisk analyse af den KOL-svge borgers og svgeplejerskens relation medieret via telemedicinsk konsultation baseret på skærmopkald uden monitorering til støtte af egenomsorg : ph.d.-afhandling*. Edited by B. Bagger. dissertation. Ph.d. skolen for Mennesker og Teknologi, Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet.
- Bernild, C. (2018) *Pårørendeinddragelse i praksis: aktionsforskningsprojekt på en hospitalsafdeling*. Roskilde Universitet.
- Bezes, P. *et al.* (2012) 'New public management and professionals in the public sector. What new patterns beyond opposition?', *Sociologie du Travail*, 54, pp. e1–e52. doi: 10.1016/j.soctra.2012.07.001.
- Brehm Johansen, M. *et al.* (2024) *At være pårørende i Danmark – En kvalitativ analyse af pårørendes erfaringer fra et hverdagslivsperspektiv*. København. Available at: www.vive.dk (Accessed: 24 April 2024).
- Britton, L. E. *et al.* (2023) "A patient should not have to ask": Women's experiences of patient education about preconception care for type 2 diabetes', *Patient education and counseling*. CLARE: Elsevier B.V, 112, pp. 107739–107739. doi: 10.1016/j.pec.2023.107739.
- Danbjørg, D. B. and Falch, L. A. (2023) *Et sundhedsvæsen for fremtiden : sygeplejersker viser vejen*. 1. udgave. Edited by D. B. Danbjørg and L. A. Falch. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- DR Nyheder (2024) *Kræftsagen fra Aarhus - alt for lange ventelister*. Available at: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/tema/kræftsagen>.
- Egon Bjørnshave Noe and Gulisova, B. (2022) *Ulighed i sundhed i et landdistriktperspektiv En kortlægning af eksisterende forskning og viden om sundhed og social ulighed i landdistrikterne*. Esbjerg. Available at: https://www.sdu.dk/da/forskning/forskningsenheder/samf/clf/nyheder_fra_clf/digital-sundhedsteknologi.
- Evetts, J. (2009) 'New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences', *Comparative Sociology*, 8(2), pp. 247–266. doi: 10.1163/156913309X421655.

- Foucault, M. (2000) *Klinikkens fødsel*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Foucault, M. (2009) *Biopolitikens fødsel: forelæsninger på Collège De France, 1978-1979*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Frølich, A., Olesen, F. and Kristensen, I. (2017) *Hvidbog om Multisygdom*. København.
- grøn, L. (2011) 'Egenomsorg – et grænseobjekt i kronikeromsorgen', *Klinisk Sygepleje*. Universitetsforlaget, 25(04), pp. 13–24.
- Hans Okkels Birk *et al.* (2024) 'Denmark: health System review 2024', *Health Systems in Transition*, 26(1), pp. i-152. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024>.
- Hansen, L. S. (2021) *Patientinddragelse: Hvad bliver det til? En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi*. Roskilde. Available at: <https://forskning.ruc.dk/da/publications/patientinddragelse-hvad-bliver-det-til-en-undersogelse-af-patient>.
- Hillingsø, J. G. (2014) 'Udgør patienters informationssøgning en mulighed eller et problem?', *Ugeskrift for Læger Læger*, (176), p. V66119. Available at: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/udgor-patienters-informationssogning-en-mulighed-eller-et-problem>.
- Højgaard, B., Wolf, R. T. and Bech, M. (2016) *Alternative styrings-og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring -En kortlægning af regionale forsøg og ordninger*. København. Available at: http://www.kora.dk/media/6428004/11234_alternative-styrings-og-afregningsmodeller-for-sygehuse-med-afsæt-i-værdibaseret-styring.pdf.
- Holen, M. (2011) *Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*. Roskilde University.
- Holen, M. and Kamp, A. (2018) 'Brugerinddragelse- ny professionalisme og nye omsorgsrum?', *Nordic Welfare Research*, 3(1-2018), pp. 47–57. doi: 10.18261/ISSN.2464-4161-2018-01-05.
- Holen, M. and Lehn-Christiansen, S. (2010) 'Problematized Patients - Intersectional perspectives on gender, ethnicity, class and biomedicine', *Kvinder, køn og forskning*, (2), pp. 51–60.
- Holen, M. and Strand, D. L. (2022) 'Patientinvolvering og patientaktivisme i medicinsk forskning: Om autoritet, kredibilitet og forudsætninger for samskabelse',

- Akademisk kvarter*, (24), pp. 57–70. doi:
<https://doi.org/10.54337/academicquarter.vi24.7251>.
- Holm-Petersen, C., Wadmann, S. and Andersen, N. B. V. (2015) *Styringsreview på hospitalsområdet. Forslag til procedure- og regelforenkling*. København.
- Hvas, L., Brodersen, J. and Hoveliuss, B. (2009) *Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?: refleksioner fra almen praksis*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
- Iversen, L. (2013) 'Ulighed i sundhed - levekår og livsstil', in Niklasson, G. (ed.) *Sundhed menneske og samfund*. Samfundslitteratur.
- Jönsson, A. B. R. and Brodersen, J. (2022) *Snart er vi alle patienter: overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. 1. udgave. Edited by A. B. R. Jönsson and J. Brodersen. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Karina Dahl Steffensen *et al.* (2022) 'Implementation of patient-centred care in Denmark : The way forward with shared decision-making'.
- Kingod, N. (2020) 'The tinkering m-patient: Co-constructing knowledge on how to live with type 1 diabetes through Facebook searching and sharing and offline tinkering with self-care', *Health (London, England: 1997)*. London, England: SAGE Publications, 24(2), pp. 152–168. doi: 10.1177/1363459318800140.
- Kjær, P. and Reff, A. (2010) *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. 1st edn. Edited by P. Kjær and A. Reff. Kbh.: Handelshøjskolens Forlag.
- Kjærulff, E. M. *et al.* (2023) 'When People With Chronic Conditions Turn to Peers on Social Media to Obtain and Share Information: Systematic Review of the Implications for Relationships With Health Care Professionals', *Journal of medical Internet research*. TORONTO: Jmir Publications, Inc, 25(1), pp. e41156–e41156. doi: 10.2196/41156.
- Kjeld Møller Pedersen (2017) *Værdibaseret styring. Er det smitsomt? Value based health care and reimbursement: Is it contagious? By: No. 3/2017*. Odense.
- Kjeld, S. G. *et al.* (2022) *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang*. København. Available at:
<https://sst.dk/da/udgivelser/2022/social-ulighed-i-moedet-med-sundhedsvaesenet>.
- Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet (2023) *Robusthedskommissionens*

anbefalinger. Available at: www.sum.dk.

- Kristensen, J.-E. (2014) 'Velfærdsprofessioner i konkurrencestaten: i lyset af velfærdspolitikens omkalfatring', in Harrits, G. S. and Svith, F. (eds) *Professioner under pres : status, viden og styring*. Aarhus: Via System, pp. 165–188. Available at: https://www.worldcat.org/title/professioner-under-pres-status-viden-og-styring/oclc/900357936&referer=brief_results.
- Kristiansen, B. L. (2022) 'Access to Justice i en digital forvaltning – et borgerperspektiv', *Kritisk juss (Online)*. Scandinavian University Press (Universitetsforlaget), 48(1), pp. 74–99. doi: 10.18261/kj.48.1.6.
- Larsen, K. (2021) *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, K. and Brinkkjær, U. (2008) 'Om statsautoriseret normalisering af kroppe', *Dansk Pædagogisk Tidsskrift*, (3), pp. 42–29.
- Lehn-Christiansen, S. and Holen, M. (2016) 'Sammenfiltringer. Intersektionalitet som produktiv og udfordrende tilgang i undersøgelsen af ulighed i sundhed', in Lehn-Christiansen, S. et al. (eds) *Ulighed i sundhed : Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. 1st edn. København: Frydenlund Academic.
- Lehn-Christiansen, S. and Holen, M. (2019) 'Ambiguous socialization into nursing: Discourses of intimate care', *Nurse Education Today*, 75, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.002.
- Lehn, S. (2023) *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. 2nd edn. København: Munksgaard Danmark.
- Lehn, S. et al. (2024) 'Verdensmestre i tværsektorielle overgange eller lost in translation? Policy-practice gabet i 2016-revisionen professionsbacheloruddannelserne i sundhed', *Tidsskrift for professionsstudier*, (38).
- Løwe, M. M. et al. (2021) 'The Balance of Patient Involvement: Patients' and Health Professionals' Perspectives on Decision-Making in the Treatment of Advanced Prostate Cancer', *Qualitative Health Research*. SAGE Publications Inc., 31(1), pp. 29–40. doi: 10.1177/1049732320962759.
- Lundgren, J. (2022) *Vild virus : bag kulissen i kampen mod smitte*. 1. udgave. Edited by L. Igum Rasmussen. Kbh: Politiken.

- Lupton, D. (1995) *The imperative of health : public health and the regulated body*. London; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Mik-Meyer, N. (2008) 'Managing fat bodies: Identity regulation between public and private domains', *Outlines. Critical Practice Studies*, 10(2), pp. 20–35. doi: 10.7146/ocps.v10i2.1970.
- Mik-Meyer, N. and Järvinen, M. (2012) *At skabe en professionel : Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. and Villadsen, K. (2007) *Magtens former*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nickelsen, N. C. M. (2019) 'The infrastructure of telecare: implications for nursing tasks and the nurse-doctor relationship', *Sociology of health & illness*. HOBOKEN: Wiley, 41(1), pp. 67–80. doi: 10.1111/1467-9566.12781.
- Nina Halberg (2024) 'Someone like me; I go after staff with good vibes : An ethnographic study of ethnically minoritized patients in Danish healthcare through an equity lens'. Roskilde Universitet.
- Noordegraaf, M. (2007) 'From "Pure" to "Hybrid" Professionalism', <http://dx.doi.org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1177/0095399707304434>. Sage PublicationsSage CA: Los Angeles, CA, 39(6), pp. 761–785. doi: 10.1177/0095399707304434.
- Regeringen (2019) *Patienten først – nærhed, sammen hæng, kvalitet og patientrettigheder*. København. Available at: <https://sum.dk/Media/9/8/patienten-foerst-regerings-hovedpublikation.pdf>.
- Rognan, S. E. *et al.* (2023) "'The way you talk, do I have a choice?' Patient narratives of medication decision-making during hospitalization', *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1). doi: 10.1080/17482631.2023.2250084.
- Rose, N. (2009) *Livets politik : biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. [Virum]: Dansk Psykologisk Forlag.
- Rose, N. S. (2001) *Politics of life itself : biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Sodemann, M. (2024) *Pandemiernes pariaer*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Storm, I. M. S. (2012) 'Når patientuddannelse øger ulighed i sundhed 2012 Årg. 112, nr. 4 (2012)', *Sygeplejersken*, 112(4), pp. 90–93.

Sundhedsministeriet, I. (2002) *Sund hele livet: de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2010) *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen - en antologi*. Available at:

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/cff/etnisk/etnminoriteter_sundheds_antologi.pdf.

Sundhedsstyrelsen (2024a) *Danskernes sundhed Den Nationale Sundhedsprofil Midtvejsundersøgelsen 2023 - centrale udfordringer*. København. Available at:

www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Sundhedsprofil/WEB_Sundhedsprofilen_2023_KORT-a.ashx?sc_lang=da&hash=690D866CEA150C9C9010161FB322DB12.

Sundhedsstyrelsen (2024b) *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarder*. København.

The Danish Ministry of Health (2017) *Sundhed, hvor du er. Opfølgning på Udvalg om Det Nære og Sammenhængende Sundhedsvæsen*. København. Available at:

<https://www.regeringen.dk/media/4601/politisk-udspil-sundhed-hvor-du-er.pdf>.

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2016) *Revisionen af ni sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Teknisk gennemgang af de nye uddannelsesbekendtgørelser*. København. Available at:

<https://www.ft.dk/samling/20151/almdel/ufu/spm/170/svar/1331334/1643754.pdf>.

Vallgård, S. (2003) *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus: Magtudredningen. Aarhus Universitetsforlag.

Vedsted, P. and Frølich, A. (2023) 'Social ulighed i sundhed og multisygdom', *Ugeskrift for Læger*, V06230428.

Magtudredningen 2.0: Essay-serien

En central del af Magtudredningen 2.0 er en bred inddragelse af forskere, hvis forskning kredser om et eller flere af magtudredningens temaer. Som led i projektet blev der i foråret 2024 afholdt 15 forskerworkshops, hvor oplægsholdere efterfølgende blev inviteret til at omarbejde deres oplæg til et essay. Essay-serien er forfatternes perspektiver på centrale tematikker for en dansk magtudredning og har forfatterne som afsender.

Dette essays er en del af tema 11 i Magtudredningen 2.0's forskningsplan: Hvad er vilkårene for mødet mellem borgerne og centrale velfærdsorganisationer i det 21. århundrede?

De store velfærdsinstitutioner inden for socialområdet, sundheds-, beskæftigelses- og uddannelsessektorerne er nogle af de væsentlige kontaktpunkter mellem borgerne og det politiske system og er centrale for borgernes velfærd og deres oplevelse af legitimitet, magt og afmagt i forhold til det politiske system. Dette tema fokuserer på borgernes indflydelse på den hjælp, de modtager, de fagprofessionelles autonomi; og den magt der udøves i implementeringen af de politiske beslutninger herunder inden for politiet som en del af statens voldsmonopol. Temaet omhandler også den digitale udviklings indvirkning på mødet mellem borgerne og de fagprofessionelle, samt om der opstår teknologibaserede kløfter mellem borgergrupper.