

02-11-2025



Ulighedens drejebog
Fagligt Selskab for gastroenterologiske
sygeplejersker, er ved at planlægge
vores årsmøde 2025.

Professor Kristian Larsen

Forskningsleder Center for Sundhedsfaglig forskning UCSF

Kristian.larsen@regionh.dk

Gastroenterologiske sygeplejersker årsmøde 2025

- <https://open.spotify.com/episode/6CjVxCRFQpjtTv4bGBCPIR> Podcast om sundhedskapital
- <https://samfundslitteratur.dk/bog/sundhedskapital>
- [Ivan Harsløf](#), Clare Bambra og jeg har forsøgt at anvende Sundhedskapital på et større Europæisk datamateriale - og netop fået udgivet på Social Theory and Health.
- <https://trebuchet.public.springernature.app/.../ecbc6511...>
- Begrebet har været mange år undervejs også ift. sundhedsprofessionelles kropslige investeringsstrategier
- nk.springer.com/article/10.1057/s41285-020-00151-z
- og på dansk
- [http://praktiskegrunde.dk/.../praktiskegrunde\(2020-1+2e...](http://praktiskegrunde.dk/.../praktiskegrunde(2020-1+2e...)
- Jeg har også skrevet en bog om ændring af felter, statslig frisættelse som oplæg til øget differentiering i arbejdet med kroppen: <https://samfundslitteratur.dk/bog/sundhedskapital>
- her formidles centrale bourdieubegreber også.
- Desuden om det løbende konstruktionsarbejde
- [http://praktiskegrunde.dk/.../praktiskegrunde\(2021-1j...](http://praktiskegrunde.dk/.../praktiskegrunde(2021-1j...)

Et par links

- Så sej er din sygdom:
- <https://videnskab.dk/krop-sundhed/saa-sej-er-din-sygdom/>
- Ulighed i sundhed truer sammenhængskraften:
<https://patientsikkerhed.dk/interview-med-professor-ulighed-i-sundhed-truer-sammenhaengskraften/>
- Norsk ulighedsrapport:
[https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/199943250/Larsen_Hansen_2013_Social](https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/199943250/Larsen_Hansen_2013_Social_ulighed_i_sundhed_mere_vilk_r_end_valg.pdf)
- Kronikker I information:
- Får vi også en sundhedskanon? https://www.information.dk/debat/2008/03/faar-ogsaa-sundhedskanon?lst_cntrb
- <https://www.information.dk/debat/2009/03/betaler-investere-egen-sundhed>
- Myter og sandheder om sundhed og ulighed,
https://www.information.dk/debat/2008/08/myter-sandheder-sundhed-ulighed-privatisering?lst_cntrb

Forandringerne & nyt udskilningsløb

—
måske også relevant for
gastroentologiske sygeplejersker!

Nye former for ulighed



• 1 Samfundet

- Globale forandringer; Statens og politiske forandringer – 'Statslig frisættelse' – 'individualisering' – 'Klar dig selv' – barnepige! – 'far er vred'!
- Patient, bruger, for-bruger, kunder! 'hver sin egen sundheds smed'!

• 2 Professioner og viden

- Specialisering, arbejdsdeling – 38 med. specialer, 35 i sygeplejen
- Videnskab, evidensbaseret viden, erfaringsbaseret viden
- Teorier (krop eller det fysiske miljø); Medikamenter (lægemidler) & teknologi (måleredskaber, scanner)

• 3 Institutionerne, fx hospitalet

- Takstordninger, effektivisering, produktivitet, flow; 40, 25, 16,1 (1960); 9,5 (1981); 5,2 (2002); 3,0 (2019) & ambulant

• 4 Sygdom og patient

- Præ-patienter, objekt/subjekt & sundhedsøkonomer?
- (Larsen 2009, 2010 & 2021, Brodersen og Jønsson 2022)



Udfordringer og muligheder

- Der er mere **heterogene** brugergrupper
- Der er øget omfang af konkurrerende og sammensatte lidelser (**co-morbiditet**),
- Der er konstant stigende **individualisering** af muligheder for og krav fra brugerne
- Der er øgede udfordringer med **privilegerede og ikke-privilegerede** grupper ("ulighed i sundhed").

(Larsen og Emmerik 2014)

- Kroppe sundhedsopfattelser



Hvilke forandringer har i oplevet i gastroenterologien?

Fx teknologier, patienttyper

Udfordringer og muligheder

- Relativt **mange** patienter der behandles
- Patienter bliver indlagt på relativt **få** hospitaler
- Hospitalerne er relativt **store** og komplekse
- Patienter indlægges relativt **kort** tid
- Flere **sygdomme**, patienter kan fejle og behandles for
- Arbejdsprocesser mere **effektiviserede og rationaliserede**
- Viden **demokratiseret**
(Larsen 2009, 2010, 2021)

Sektorovergange (Task-shifting):

- Arbejdsopgaver forskydes
 - Sekundær  Primær
 - Offentlig  Privat
 - Læge  Sygeplejerske
 - SOSU assistent  Pårørende
 - Fagperson  APP

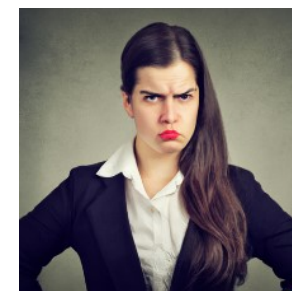
Overdiagnosticering – sundhedstjek, monitorering -

- ▶ Driverne er;
 - ▶ **patienter** er mere informerede og bekymrede;
 - ▶ nye **teknologier** opdager flere sygdomscases;
 - ▶ **sygdomme** ekspanderer og man vil opdage 'tidlige stadier';
 - ▶ **professionerne** har overfokus på diagnoser og udøver defensiv medicin dvs. hellere overbehandle end at blive retsforfulgt for at underbehandle;
 - ▶ **industrien** promoter og forbedrer tests og behandlinger;
 - ▶ **lovgivning** medvirker til defensiv medicin og påvirker at man er bange for at overse sygdomme
- ▶ (Hofman 2014, in Larsen 2021).



Ditlev. Sød, charmerende, kaotisk, sløset, spiller på appel, ukritisk, inkompetent men har kapitaler og kompetent netværk

Anne-Sophie. Forstyrrende, egenrådig, overtænkende, kritisk, sygdomsangst, kompetent



Høj kapitalmængde (**kulturel sundhedskapital**)
Stort opmærksomhedskapital
Forhandlingskompetencer
Strategikompetencer
Elitesprog

Vækker empati
Får tilgivelse
Spontan omsorg
Venlighed

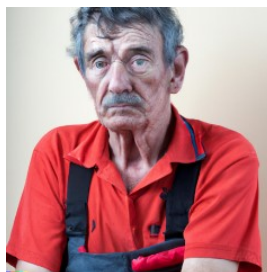
Vækker antipati
Får skæld ud
Møder modstand
Mærkværdiggørelse



Karl-Erik. Stille, uanselig, skjult alvorlig sygdom, kedelig, ukritisk, ingen redskaber, inkompetent

Lav mængde af kapitaler
Ingen opmærksomhedskapital
Ingen forhandlingskompetencer
Ingen strategikompetencer
Hverdagssprog

Connie. Multisyg, uforudsigelig, doven, ukritisk, stigmatiseret, inkompetent



Hvem ville du være mest udfordret af at møde som sundhedsprofessionel?



Anne-Sophie



Connie



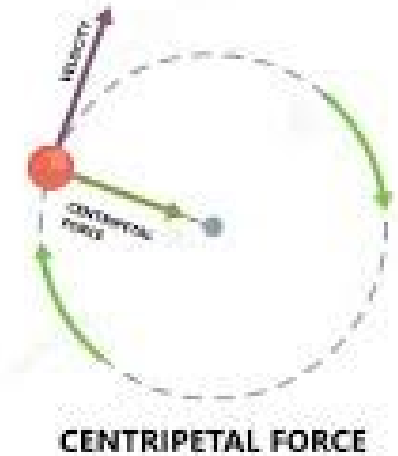
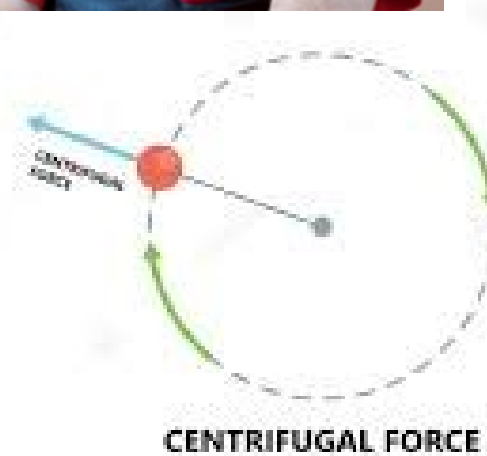
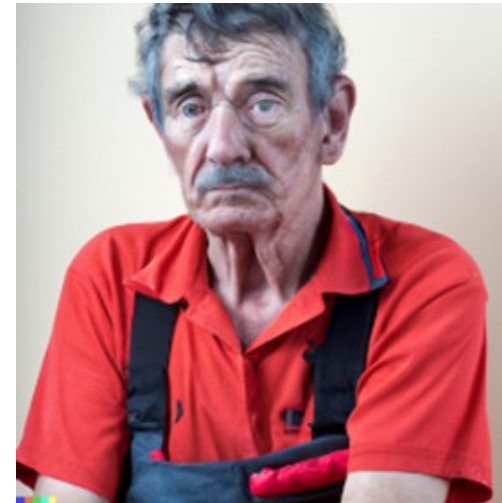
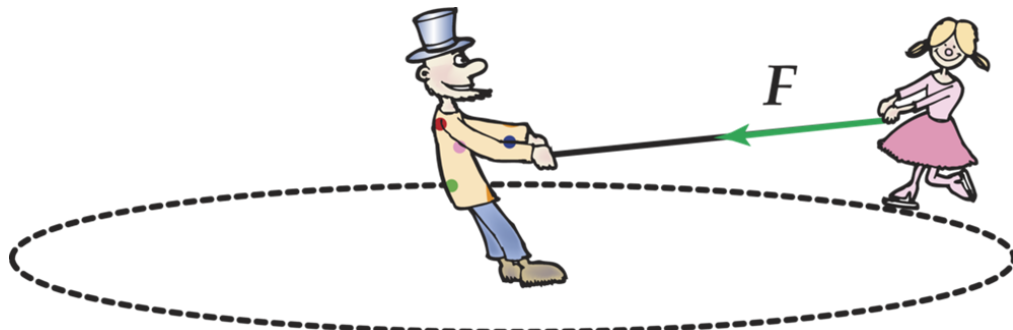
Karl-Erik



Ditlev

- ... aktuelt praktiserer vi en *social centrifugalkraft* der skubber svage grupper yderligere ud, mens de privilegerede grupper styrkes og samler sig i midten via en *centripetalkraft*

- (Larsen & Sodemann 2024, s. 184).





Sundhedskapital

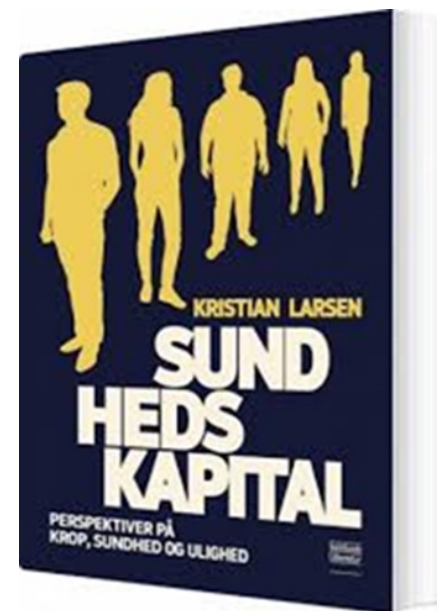
02-11-2025

Gastroenterologiske sygeplejersker årsmøde 2025



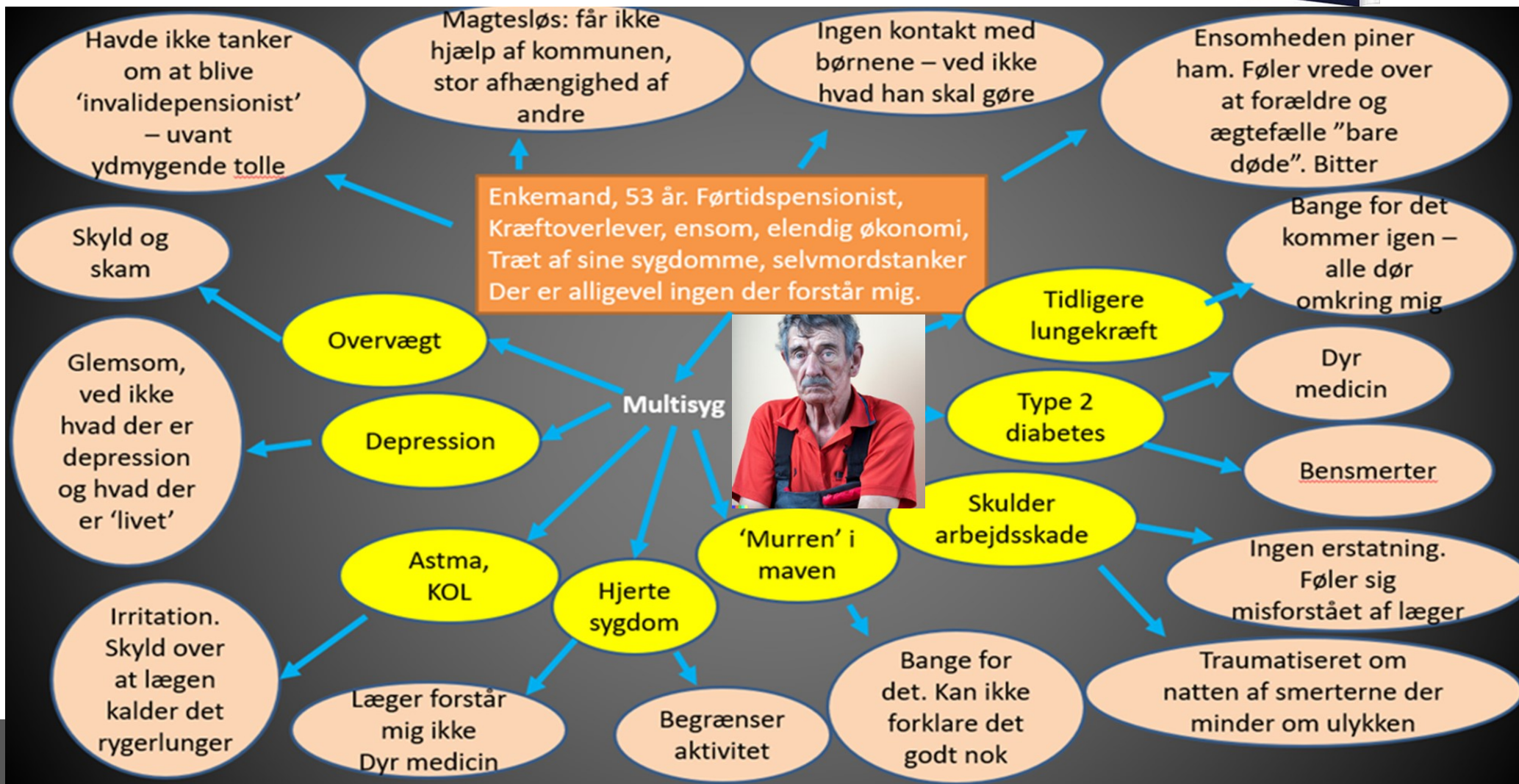
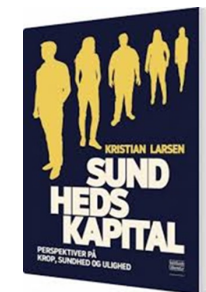
(De sunde) kroppe investerer i kroppen og får støtte i sundhedsvæsnen - centripetalkraft

- **Staten siger:** Hold øje med din krop. Den skal trimmes, justeres, smøres og vedligeholdes. Vi må prioritere og der er knaphed på penge. Pas godt på dig selv.
- **Sundhedspræsteskabet siger:** Husk KRAMS faktorerne. Se normal ud.
- **Forskningen siger:** Du er nok ikke rask. Du skal være aktiv, træne og spise rigtigt. Der kan gemme sig sygdom i dine gener og celler.
- **Sociale medier siger:** Du skal adskille dig og gøre en forskel, vis dig frem på FB, instagram og twitter
- **Industrien siger:** Køb apps, løbesko, 'smarte stoffer,' få kortlagt dit DNA, 'har du depression', 'her er lægemidler til lige netop dig'



Hvem er så de sårbare og svage grupper

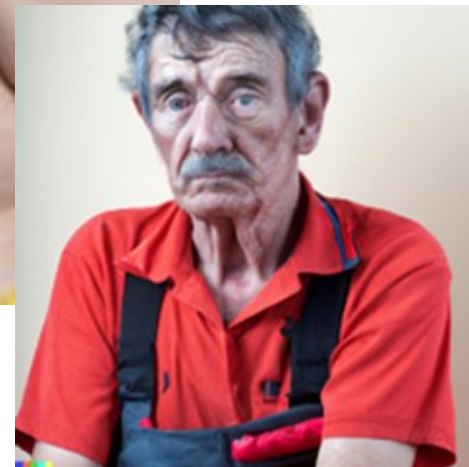
(De usunde) kroppe investerer usundt og taber sundhedsvæsenet - centrifugalkraften



De som ligner os får mere

Vi ved at de patienter, der er rundet af en kultur og nogle **værdier**, der ligner sundhedspersonalets, de er bedre til at få deres sag igennem. De bemestrer **det sprog og den tænkemåde** som dominerer i sundhedsvæsenet.

De ressourcestærke borgere er vant til at **søge indsigt og forhandle både på sundhedsområdet og generelt**. Derfor ringer de oftere til sygehuset og systemet er tvunget til at reagere. **Cultural health Capital, Health capital**



Normalisering af ulighedspraksisser

- 'Du kommer næsten i fængsel – eller til samtale med forstanderen) hvis du **ikke spritter hænderne af** på den rette måde () hvis du **giver 13 (15) milliliter laktulose** til patienten



- **ULIGHED ER NORMALEN** – upåagtet
- Men når det kommer til social ulighed, ***er der ingen konsekvenser.*** Der er ingen institutionelle regler, der siger, at du skal stilles til ansvar, hvis du overser en patient, der har brug for mere hjælp end du giver ham.
- ***Ingen chefer kalder dig ind til samtale, hvis du ignorerer de uretfærdigheder, der foregår.***
- Lokale prominente patienter får særlig god behandling, pleje og omsorg!

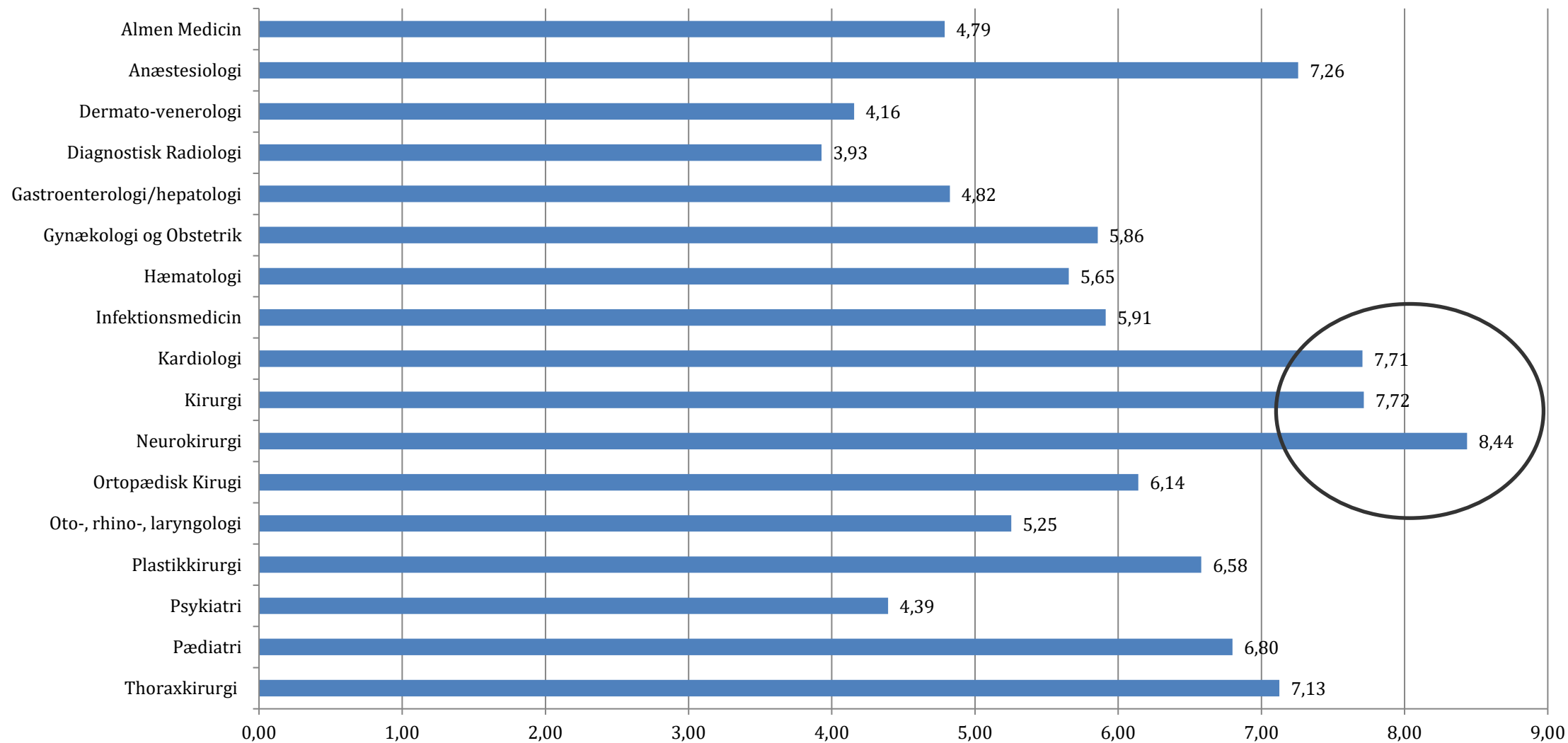
- **ULIGHED ER NORMALEN** –
upåagtet -

Normalisering af ulighedspraksisser

- Jeg forstår din pointe – du vil gerne visualisere et sociologisk budskab
- Jeg kan godt hjælpe med at skabe et billede, men vil lige afklare: Det er en stærk og følsom scene, som kan vække mange reaktioner.

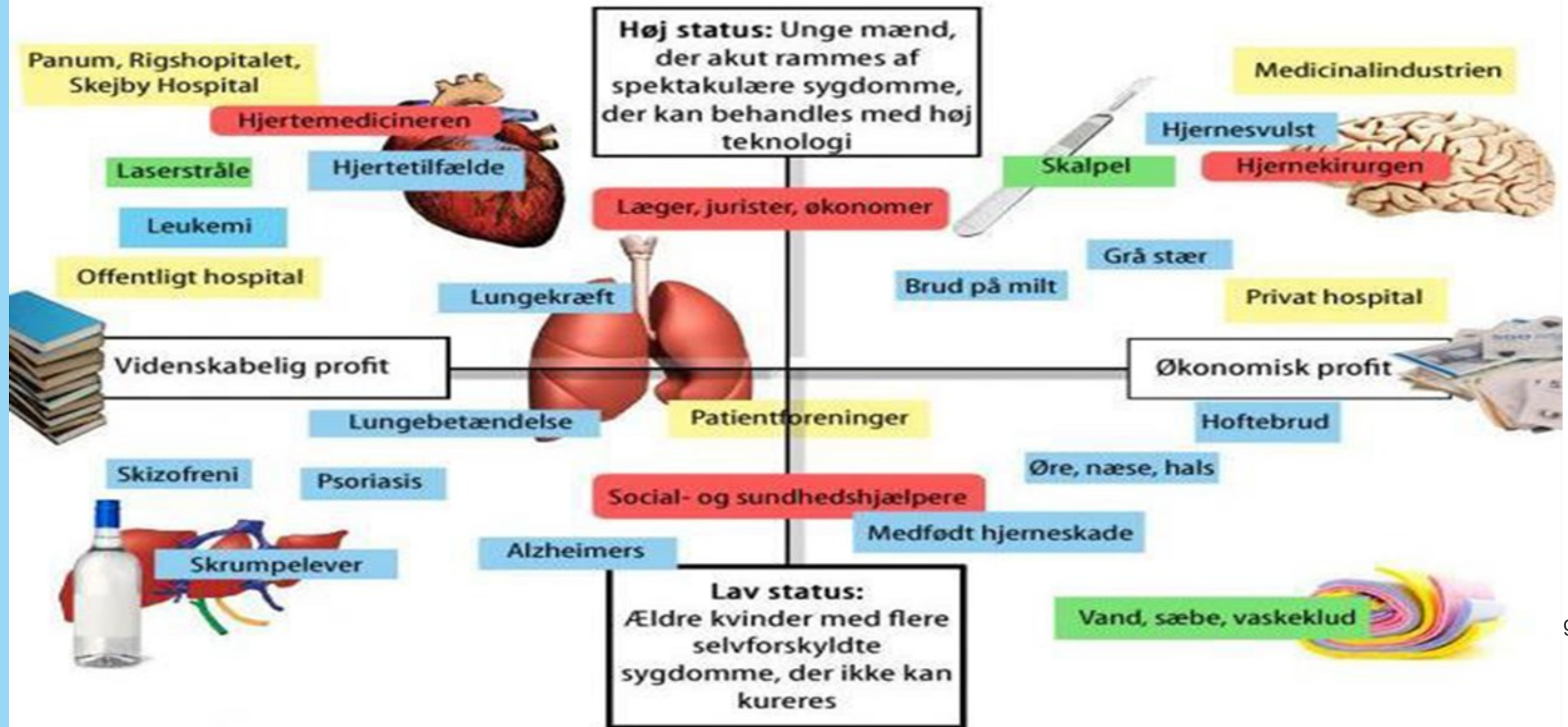


Diagnose hierarki



• Hindhede & Larsen 2019 – Larsen (2012 <https://videnskab.dk/krop-sundhed/saa-sej-er-din-sygdom/> videnskab.dk (så sej er din sygdom))

Ulighed i diagnose



Hvordan er jeres prestige hierarki på jeres område?

- Diagnoser
- Behandlingsformer
- Patienttyper

Diagnoser, indgreb og behandling i gastroenterologien

- **Høj status:**

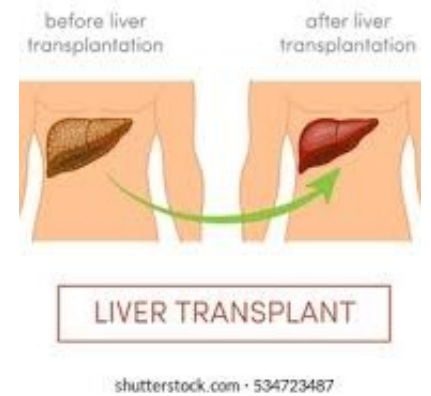
- levertransplantation, pankreaskirurgi, ERCP – avanceret, livsreddende, teknologitung. (*ung, samarbejdende, heroisk*)

- **Mellem status:**

- IBD (Crohn, colitis ulcerosa) – kronisk men biologisk verificerbar, 'Synlige' og forskningstung.

- **Lav status:**

- funktionelle lidelser (IBS, dyspepsi) – usynlige, kvindedominerede, uden biomarkører. (*ældre, 'krævende', irreversibelt*)
- Evidenslogik og finansiering (DRG, forskningsmidler) favoriserer det invasive og målelige. (Album, 1991; Larsen & Hindhede, 2019; Norredam & Album, 2007; Bowker & Star, 1999).



Vælg din sygdom og væremåde med omhu

- Du skal helst passe godt ind:
- **diagnose** (helst blot *en diagnose (helst kræft) i et organ der matcher et speciale*)
- **terapi** (at der er en *behandling som er evident og giver gode resultater*)
- **økonomi** (at behandling og intervention er *rentabelt økonomisk*)
- **selvaktivitet** (at patienten selv er *pro-aktiv og deltagende i sygdomsbehandlingen*)
- **profession & prestige** (at *interventionen øger professionernes anseelse og jobtilfredshed*)

Socialisering til ulighed

- Ulighedens skjulte læreplan
 - Fokus på hospital, læger og sygeplejersker

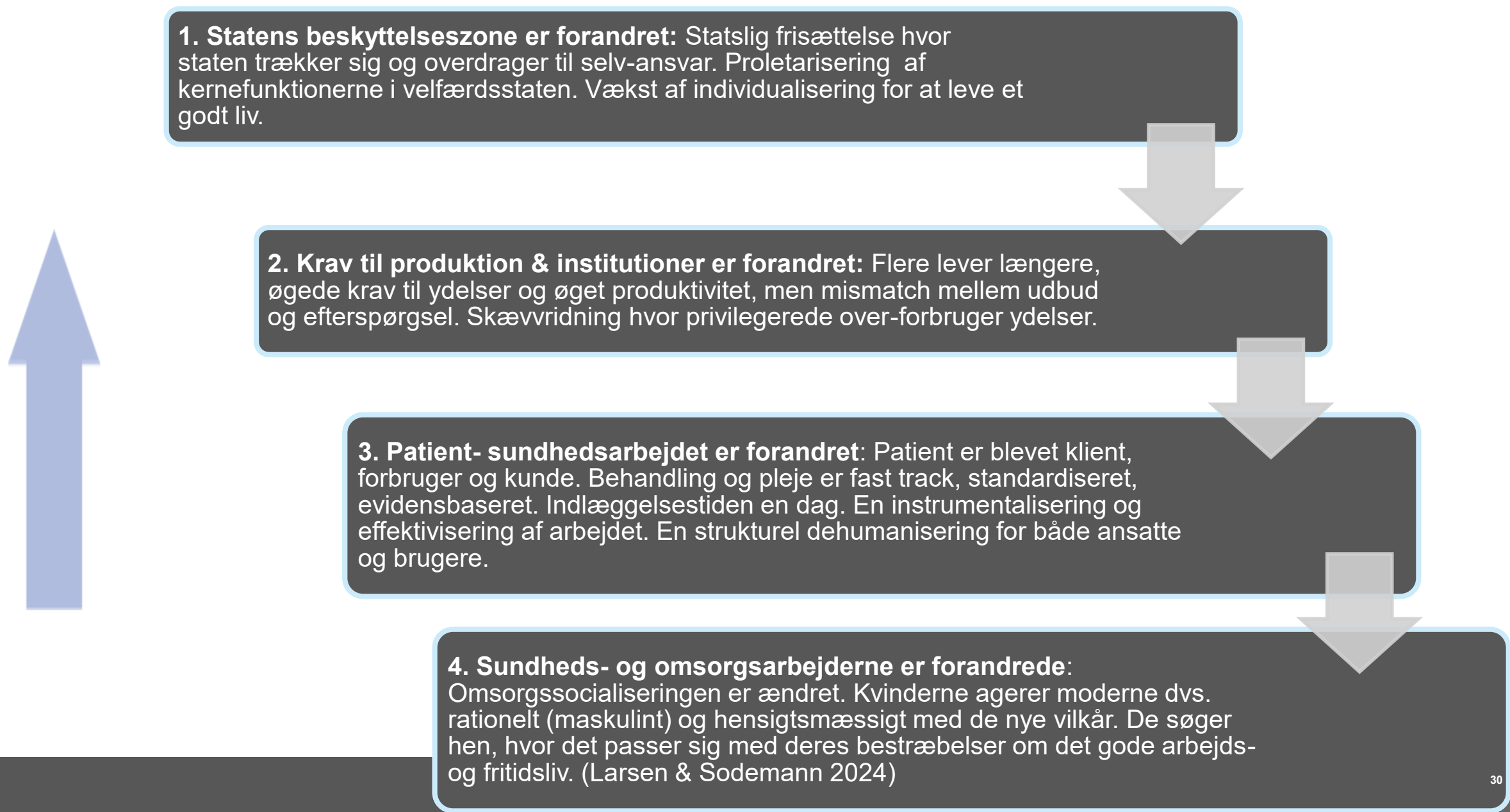
Socialisering i sygeplejen

Objektiverede beskrivelser	Startfase & UDE	Midtfase & PÅ VEJ IND	Slutfase & INDE
Fysisk og mental orientering	Orienteret mod patientstue , linnedepot, gangarealer. Besøger kontoret og kontorlandskabet.	På vej fra patientstue, madvogn og linnedepot til kontorlandskab.	Orienteret mod kontorlandskab . Besøger sygestuen, skyllerum og depoter.
	Egen situation Hvordan ville <i>jeg</i> selv have det (i den patients situation)?	Patientens situation . Hvordan har <i>patienten</i> det med det (i den patientsituation)?	Systemets situation . Hvad kan vi gøre orienteret mod, hvilke midler har vi til rådighed, når en patient har det sådan?
Udsagn ift smerte og patienter	Dora Jensen har ondt i maven!	Fru Jensen, stue 2, seng 3 har smerter i maven!	Chrohndamen, stue 2, seng 3 har abdominal-smerter!
Position i relation til aktiviteten.	Udenfor . Observatør, studerende.	På vej ind . Patientens advokat.	Indenfor . Systemets (medicinsk) advokat.

Emotionelt arbejde under pres

- **Empatisk afkobling:** Analytisk set anvendes *bevidst empatisk af-kobling eller direkte forebyggende antipati*, hvis vi oplever at patienten er: besværlig, ikke vil blive i patientrollen, ikke bliver rask, får komplikationer eller bivirkninger...
- **Moralsk distress:** Spænding ift. det emotionelle arbejde som *moralsk distress*. Idealer kan ikke efterleves pga. *ressourceknaphed, institutionelle praksisser, tidsmangel* udfordrer fx i psykiatrisk sygepleje (Jansen et al. 2020).
- **At kigge væk:** Oparbejdede og kropsliggjorte – som indebærer øjenkontakt udfordres i arbejdet – *‘man kigger væk’*. (Thomassen og Larsen 2015).
 - Larsen & Sodemann 2024





1. Statens beskyttelseszone er forandret: Statslig frisættelse hvor staten trækker sig og overdrager til selv-ansvar. Proletarisering af kernefunktionerne i velfærdsstaten. Vækst af individualisering for at leve et godt liv.

2. Krav til produktion & institutioner er forandret: Flere lever længere, øgede krav til ydelser og øget produktivitet, men mismatch mellem udbud og efterspørgsel. Skævvridning hvor privilegerede over-forbruger ydelser.

3. Patient- sundhedsarbejdet er forandret: Patient er blevet klient, forbruger og kunde. Behandling og pleje er fast track, standardiseret, evidensbaseret. Indlæggelsestiden en dag. En instrumentalisering og effektivisering af arbejdet. En strukturel dehumanisering for både ansatte og brugere.

4. Sundheds- og omsorgsarbejderne er forandrede: Omsorgssocialiseringen er ændret. Kvinderne agerer moderne dvs. rationelt (maskulint) og hensigtsmæssigt med de nye vilkår. De søger hen, hvor det passer sig med deres bestræbelser om det gode arbejds- og fritidsliv. (Larsen & Sodemann 2024)

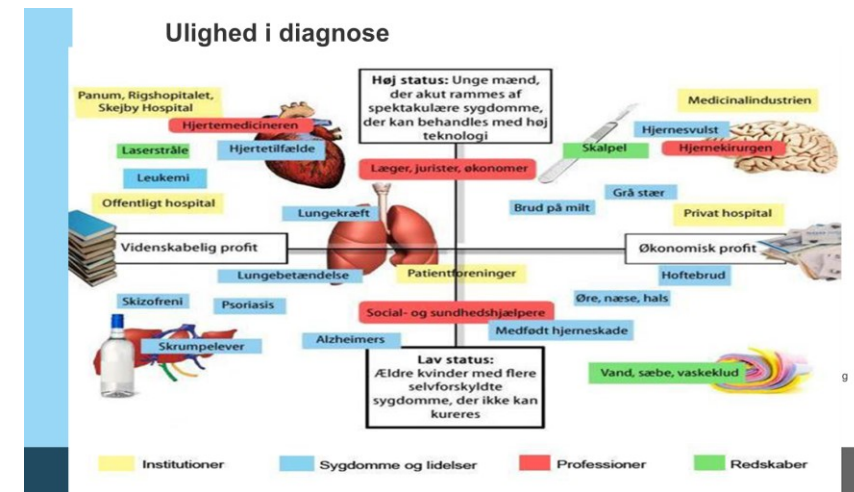
DSR udspil 22.9.25 & oplæg til DSR



- ▶ Udnytte 'forbeholdt virksomhedsområde'
- ▶ Ex på innovation, gode erfaringer (evidens)
- ▶ Forebyggelse og tidlig intervention
 - ▶ Klinisk lederskab - Hjemmebehandling
 - ▶ Forebygge indlæggelser - Kommunale sygeplejersker - Specialuddannelser
- ▶ Omsorg (2)
- ▶ Ulighed (8)
- ▶ Forskning (2/5) 'i kommunal sygepleje',
- ▶ Ph.d.: (2/5) 'regioner og kommuner bør øge antallet af ph.d.-forløb'

Mange forhold spiller sammen – klumper sammen

- ▶ Ung
- ▶ Akut – behandlbare (progression)
- ▶ Rene, ærbare sygdomme
- ▶ Fin, ny spektakulær teknologi/indgreb
- ▶ Gammel
- ▶ Kronisk – irreversibelt (regression) – syndromer
- ▶ Beskidte-banale sygdomme
- ▶ Lavteknologi-trivielle



Hvilken rolle har vi: Sygeplejersker . . undervisere, studerende, ...

- Vi ER VELFÆRDSSTATEN
- ”De studerende, underviserne, klinikerne og os som forskere vi ’er’ velfærdsstaten. Vi er *købt og betalt af den*. Vi står i gæld til den og er ansvarlige overfor den. Vi skal være bevidste om, at vi arbejder inden for institutioner, der er bygget op omkring velfærdsstatens ideologi, som tilsiger, at de stærke skuldre skal bære mest. *Vi er blandt andet de skuldre..*,”
 - Interview af Kristian Larsen i Uddannelsesnyt, sygepleje af Lotte Evron in press 2024

I uddannelse, klinik og forskning

- *Vi skal have en kritisk refleksion i hver en afdeling og i hver en klinik, hvor man overvejer, **hvordan vi bidrager til ulighed i behandlinger, pleje og omsorg for patienterne?** Først skal det afdækkes.*
- *Dernæst; **hvad skal vi gøre anderledes? Hvordan honorerer og motiverer vi til god behandling af mindre privilegerede patienter?***
- *Skal vores procedurer og manualer laves om?*
- *Er der nogen udsatte grupper, vi skal gøre noget særligt for?*
- *Er der grupper, som skal have færre ydelser?*
- *Skal vi gå længere op til ledelsen, eller skal vi skrive en kronik i avisen. Altså være lidt aktivistiske på det.*
- *Men det første og vigtigste skridt er at skabe bevidsthed om ulige praksisser, og så agere på det.*
 - *(Kristian Larsen i interview uddannelsesnyt ved Lotte Evron dec24)*

Hvem kan ændre på dette?

- 1. **Analytisk:** Uddannelsen kombinerer omsorgsforpligtelse med kritisk refleksion /kritisk teori.
- 2. **Kernefaglighed:** Professionen har været/er/bør være båret af etik, værdighed, omsorg og helhedsforståelse.
- 3. **Volumen:** Sygeplejersker er den største faggruppe i sundhedsvæsenet – og dermed en kollektiv kraft – døgnvagt, alle sektorer
 - Larsen kronik Information <https://www.information.dk/debat/2025/06/kaere-sygeplejersker-styrken-bekaempe-ulighed-sundhed>

Hvor er du som gastroenterologisk sygeplejerske i dette?

Vi har også forslag

- **Medicinsk Ligheds Vurdering (MLV)** - På et overordnet, idealistisk niveau kræver en forskydning fra fokus på lige adgang til sundhedsydelser til lige udbytte af dem, at politikerne gentænker velfærdsstaten og dens institutioner og professioner. Hvem skal ressourcerne bruges på?
- **Patientdirektør** - Rigsrevisionen undersøgte i 2019 om regionerne gør det de forventes at gøre på sundhedsområdet og resultatet var nedslående (Rigsrevisionen 2019). Rigsrevisionens rapport medførte at Sundhedsministeriet efterfølgende ville følge, hvad der så poetisk blev kaldt "ikke-begrundede forskelle i behandlingskvalitet".
- **Hof-etiker** - Hvis sygehusledelsen er modig, kan den overveje at udnævne en "djævelens advokat" eller en "hof-etiker" på hver afdeling og hvis opgave er at holde fast i grundlæggende etiske værdier, lighedsprincipper, fastholde patientperspektivet og løbende referere til patientdirektøren
- **Lighedskompass** - Det vil være produktivt at ledelsestrengen aktivt arbejder med et tværgående værdisæt, et lighedskompass, der er gældende for hele organisationen
- **Empati – tvetydighedstræning** - Løbende empatitræning skal tjene til at modvirke empatisk afkobling b.la. gennem narrativ medicin (Rasmussen et al. 2021a). Der er evidens for at træning i narrative medicinske metoder kan bevare empati og indlevelse i mindst 10 år efter træningsprogrammet (Rasmussen et al. 2021b)
- **Kritik – kritisk refleksion** – kritik som eftertænksomhed: "kan det tænkes på andre måder", faglig udvikling; 'samfundsudvikling gennem kritik (Larsen et.al. 2017 p. 330 – gratis, open access)
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/19>

Tak for ordet



- »Ulighedens drejebog« – en nødvendig opsang (ugeskrift for læger)
- 'Ulighed er valgt, ikke en naturlov' (sundhedsmonitor)
- ..Som læge er det umuligt ikke at føle sig ramt, for bogens konklusioner afslører vores fælles ansvar og nødvendigheden af handling – både som sundhedsprofessionel og som samfundsborger.
- Kig på USA og England, hvis du vil se et forstørret billede af resultaterne af langt mere liberalistiske tænkemåder. På længere sigt har vi ikke råd til ikke at passe på velfærdsstaten.

- Larsen, K., & Sodemann, M. (2024). Ulighedens drejebog: sådan virker social ulighed i sundhed. Samfundslitteratur, København Danmark <https://samfundslitteratur.dk/bog/ulighedens-drejebog>
- Larsen, K., Cutchin, M. P., & Harsløf, I. (2013). Health capital: New health risks and personal investments in the body in the context of changing Nordic welfare states. I K. Larsen, M. P. Cutchin, & I. Harsløf, *Changing Social Risks and Social Policy Responses in the Nordic Welfare States* (s. 165–188). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137267191_8
- Larsen, K., Hindhede, A. L., Larsen, M. H., Nicolaisen, M. H., & Henriksen, F. M. (2020). Bodies need yoga? No plastic surgery! Naturalistic versus instrumental bodies among professions in the Danish healthcare field. *Social Theory & Health*, 1-20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00151-z>
- Larsen, K. Rekonstruktion af sundhedskapital. Tidsskriftet Praktiske Grunde, 2021. [https://praktiskegrunde.dk/2021/praktiskegrunde\(2021-1j\)larsen.pdf](https://praktiskegrunde.dk/2021/praktiskegrunde(2021-1j)larsen.pdf) Link is to Danish version. *English version is available in Canvas.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of health and social behavior*, 51(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
- *Bourdieu, P. (1998). On the Fundamental Ambivalence of the State. *Polygraph. An International Journal of Culture & Politics*, 10, 21–32.
- *Rose, N. (2006). Governing «Advanced» Liberal Democracies. I A. Sharma & A. Gupta (Red.), *The anthropology of the state: a reader*. Blackwell.