

131 ANNA SCHNEIDER-KAMP

Adjunkt, Institut for Marketing og Management, Syddansk Universitet

HELLE LYKKE NIELSEN

Lektor, Institut for Historie, Syddansk Universitet

JYTTE ISAKSEN

Lektor, Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet

KLAUS GEYER

Lektor, Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet

JOHANNA LINDELL

Postdoc, Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital

MORTEN SODEMANN

Professor, Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Overlæge, Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital

PATIENTOLOGIEN NYFORTOLKET

Traditionelt betegner begrebet patientologi den videnskabelige undersøgelse af patienter fra medicinsk sociologiske og medicinsk antropologiske perspektiver, ofte med afsæt i en sundhedsfaglig tilgang. Forståelsen for, hvad det betyder at være patient, og hvilken rolle patienter spiller i sundhedsvæsenet, har dog undergået væsentlige forandringer i takt med, at der er kommet øget fokus på begreber som patientinddragelse, patient *empowerment* og patienten i centrum. Hertil kommer, at mange borgere i dag forventer en mere personlig behandling, samtidig med at sundhedsprofessionelle aktører er kommet under yderligere pres for at yde en bedre og mere effektiv pleje og behandling. I denne artikel nytænker og videreudvikler vi begrebet patientologi baseret på en tværvidenskabelig tilgang, hvor mennesker, der møder sundhedssystemet, antages at besidde en sundhedskapital (Schneider-Kamp) og samtidig er omdrejningspunkt i

et netværk af relationer med andre sundhedsaktører, herunder sundhedsprofessionelle og pårørende. Patienters sundhedskapital former ikke kun deres sundhedsrelaterede praksisformer, men påvirker også den kommunikation, der foregår mellem dem og andre sundhedsaktører, hvilket igen har indflydelse på aktørernes indbyrdes relationer og dermed på magtfordelingen i sundhedsfeltet. Ved at sammentænke begrebet sundhedskapital, der er udviklet med udgangspunkt i Bourdieus forståelse af kapitalformer, og Ernsts kontekst-sensitive kommunikationsmodel nyfortolker vi patientologi-begrebet med et skærpet fokus på patientperspektivet og udvikler på basis heraf en model for patientologi.

Vores model for patientologi og dens anvendelighed illustreres gennem en analyse af en patientcase fra sundhedsfaglig praksis. Casen eksemplificerer, hvordan modellen kan bidrage til forståelse af patienters interaktion og kommunikation med andre sundhedsaktører. Modellen kan dermed bruges som et teoretisk funderet grundlag til at udvikle værktøjer, som kan bidrage til at forstå patienters perspektiv, tilpasse den indbyrdes kommunikation, øge patienters og pårørendes sundhedskundskaber og nå frem til en mere balanceret fordeling af behandlingsbyrden, jævnfør begrebet *Burden of Treatment* (May m.fl.). Artiklen er struktureret som følger: Efter et kort overblik over patientologi-begrebets oprindelse nyfortolker vi begrebet. Derefter udvikler vi en model for det med afsæt i begrebet sundhedskapital og diskuterer kulturelle ressursers og kommunikationens betydning for patientologi. Dernæst præsenterer og analyserer vi patientcasen og demonstrerer derigennem modellens potentiale som analytisk linse og fundament for udvikling af værktøjer, inden vi afslutningsvis argumenterer for et helhedsorienteret syn på patienter, der integrerer både sociale, kulturelle, økonomiske og kommunikative aspekters rolle i behandlingssammenhænge.

PATIENTOLOGI

Patientologi kan som begreb føres tilbage til 1970'erne, hvor sygeplejerske og antropolog P.J. Brink ønskede at fokusere på mennesket, der er i kontakt med sundhedsvæsenet, fremfor at have sundhedssystemet og de ansatte

som omdrejningspunkt ("Patientology: just another ology?"; "Patientology One More Time"; "Patientology: Toward the Study of Patients"). Indsigter fra og om patienter har også længe været efterlyst blandt læger. I en leder i tidsskriftet *Archives of Internal Medicine* kunne man i 1981 læse, at: "[...] da mange læger ikke er opmærksomme på de adfærdsmæssige og psykologiske aspekter af deres patienter på grund af et fravær af et systematisk program i det medicinske curriculum, der kan oversætte lægens interesse i patienter til den egentlige medicinske praksis, bør der etableres et nyt dedikeret felt inden for medicin, som måske kan kaldes 'patientologi'" (Colón 1110)). Studiet af patienten blev på det tidspunkt anset for at være et tværgående fundament for lægelig praksis på linje med klassiske fag som farmakologi og patologi (Leigh). Alligevel er faget i 2021 stadig ikke en del af lægeuddannelsen i Danmark.

Det sidste årti har begrebet dog gjort sit indtog ved de danske sygeplejerskeuddannelser (Angel m.fl.). Hall og Graubæk (49) betegner patientologi som "et råd til sundhedspersonalet om, at patienter er mennesker, og at personalet kan lære af, hvad mennesker i sundhed og sygdom og lidelse fortæller om at være i de situationer". Patientrollen undergår i disse år en betydelig forandringsproces (Varul), hvor mange nyere trends i sundhedssystemet flyder sammen og nødvendiggør et patientologisk perspektiv på disse forandringer. En af disse trends er det patientcentrerede sundhedssystem (Danske Regioner; Department of Health), som har sit udgangspunkt i idéer fra psykosociale videnskaber i 1970'erne, samt udviklingen af almen praksis i afgrænsning fra speciallægeområdet i 1980'erne og 1990'erne (Mead og Bower). Patientcentreret pleje og behandling er blevet beskrevet som en modpol til sundhedsvæsenets "paternalistiske tradition" såvel som et implementeringsredskab (Jønsson m.fl.). Tilgrænsende begreber er bl.a. patientinddragelse, *patient empowerment*, patientdeltagelse og patientaktivering (Fumagalli m.fl.).

Patientologi har det til fælles med alle førnævnte begreber, at der mangler definitioner, som forskellige sundhedsaktører kan enes om (Fumagalli m.fl.). De definitioner og begrebslige afklaringer, der findes i litteraturen og i forskellige sundhedsstrategier, har derudover det til fælles, at de næsten udelukkende tager udgangspunkt i et sundhedsfagligt perspektiv,

hvor sundhedsprofessionelle og deres kompetencer står i centrum. Forskellen er dog, at den traditionelle patientologi i modsætning til førnævnte begreber ikke sigter mod at øge patientens selvstændighed og handlekraft gennem forbedrede sundhedskompetencer, men derimod at videreudvikle de sundhedsprofessionelles viden om mennesker med sygdom.

Ifølge Brink ("Patientology One More Time"; "Patientology: Toward the Study of Patients") omfatter begrebet patientologi mindst fire områder, nemlig patientens perspektiv, patientrollen, patientens kulturelle kontekst og offerrollen. Patientens egen fortælling vil oftest være indgangen til patientologi ud fra den antagelse, at patienten ikke bare er patient, men også et menneske med en unik historie i en kulturel kontekst.

Allerede i 1951 blev sygerollen af Parsons forstået som en social konstruktion. Han beskrev den som en midlertidig konstruktion, der skærmer patienten fra de krav, samfundet almindeligvis stiller til sine borgere, og forpligter samfundet til at tage sig af patienten, samtidigt med at denne forpligtes til at bidrage efter bedste evne til egen udredning og genopretning (Parsons). Rollen som patient eller syg er med andre ord bygget på princippet om "gensidighed og anerkendelse". Den sociale sygerolle har siden været under forandring, og Parsons oprindelige tanker er kommet under kritik i lyset af den voksende betydning af kronisk sygdom og livs-stilrelateret forebyggelse, hvor den skarpe afgrænsning mellem at være *syg* og *patient* versus *rask* og *ikke-patient* ikke længere kan opretholdes (Varul).

Når sundhedsprofessionelle skriver om patientrelaterede forhold, sker det ofte ud fra et sundhedsprofessionelt perspektiv. Sygeplejens for-tjeneste har været at indføre patientologi i diskursen, så det bliver tydeligt, at patienters møde med det sundhedsprofessionelle system bl.a. også afhænger af deres sociokulturelle baggrund. Med denne artikel ønsker vi at udforske yderligere, hvordan dette møde udspiller sig på forskellig vis afhængigt af patientens kulturelle og socioøkonomiske forhold. Ved at inddrage flere perspektiver på patientrollen åbnes der for en mindre kategorisk tilgang, der i højere grad tillader at analysere fx magtforhold mellem patienter og andre sundhedsaktører. Formålet er således at skabe et teoretisk grundlag for kritisk patientologi, som indtager, udvikler og anvender et helhedsorienteret patientperspektiv. Et sådant perspektiv er i

sig selv ikke noget nyt og praktiseres allerede i en vis udstrækning i sygeplejen, men der er ofte tale om et mere flydende begreb end om indlejret praksis, og der mangler tit en teoretisk underbygning (Høgsgaard). Gennem en i højere grad teoretisk funderet helhedsforståelse fremmes den patientologiske indsigt, som er nødvendig for at finde balancen mellem at styrke patientens sundhedskompetencer og øge de sundhedsprofessionelles patientkompetencer.

SUNDHEDSKAPITAL OG KULTURELLE RESURSER

Betydningen af at belyse kulturens rolle i sundhedssammenhæng er i stigende grad reflekteret i forskningen, fx inden for medicinsk sociologi og sundhedsforskning. Weiss m.fl. fastslår et behov for en kulturepistemologisk tilgang i studier af sundhedsrelateret stigma. Abel finder, at klasserelaterede kulturelle resurser spiller en betydelig rolle i den sociale strukturering af menneskers sundhedsrelaterede muligheder og valg. Dubbin m.fl. fremhæver vigtigheden af kulturens rolle i patientcentrerede sundhedsinteraktioners dynamik, mens Larsen (m.fl.) understreger de sociale og kulturelle ressursers betydning for patienternes sundhedspraksis og de sundhedsprofessionelles forståelse af dem.

For at udrede, hvordan individers sundhedshåndtering påvirkes af forskellige resurser, anvendes begrebet *sundhedskapital*. Begrebet stammer oprindeligt fra det sundhedsøkonomiske forskningsfelt (Grossman), men har siden udviklet sig til et nyttigt værktøj i beskrivelsen af den kompleksitet, der karakteriserer fænomenet sundhed i dag. Sundhedsfeltet er blevet et individualiseret og mangfoldigt felt med mange konkurrerende, men også kompletterende aktører og med forskellige muligheder for at legitimere viden samt opnå anerkendelse på.

Schneider-Kamp konceptualiserer begrebet sundhedskapital ud fra kontrasten mellem den menneskelige kapitalteori fra Grossmans model og Bourdieus kapitalteori. Her argumenteres for begrebet som en samlebetegnelse for tre sundhedsrelevante kapitalformer. Økonomisk kapital, som baseres på monetære og fuldstændigt konvertible markedsressurser, er i høj grad med til at forme individets sundhedspraksisser. For eksempel

er det dokumenteret, at der er en statistisk signifikant positiv korrelation mellem økonomisk kapital og forventet levetid (Chetty m.fl.). Social kapital, som baseres på sociale netværk af forhold og tilknytning mellem aktørerne, herunder sociale resurser i form af familie, venner og forskellige analoge og digitale sundhedsfællesskaber, er ligeledes korreleret med godt helbred (Turner) og længere forventet levetid (Kennelly m.fl.). Desuden kan kulturel kapital, som baseres på kulturelle aktiver som for eksempel viden og færdigheder, være med til at forme en informationsøgende adfærd, således at individet føler sig i stand til at tage velovervejede sundhedsrelaterede beslutninger.

De kulturelle ressursers store betydning i sundhedssammenhænge har også tidligere givet anledning til brug af begrebet kulturel sundhedskapital, dog inden for mere snævre rammer. Således introducerede Shim i studier af ulighed i sundhedsvæsenet kulturel sundhedskapital som en forståelsesramme for interaktionen mellem patient og sundhedsprofessionelle og som en form for kulturel kapital, der kan sættes i spil i sundhedsrelaterede sammenhænge for effektivt at samarbejde med sundhedsudbydere. Denne form for specifik kulturel sundhedskapital kan således defineres som et specialiseret sæt af kulturelle færdigheder, adfærd og interaktionsstilarter, der værdsættes og udnyttes som aktiver af både patienter og sundhedsprofessionelle (Dubbin m.fl. 114). Kulturel sundhedskapital er et mere omfattende begreb end fx sundhedskompetence (jf. *health literacy*) (Ratzan og Parker), fordi det fx også omfatter kulturelle aspekter i form af erfaringer og fordomme og deres rolle i patienters sundhedsrelaterede praksisformer.

Når kultur omtales her, forstås begrebet bredt og omfatter kulturelle baggrunde, kulturelle sammenhænge samt mere globaliserede kompetencer og holdninger. Prieur og Savage beskriver en bias mod en global orientering i deres komparative analyse af Danmark og Storbritannien. Schneider-Kamp og Askegaard demonstrerer, at mere generaliserede og globaliserede kompetencer og holdninger spiller en mindst lige så vigtig rolle i menneskers sundhedshåndtering som mere lokalt kontekstualiserede kulturelle aspekter. Et eksempel på sådanne bredere kulturelle påvirkninger er individers adfærd i forbindelse med søgning efter sundhedsoplysninger (Weaver m.fl.), som medfører en udbredelse af sund-

hedskundskaber. Denne udbredelse er relateret til i hvilken grad individer har kapacitet til at finde frem til, forarbejde og forstå den grundlæggende sundhedsinformation, der er nødvendig for at træffe hensigtsmæssige beslutninger om egen sundhed (Ratzan og Parker).

Schneider-Kamp argumenterer for, at patienters økonomiske, sociale og kulturelle kapital tilsammen strukturerer deres kapaciteter og dispositioner, frembringer deres sundhedsrelaterede praksisformer og i sidste ende bestemmer deres positioner i sundhedsfeltets sociale rum. Begrebet sundhedskapital defineres derfor som "sammensætningen af de faktiske og potentielle resurser til rådighed for en aktør, som er i stand til at påvirke aktørernes positioner i sundhedsfeltets sociale rum" (Schneider-Kamp 10). Dette felt integrerer de institutionaliserede og ikke-institutionaliserede regler omkring sundhedsrelaterede praksisformer, de forskellige sundhedsaktører og arten af deres indbyrdes forhold. Denne konceptualisering af sundhedskapital er i sagens natur relativ snarere end absolut (Prieur og Savage), da sundhedskapital er et eksempel på en feltafhængig kapital (Bourdieu og Wacquant). Bourdieus kapitalteori kritiseres af nogen for at befordre social determinisme og stagnation (Krais), men den relative forståelse af kapitalbegrebet, som vi anvender her, afkræfter denne kritik og fremmer en dynamisk fortolkning af Bourdieus sociologi (Faber).

Vores model for patientologi, som ses i figur 1, tager således udgangspunkt i patienten og bygger på Schneider-Kamps konceptualisering af begrebet sundhedskapital og Abels model for sundhedsulighed. Abel betragter ulighed i sundhed som begrundet i sociale uligheder baseret på en ujævn fordeling af bestemte sociale, økonomiske og især kulturelle resurser. Vores model identificerer disse resurser som en integreret del af patientens sundhedskapital og fremhæver den store rolle, kulturelle resurser spiller for patientens interaktion med de øvrige sundhedsaktører. Hvor Abel har fokus på at forklare, hvordan social ulighed påvirker ulighed i sundhed via livstilsrelaterede adfærdændringer, fokuserer vi på samspillet mellem borgeren, der som patient besidder en given sundhedskapital, og andre sundhedsaktører i sundhedsfeltets sociale rum, sådan som det er afbildet i figur 1.

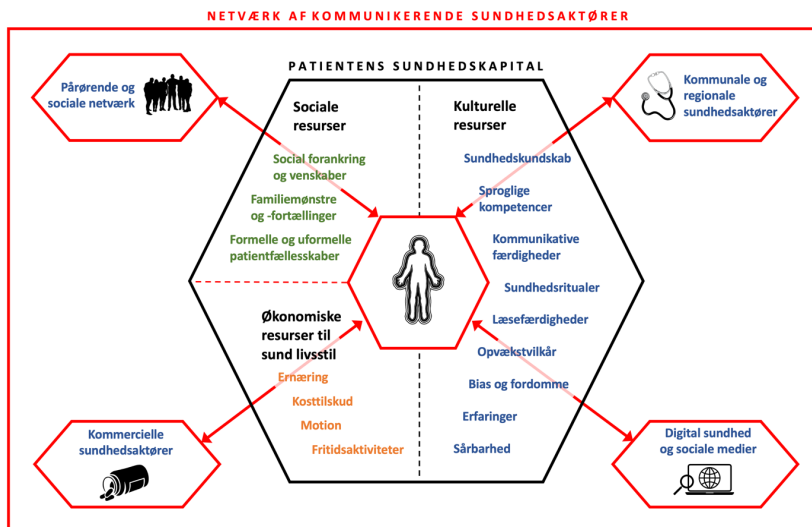


Fig. 1. Model for et nyfortolket patientologi-begreb.

I centrum for modellen står patienten med dennes karakteristika, der bl.a. omfatter køn, alder, etnicitet samt personlighedstræk som fx typiske handlemønstre, introvert/ekstrovert orientering og resiliens. Disse træk er dynamiske forstået på den måde, at en patient fx kan have forskellige handlemønstre i forskellige faser af sygdommen (Sodemann). Patientens personlighed er indlejret i den sundhedskapital, patienten besidder, i form af kulturelle, sociale og økonomiske resurser. Slutteligt omkranses patienten af de sundhedsaktører, som han/hun interagerer og kommunikerer med.

Patienter i vores model er ikke nogen statisk størrelse: De kan enten indtage eller få tildelt en bestemt patientrolle, de kan anlægge en bestemt patientstil (Sodemann), og disse mere eller mindre bevidste valg finder sted i interaktion med andre sundhedsaktører – pårørende, venner, kolleger eller sundhedsprofessionelle. Og patienter kan bevæge sig ind og ud af disse tilstande i løbet af et sygdomsforløb og reagere på dem ved fx at være ligeglade eller engagerede, vidende eller uvidende på forskellige tidspunkter.

KOMMUNIKATIONENS BETYDNING FOR PATIENTOLOGI

Modellen skelner mellem fem typer af kommunikerende sundhedsaktører, der indgår i og etablerer relationer gennem et kommunikerende netværk. Udover borgeren, der i rollen som patient er omdrejningspunktet for modellen, drejer det sig om a) patientens pårørende og andre sociale netværk, herunder fx kolleger, venner og bekendte; b) kommunale og regionale sundhedsaktører, hvilket fx omfatter læger, sundhedsplejersker, sagsbehandlere, m.fl.; c) kommercielle sundhedsaktører, dvs. apoteker, fitnesscentre, medicinalproducenter o. lign.; samt d) digital sundhed og sociale medier, der ganske vist umiddelbart adskiller sig fra de øvrige ved primært at have karakter af kanal for kommunikation, men som samtidig udgør en videns- og informationsbank, som patienten kan interagere (og i vores model dermed også kommunikere) med. Patienten er desuden også sundhedsaktør i forhold til andre patienter, som han eller hun interagerer med. Sådanne interaktioner kan foregå formelt gennem patientorganisationer eller rehabiliteringsgrupper, eller uformelt i fx online peer-to-peer fællesskaber på de sociale medier (Schneider-Kamp og Kristensen) eller mellem indlagte patienter (Ludvigsen).

Sundhedsaktørerne i vores model realiserer deres indbyrdes relationer ved at interagere med hinanden, og her spiller især sproglig kommunikation en vigtig rolle. For at forstå betingelserne for denne kommunikation og gøre modellen for patientologi operationel i praksis inddrager vi i det følgende en række begreber, der har betydning for, hvordan patienter kommunikerer med deres omgivelser. Vi tager udgangspunkt i kommunikationsmodellen af Ernst, dog med de nødvendige tilpasninger, der gør, at den kan bruges til at afspejle patientens perspektiv. Ernsts model omfatter de tre helt basale elementer *afsender*, *modtager* og *budskab*: patienten som den ene kommunikationspartner i netværkets centrum, mindst en anden kommunikationspartner fra netværket, og noget sprogligt, der kommunikeres i situationen. Kommunikation skal således forstås som en tosidet eller gensidig relation, også selvom den på overfladen kan fremstå som "tavs": At modtage en besked kræver fx, at man kan afkode det, man hører (eller læser), og tilskrive det mening, og derved kommunikerer man jf. Ernst også i sådanne kontekster.

For både afsenders og modtagers vedkommende gælder det, at kommunikationen er betinget af deres *intentioner*, dvs. deres motivation for at gennemføre kommunikationen og det formål, de har med den. Med Jakobsons sprogfunktioner som orienteringspunkter er der fortrinsvis tale om ekspressive, appellative, referentielle og fatiske hovedtyper for intentionen. Den ekspressive funktion henviser til afsenderens sproglige formidling af holdninger eller følelser, mens den appellative funktion er relateret til modtageren, der opfordres til en indstillings- eller adfærdsrelateret reaktion. Den referentielle funktion fokuserer på kommunikationens genstand, dvs. det objekt eller emne, der kommunikeres om. Og slutteligt beskriver den fatiske funktion, hvordan sproglig interaktion kan bruges til at signalere eller opretholde social kontakt – uden at det nødvendigvis svarer til at udveksle information som fx smalltalk. Når kommunikationsparterne deler intentioner, fremmes kommunikationens succes og vice versa. Det, der kommunikeres, kan beskrives som *forestillinger* eller mentale koncepter, som kodes i en sproglig form og afkodes af modtageren, der ideelt set kommer frem til samme forestilling som afsenderen. At der ligger et stort potentiale for misforståelser i denne proces, burde være indlysende, fx når lægens fagkulturelle forestillinger mødes med patientens hverdagskulturelle sfære. *Koden*, altså den form, budskabet antager, har mange facetter: Det kan være forskellige sprog (som dansk og russisk) eller et sprogs forskellige varieteter (fx sønderjysk eller en udenlandsk læges ufuldstændige dansk), som patienten møder eller har i sit eget sproglige repertoire. Kodebegrebet omfatter også de faglige registre, patienten møder, i form af fx medicinske fagord, administrative formuleringer og i det hele taget den sprogbrug, der præger specifikke processer og sagsgange. Der kan være brug for tolkning af koden, ikke kun mht. forskellige sprog, men også i forbindelse med de forskellige registre. Jo større kommunikationsparternes kodeoverlap er, desto bedre lykkes kommunikationen (Blatt m. fl.). Sundhedsprofessionelle har traditionelt haft store vanskeligheder med at skabe det nødvendige kodeoverlap med deres patienter.

Det budskab, kommunikationen skal formidle, bæres altså af intentioner og forestillinger og kodes i en form, der derefter formidles gennem en

kanal, dvs. de fysiske omstændigheder der betinger budskabets formidling. Det kan fx ske via lydølger, skrift eller digitale koder, og her er det vigtigt for en vellykket kommunikation, at der er så få barrierer og forstyrrelser som muligt. For nogle patienter kan det være afgørende, at der er adgang til hjælpemidler som fx tandproteser eller høreapparater, så budskabet kan afsendes og modtages forsvarligt.

Herudover er der tre faktorer, som på forskellig vis påvirker kommunikationens forløb: Det gælder for det første afsenders og modtagers tidligere *erfaringer* med at kommunikere inden for det sundhedsfaglige felt og dermed de kommunikative repertoarer, de har opbygget afhængigt af, hvem de over tid har haft lejlighed til at kommunikere med. Erfarne patienter besidder fx ofte en del sundhedskundskab, de kan trække på i kommunikationen. Dette er ikke tilfældet for dem, der er nye i patientrollen, og det stiller forskellige krav til både sundhedsprofessionelle og andre netværksaktører, der er forpligtet til at kommunikere så hensigtsmæssigt med patienterne som muligt.

For det andet spiller *følelsesmæssige faktorer* en vigtig rolle i kommunikation, der omhandler sundhed og sygdom, bl.a. fordi dette felt ofte involverer komplekse følelser som frygt, frustration og håb. De emotionelle faktorer kan influere positivt eller negativt på kommunikationen: På gode dage kan det være lettere at kommunikere om vanskelige problemstillinger, mens det på dårlige dage fx kan være svært for patienter at forstå og følge instruktioner eller for sundhedsprofessionelle at give instruktioner.

Og for det tredje spiller magtforholdet mellem dem, der interagerer, en væsentlig rolle for det kommunikative forløb. Ofte foregår kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle i institutionelle sammenhænge, hvor der er uskrevne regler og praksisser for, hvem der sætter de kommunikative rammer. Det er som regel de sundhedsprofessionelle, der har ansvar for og bestemmer tid, sted, emne og den måde, samtalen organiseres på. En læge, der stiller mange spørgsmål til en patients sygehistorie, kan opfattes som inkompetent, hvis patienten forventer et hierarkisk læge-patientforhold, og omvendt føler patienten sig muligvis ikke set af en læge, der undlader at kommunikere tilstrækkeligt. Begge dele kan få patienten til at miste tillid til lægen og dermed vanskeliggøre

samarbejdet. Kommunikation i institutionelle sammenhænge er som udgangspunkt hierarkisk, og det tilskriver oftest patienten en underordnet position i interaktionen. Magtforholdet påvirker også den kommunikation, der foregår uden for institutionelle sammenhænge, men her er der langt større variation i rollefordelingen. At blive patient kan medføre store forandringer i forholdet til familie og pårørende, fx hvor et familiemedlem overtager de roller, patienten hidtil har haft, og derved rykker ved den indbyrdes magtfordeling. Sådanne omfordelinger af magtrelationer kræver ofte både tilvænning og tilpasning for alle involverede.

Ved hjælp af ovenstående begreber bliver det muligt at beskrive det kommunikative aspekt i vores model for patientologi, hvor mennesker anses som erindrende, relationelle, følelsesmæssige og magtsøgende aktører (Bourdieu). De opstillede begreber bruges til at analysere de kommunikative relationer mellem sundhedsaktørerne fra figur 1 og afdække skjulte problematikker i historien om Kirsten.

HISTORIEN OM KIRSTEN

Patientcases er ryggraden i medicinsk forskning, og der kan udledes ganske meget alene ud fra en enkelt patientcase (Caramazza og McCloskey). Vi præsenterer en enkeltcase inspireret af en af forfatternes egen kliniske praksis. Casen er opsummerende forstået på den måde, at den fletter et par tæt beslægtede cases sammen for at sikre patienternes anonymitet (Saunders m.fl.). Beskrivelsen er baseret på indgående kendskab til patienternes tanker og følelser, som er indhentet gennem opfølgende samtaler og møder mellem patienter og læge.

Casestudier spiller også en vigtig rolle i sociologisk forskning: Flyvbjerg demonstrerer, hvordan såvel typiske som ekstreme enkeltcases bidrager til både teoretisk og empirisk udvikling. Patientcasen, der præsenteres i det følgende, er en ekstrem case i den forstand, at vi kun belyser én del af patientspektret – resurssvage kronisk syge patienter. Samtidig er casen typisk for denne patientgruppe, da de fleste af de illustrerede problematikker er udbredte blandt disse patienter. Casen er dermed velegnet til at demonstrere, hvordan vores model for patientologi kan anvendes.

Kirsten er 43 år, fraskilt og mor til tre børn på syv, ti og 14 år. Hun bor i en treværelses lejlighed i et udsat boligområde med høj husleje. Børnene har ikke meget kontakt med deres far, og Kirsten har ikke haft kontakt til resten af sin familie, efter at hun blev gift, fordi de ikke brød sig om hendes mand. Kirsten har tidligere arbejdet på slagteri og med rengøring, men er p.t. arbejdsløs. Hun har bankgæld efter at være gået konkurs med en blomsterforretning.

Kirsten søger læge otte til ti gange årligt. Hun klager over mange fysiske symptomer, som ikke modsvares af objektive fund, og lægen beskriver hende som nedtrykt og opgivende med lavt selvværd. Kirsten sover dårligt om natten pga. smerter i ryggen og hoften. Hun har røget i 25 år, men er nu holdt op. Hun har begyndende KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), der forhindrer hende i at dyrke den motion, som lægen har anbefalet pga. overvægt. Hun har desuden udviklet type 2-diabetes, der kræver omfattende kostændringer, hvilket er svært for hende at efterleve, da den 14-årige datter har symptomer på spisevægring. Kirsten går i dag til kontrol fire steder: hos egen læge (speciallæge i almenmedicin), lungelæge (speciallæge i lungesygdomme) og diabeteslæge (speciallæge i endokrinologi) samt efter påvisning af en polyp i tyktarmen til årlig kontrolkikkertundersøgelse, hvilket hun skal gøre de næste fem år.

Kirsten føler skam over sin overvægt og bliver let vred over, at hun ikke kan gøre rent eller købe ind uden at blive forpustet. Vreden går ofte ud over børnene, som driller hende med overvægten og hendes dårlige kondition. Hun har mange udgifter til medicin, fordi hendes diabetes ikke er velreguleret. Kirsten er deprimeret over sin økonomi og føler skyld, når der mangler penge til børnene, både fordi hendes medicin er dyr, og fordi hun ikke har været god til at følge lægens kost- og motionsråd. Hun havde tidligere et abonnement til et motionscenter, men måtte fravælge dette, da banken bad hende om at rydde op i økonomien.

Pga. lænde- og hoftesmerter er Kirsten blevet undersøgt på ortopædisk afdeling, og undersøgelserne viser, at hun har en diskusprolaps, som kræver genoptræning i kommunalt regi. Derudover er hendes venstre hofte så ødelagt af slidgigt, at den bør udskiftes inden for 1-2 år. Hun er bange for at blive opereret, mest pga. smerterne og den efterfølgende genoptræning,

men også fordi hun er bekymret for, om børnene kan klare sig under forløbet, da eksmanden ikke er indstillet på at passe dem. Og kikkertundersøgelsen, som hun efter planen skal have foretaget hvert år i en periode på fem år, har skabt frygt for undersøgelser og deres konsekvenser, og hun har af samme grund ikke taget imod tilbud om forebyggende undersøgelser for underlivskræft og mammografi.

Kirsten er glad for samtalerne hos egen læge. Lægen lytter, og det skaber et fortroligt rum med en anden voksen, hvilket hun savner i hverdagen. Lægen taler dog mest om, at Kirsten skal tage sig og huske at tage sine piller. Når lægen spørger ind til Kirstens problemer, er hun usikker på, hvad hun skal svare, og lægens spørgsmål hjælper hende ikke til at komme det nærmere. Lægen har foreslået, at hun taler med en psykolog, men det har hun afvist, da hun ikke føler sig "skør". Lægen har også nævnt, at hun godt kunne være i overgangsalderen og derfor måske skal se sine mange symptomer som normale. Kirsten har ikke fortalt sin læge om eksmanden, der af og til tiltvinger sig adgang til lejligheden og presser hende til seksuelt samvær. Han truer med at fortælle kommunen, at Kirsten slår sine børn, og at hun har noget sort rengøring, men hun vil ikke kunne klare sig økonomisk uden de ekstra penge.

PATIENTOLOGIMODELLEN SOM ANALYTISK LINSE

For at illustrere, hvordan vores model for patientologi kan bruges i klinisk praksis, anvender vi den i det følgende som analytisk linse til at betragte og analysere Kirstens historie. Læger er vigtige aktører i netværket af kommunikerende sundhedsaktører og opfattes tilmed ofte som de mest centrale. Samtidig viser mange studier af læge-patient-samtaler, at der ofte opstår misforståelser og problemer i kommunikationen (McCabe og Healey), så derfor retter vi vores analysefokus mod Kirstens kommunikation med sin praktiserende læge som repræsentant for de regionale sundhedsaktører. Casen bærer tillige de typiske træk af en lægelig synsvinkel på patienten, da det medicinske perspektiv (anamnese, diagnose, terapi) dominerer, og patientens sociale og psykiske udfordringer dermed forbliver underbelyste.

Både Kirsten og hendes egen læge er motiverede til at bidrage til en konstruktiv interaktion for at løse nogle af Kirstens helbredsudfordringer, men på grund af de meget forskellige verdener, de lever i, og den store forskel, der er på deres kulturelle sundhedskapital, opstår der kommunikative vanskeligheder, som hæmmer deres interaktion. Før det første er intentionerne vidt forskellige: Kirsten har en tydelig interesse i fatisk og muligvis ekspressiv kommunikation med sin læge, som dog i overensstemmelse med reglerne for situationen har referentielle og appellative intentioner over for sin patient. For det andet synes forestillingerne om og dermed forståelsen af Kirstens situation meget forskellige, for lægens perspektiv er medicinsk snarere end sundhedsfagligt helhedsorienteret. Og for det tredje er kodeoverlappet indskrænket på trods af, at begge taler dansk, eftersom lægen ikke er tilstrækkeligt opmærksom på, at han med sit faglige register ikke når frem til Kirsten. Hun mangler ikke kun sproglige kompetencer til at forstå lægens budskaber, men også kommunikative færdigheder til at udtrykke sine behov og udfordringer tilstrækkeligt tydeligt.

Lægen kommunikerer bl.a. forbi Kirsten, når det gælder motion. Han forstår ikke hendes situation, og hvordan hendes lave sundhedskapital påvirker hendes håndtering af situationen, og han kan derfor heller ikke formulere motionsråd, hun kan omsætte til aktiviteter. På grund af sine begrænsede økonomiske resurser har Kirsten måtte opgive sit medlemskab hos et motionscenter. Samtidig mangler hun den nødvendige sundhedskundskab og hjælp fra pårørende og sit sociale netværk til at overkomme skamfølelsen over sin krop, så hun kan indse, at der er mange andre måder at motionere effektivt på, fx gennem enkle fritidsaktiviteter såsom daglige 30-minutters gåture. At hun magter at udføre sort rengøringsarbejde viser netop, at hun godt kan belaste sin krop i et vist omfang. Kirstens mangel på sociale og kulturelle resurser forstærker dermed hendes helbredsmæssige og økonomiske problemer. Det er ikke overraskende, at lægen udviser manglende forståelse for, hvordan mødet med Kirsten kan understøttes bedst muligt, både mht. hendes sundhedskundskaber og følelsesmæssige tilstand, for det ligger principielt uden for lægens kompetence – her vil det typisk være andre sundhedsaktører, som overtager opgaven.

Og sidst, men ikke mindst pålægges Kirsten en større del af behandlingsbyrden vedrørende sin multisygdom (Rosbach og Andersen), end hun kan klare. Lægen tilskriver hende ansvaret for at være omhyggelig med at tage sin medicin og motionere, men overser samtidig, at den dårligt regulerede sukkersyge kan have psykosociale årsager. Det vil være en opgave for hele familien at tilpasse deres familiemønstre, fx med hensyn til ernæring og bedre kostvaner, og dermed hjælpe Kirsten med hendes udfordringer, men den opgave ligger igen langt uden for lægens kompetencer. At lægen ser det som et klinisk problem, påfører Kirsten en økonomisk sårbarhed i form af endnu mere (dyr) medicin.

Nogle patienter kan løfte behandlingsbyrden, hvis de er godt socialt forankret og har støtte fra pårørende og venner, men Kirsten har tilsyneladende ikke denne mulighed, og det er uklart, hvorvidt der findes ubrugte sociale resurser i familien eller blandt naboer og venner, og om andre professionelle sundhedsaktører allerede har undersøgt mulighederne. Til gengæld står det klart, at eksmanden og børnene udgør en belastning frem for en støtte i processen, og familien bliver således en del af Kirstens skjulte behandlingsbyrde i stedet for et fællesskab, der styrker og støtter. Kirstens erfaringer med tyktarmspolypper har bestyrket hendes fordomme om undersøgelser og deres konsekvenser, og den affødte sårbarhed bidrager til hendes skjulte behandlingsbyrde og påvirker hendes handlekraft, uden at lægen ved og kan tage højde for det. Kirstens selvværd og egenomsorg er i sig selv ikke tilstrækkelig til at opveje byrderne, og hendes mangel på sociale resurser i form af et begrænset socialt netværk og svag social forankring belaster således interaktionen med sundhedsvesnet.

Det resurseperspektiv, der anlægges i modellen, gør det muligt at analysere og forstå, hvordan Kirsten som patient interagerer og kommunikerer med sin egen læge og sit sociale netværk omkring sin sundhed. Modellen fremmer også en forståelse af, hvorfor Kirsten *ikke* benytter sig af kommercielle sundhedsaktører og den adgang til digitale sundhedsresurser, som er tilgængelige på nettet, fx via mobiltelefon. Kirsten mangler ganske enkelt de økonomiske resurser, som gør det muligt for hende at benytte sig af kommercielle tilbud og kulturelle resurser i form af læsefærdigheder og

sundhedskundskaber, der er nødvendige for at kunne engagere sig i digital sundhed fx på sociale medier.

KONKLUSION

Analysen af casen illustrerer, hvordan vores model for patientologi kan bruges som analytisk linse til at belyse og skabe forståelse for patientens interaktion og kommunikation med modellens andre sundhedsaktører. Patientens sundhedskapital har især betydning for magtfordelingen mellem patienten og de øvrige aktører. Vores model er funderet i forståelsen af sundhed som et socialt felt og af patientens position i feltet og kan derfor tage højde for de (ofte uskrevne) institutionelle regler for, hvem der sætter de kommunikative rammer og træffer de sundhedsfaglige beslutninger. Mødet er som udgangspunkt hierarkisk, og det er næppe patienter med lav sundhedskapital, der befinder sig i toppen af hierarkiet. Uden for de institutionelle rammer kan patientrollen tillige medføre store forandringer i relation til pårørende og venner, fx når en families ansvars- og magtfordeling skal tilpasses patientens indskrænkede muligheder og øgede behov.

Tillige kan modellen bruges som grundlag for at udvikle værktøjer for sundhedsprofessionelle og andre sundhedsaktører, der kan hjælpe dem til at forstå patientens forestillinger, tilpasse deres kommunikation med patienten, øge patientens sundhedskundskaber og sammen med patienten finde frem til en mere balanceret fordeling af behandlingsbyrden. Det kan fx gøres ved systematisk at gennemgå modellens forskellige resurser og sundhedsaktører og stille konkrete spørgsmål til relevante dele, i det følgende eksemplificeret ved resurssvage patienter med type 2-diabetes:

- Oplever patienten de sundhedsprofessionelle aktører som tilstrækkeligt kompetente og empatiske? Føler patienten sig set/hørt?
- Modtager patienten adækvat information og støtte til at opnå de nødvendige sundhedskundskaber i forhold til sygdommen?
- Tilbydes patienten sundhedsprofessionelle anbefalinger på en måde, der matcher hans/hendes sundhedskundskaber, fx i forhold til det fagsproglige niveau?

- Er der familiemønstre, som belaster eller støtter patientens muligheder for at regulere sin diabetes?
- Har patienten tilstrækkelige finansielle midler til at efterleve de påkrævede kostvaner? Han han/hun råd til at købe diæt-madvarer?
- Oplever patienten i samråd med de sundhedsprofessionelle de (muligvis dyre) ordinerede medikamenter som udslagsgivende?
- Findes der andre sundhedsaktører udover familien og de sundhedsprofessionelle, der kan støtte patienten i at implementere eventuelle livsstilsændringer og derigennem opnå langsigtet succes?

Og modellen er ikke kun anvendelig i mødet med patienter med lav sundhedskapital, som fx sårbare patienter (Kamionka m. fl.), men kan med fordel også bruges med mere resursestærke patienter, der ligeledes udfordrer sundhedsvæsnets og dets organisering som forbrugerpatienter (Schneider-Kamp og Askegaard). Her kan modellen bl.a. belyse, hvordan patienter med høj sundhedskapital påtager sig ansvaret for egen udredning og behandling.

Vores model for patientologi udgør således en detaljeret referenceramme, der både kan belyse, hvordan patienter selv kan bidrage bedst muligt til forbedring af deres egen situation, samt hvor og hvordan sundhedsprofessionelle aktører mest hensigtsmæssigt møder patienten. Dette fører os dermed tilbage til Parsons idé om gensidighed og anerkendelse, hvor det anses for vigtigt, at patienterne forpligtes til et konkret samarbejde med sundhedssystemet efter bedste evne. Samtidig danner modellen grundlag for de øvrige sundhedsaktørers anerkendelse af, at patientens udfordringer er relateret til dennes samlede sundhedskapital, dvs. funderet i patientens sociale, økonomiske og ikke mindst kulturelle resurser.

Et perspektiv, hvor patienten indlejres som omdrejningspunkt i et netværk af kommunikerende aktører, har store implikationer for de krav, sundhedsvæsnets kan og skal stille til patienten. De bør nemlig tage udgangspunkt i patientens verden og de muligheder, patienten har for at bidrage til egen udredning og behandling, og samtidig forholde sig til, hvordan behandlingsbyrden fordeles optimalt. Vores model viser, hvordan dette kan operationaliseres. Det kapitalteoretiske syn på patienten, som modellen befordrer, bidrager derved til debatten om patienten i centrum

ved at anlægge et helhedsorienteret patientperspektiv, der integrerer både sociale, kulturelle, økonomiske og kommunikative aspekters rolle i behandlingssammenhænge.

ANNA SCHNEIDER-KAMP, adjunkt i Sundhed og Forbrug ved Institut for Marketing og Management, Syddansk Universitet. Hun forsker i nye patientroller, patientinddragelse samt hvordan digitaliseringen påvirker praksisformer i sundhedsfeltet.

HELLE LYKKE NIELSEN, lektor med særlige kvalifikationer ved Institut for Historie, Syddansk Universitet. Hun forsker bl.a. i udsatte boligområder, muslimer i Danmark, brug af arabisk i byens rum samt død og begravelse i islam.

JYTTE ISAKSEN, lektor ved Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet. Hun har en baggrund som audiologopæd og forsker i sprog- og talevanskeligheder hos personer med erhvervet hjerneskade samt sundhedsprofessionelles kommunikation med denne patientgruppe.

KLAUS GEYER, lektor ved Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet. Han forsker i lingvistik og hvordan sprog påvirker samfundet.

JOHANNA LINDELL, ph.d. i sprogpsykologi og ansat som postdoc ved Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital. Hun forsker i samtalens betydning for forståelse og intersubjektivitet og undersøger læger og patienters forhandlinger og samtaler.

MORTEN SODEMANN, professor i Global sundhed og Indvandrermedicin ved Klinisk Institut, Syddansk Universitet, og overlæge ved Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital. Han er derudover næstformand i Dansk Selskab for Indvandrersundhed.

Forfatterne er medlemmer af Patientologi-projektet, som er en del af Syddansk Universitets strategiske satsningsområde Human Health.

PATIENTOLOGY REVISITED

Patientology traditionally signifies the scientific study of the patients through medical sociological and anthropological perspectives. The last decades have witnessed notable changes in the understanding of what it means to be a patient and what role patients play in healthcare processes, with the rise of concepts such as patient-centered care, patient empower-

ment, and patient participation. This article develops a reconceptualization of patientology, proposes a model hereof, and exemplifies its use through the application to an illustrative case.

Our reconceptualization of patientology considers the patient as the central actor in a network of healthcare actors. Being a patient requires health capital that is comprised of health-relevant aspects of Bourdieusian forms of capitals: economic, social, and cultural capital. The patient role is constructed through the patient's interaction with a range of healthcare actors such as health professionals, relatives, and other patients. The proposed model allows for understanding health inequalities as based on differences in (cultural) health capital, opening up new avenues of investigating and ameliorating patients' challenges in health interactions. The model allows for a fresh take on the reciprocity of Parsons social sick role, allowing to clarify both how patients can contribute to their own health and healthcare and where and how health professionals ought to meet their patients.

KEYWORDS

- DA: patientologi; sundhedskapital; Pierre Bourdieu; læge-patient-forholdet; sundhedskommunikation
EN: patientology; health capital; Pierre Bourdieu; patient-doctor relationship; health communication

LITTERATUR

- Abel, Thomas. "Cultural Capital and Social Inequality in Health". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62 7 (2008): e13–e13.
- Angel, Sanne, Pia Dreyer, Anne-Mette Graubæk, Elisabeth O.C. Hall, Kirsten Honoré, Trine Lassen, Bente Martinsen, Jette Joost Michaelsen, Dorthe Nielsen, Helle Schnor. *Patientologi: At være patient*. Red. Anne-Mette Graubæk. København: Gads Forlag, 2013.
- Blatt, Benjamin og Larrie Greenberg. "Communication skills training for resident physicians: a physician-educator perspective". *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*, redigeret af Heidi E. Hamilton og Wen-Ying Sylvia Chou. London: Routledge, 2017: 294–326.
- Bourdieu, Pierre. "The forms of capital". *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, redigeret af J.G. Richardson. New York: Greenwood Press, 1986: 241–58.

- Bourdieu, Pierre, og Loïc Wacquant. *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- Brink, Pamela J. "Patientology: Just Another Ology?" *Nursing Outlook* 26 9 (1978): 574–75.
- Brink, Pamela J. "Patientology One More Time". *Western Journal of Nursing Research* 13 1 (1991): 9–11.
- Brink, Pamela J. *Patientology: Toward the Study of Patients*. Scotts Valley: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2017.
- Caramazza, Alfonso og Michael McCloskey. "The case for single-patient studies". *Cognitive Neuropsychology*, 5 5 (1988): 517–27.
- Chetty, Raj, Michael Stepner, Sarah Abraham, Shelby Lin, Benjamin Scuderi, Nicholas Turner, Augustin Bergeron, David Cutler. "The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014". *JAMA*, 315 16 (2016): 1750–66.
- Colón, V. Franklin. "'Patientology' Exists". *Archives of Internal Medicine*, 141 8 (1981): 1101–1101. doi:10.1001/archinte.1981.00340080137033.
- Danske Regioner. *Plan for Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen*. Danske Regioner, 2015.
- Department of Health. *Equity and excellence: Liberating the NHS*. The Stationary Office, 2012.
- Dubbin, Leslie A., Jamie Suki Chang og Janet K. Shim. "Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care". *Social Science & Medicine*, 93(2013): 113–20.
- Ernst, Peter. "Kommunikationstheorie II: Entwicklung eines Kommunikationsmodells". *Einführung in die synchrone Sprachwissenschaft*, Wien: Edition Praesen, 1999: 4.1-4.8.
- Faber, Agoston. "From False Premises to False Conclusions. On Pierre Bourdieu's Alleged Sociological Determinism". *The American Sociologist*, 48 3 (2017): 436–52. doi:10.1007/s12108-017-9337-1.
- Flyvbjerg, Bent. "Five Misunderstandings About Case-Study Research": *Qualitative Inquiry* 12 2 (2016): 219-245.
- Fumagalli, Lia Paola, Giovanni Radaelli , Emanuele Lettieri , Paolo Bertele. "Patient Empowerment and Its Neighbours: Clarifying the Boundaries and Their Mutual Relationships". *Health Policy*, 119 3 (2015): 384–94.
- Grossman, Michael. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health". *Journal of Political Economy*, 80: 2 (1972): 223–55.
- Hall, Elisabeth O. C. og Anne-Mette Graubæk. "Patientologi - fra fortælling til grundlæggende værdier; Teorier om at være syg". *Patientologi: At være patient*. Red. Anne-Mette Graubæk. København: Gads Forlag, 2013.
- Høgsgaard, Ditte Merete. *Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle når ældre patienter udskrives: Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres*. Roskilde Universitet, 2017. <https://forskning.ruc.dk/da/publications/tv%C3%A6rsektoriel-samarbejde-og-kommunikation-imellem-sundhedsprofess>.
- Jakobson, Roman. "Linguistics and Poetics". *Style in Language*. (Red.) Thomas A. Sebeok, Wiley, New York, 1960.

- Jønsson, Alexandra Ryborg, Vibe Hjelholt Baker, Charlotte Bredahl Jacobsen og Line Hjøllund Pedersen. "Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden". *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 22 (2015). doi:10.7146/ffss.voi22.20817.
- Kamionka, Stine Lundstroem, Niels Buus, Morten Sodemann, Peer Noehr-Jensen og Kim Juul Larsen. "Intersectoral Pathways of Vulnerable Patient Groups in Southern Denmark". *International Journal of Integrated Care* 15 5 (2015). <https://doaj.org>
- Kennelly, Brendan, Eamon O'Shea og Eoghan Garvey. "Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination". *Social Science & Medicine* 56 12 (2003): 2367-77.
- Krais, Beate. "Gender, Sociological Theory and Bourdieu's Sociology of Practice". *Theory, Culture & Society* 23 6 (2006): 119-34. doi:10.1177/0263276406069778.
- Larsen, Kristian, Malcolm P. Cutchin og Ivan Harsløf. "Health Capital: New Health Risks and Personal Investments in the Body in the Context of Changing Nordic Welfare States". *Changing Social Risks and Social Policy Responses in the Nordic Welfare States*, redigeret af Ivan Harsløf og Rickard Ulmestig, Palgrave Macmillan UK, London, 2013: 165-88. doi:10.1057/9781137267191_8.
- Leigh, Hoyle. "'Patientology' Exists-Reply". *Archives of Internal Medicine* 141 8 (1981): 1101-1101. doi:10.1001/archinte.1981.00340080137034.
- Ludvigsen, Mette Spliid. *Patient life in hospital: A qualitative study of informal relationships between hospitalised patients*. Aarhus: Aarhus Universitet, 2009.
- May, Carl R., Katherine Hunt, Christine M May og Alison Richardson. "Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness". *BMC Health Services Research* 14 1 (2014): 281. doi:10.1186/1472-6963-14-281.
- McCabe, Rose og Patrick G. T. Healey. "Miscommunication in Doctor-Patient Communication". *Topics in Cognitive Science* 10 2 (2018): 409-24. doi:10.1111/tops.12337.
- Mead, Nicola og Peter Bower. "Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature". *Social Science & Medicine*, 51 7 (2000): 1087-110. doi:10.1016/S0277-9536(00)00098-8.
- Parsons, Talcott. *The social system*. New York: Free Press, 1951.
- Prieur, Annick og Mike Savage. "Updating Cultural Capital Theory: A Discussion Based on Studies in Denmark and in Britain". *Poetics* 39 6 (2011): 566-80.
- Ratzan, Scott C. og Ruth M. Parker. "Introduction". *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*, redigeret af Catherine R. Selden m.fl., bd. NLM Pub. No. CBM 2000-1, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- Rosbach, Michael og John Sahl Andersen. "Patient-Experienced Burden of Treatment in Patients with Multimorbidity - A Systematic Review of Qualitative Data". *PLoS One* 12 6 (2017). doi:10.1371/journal.pone.0179916.
- Saunders, Benjamin, Jenny Kitzinger og Celia Kitzinger. "Participant Anonymity in the Internet Age: From Theory to Practice". *Qualitative Research in Psychology*, 12 2 (2015): 125-37.

- Schneider-Kamp, Anna. "Health Capital: Toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health". *Social Theory & Health*, Palgrave Macmillan, 2020.
- Schneider-Kamp, Anna, og Søren Askegaard. "Putting patients into the Centre: Patient Empowerment in Everyday Health Practices". *Health* 24 6 (2020): 625-45.
- Schneider-Kamp, Anna, og Dorthe Brogaard Kristensen. "Redistribution of Medical Responsibility in the Network of the Hyper-Connected Self". *Hyperconnectivity and Digital Reality: Towards the Eutopia of Being Human*. Red. Kathrin Otrell-Cass. Cham: Springer Nature Switzerland AG, 2019.
- Shim, Janet K. "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 (2010): 1-15.
- Sodemann, Morten. *Sårbar? Det kan du selv være*. Aarhus: Scandinavian Book, 2018.
- Turner, Bryan. "Social Capital, Inequality and Health: The Durkheimian Revival". *Social Theory & Health* 1 1 (2003): 4-20.
- Varul, Matthias Zick. "Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness". *Body & Society* 16 2 (2010): 72-94.
- Weaver, James B., m.fl. "Health Information-Seeking Behaviors, Health Indicators, and Health Risks". *American Journal of Public Health*, 100 8 (2010): 1520-25.
- Weiss, Mitchell G., m.fl. "Health-Related Stigma: Rethinking Concepts and Interventions". *Psychology, Health & Medicine*, 11 3 (2006): 277-87. doi:10.1080/13548500600595053.

