



Sygeplejevidenskab.dk

Journal for Sygeplejevidenskab Fag, Disciplin & Fagkundskab

Tilgængelig online på Sygeplejevidenskab.dk



SPL Publishing

At være kvinde, sygeplejerske, leder, forsker og ansat i hospitalsvæsenet – et mentalt sisyfosarbejde af dimensioner!

Mette Kjerholt, Sygeplejerske, Ph.d., cand.cur. Forskningsleder, Sjællands Universitetshospital, Hæmatologisk Afdeling. Indlægget er udtryk for skribentens egne private oplevelser og holdninger.



Læs artiklen og få viden om:

- At være kvinde, forsker og sygeplejerske gennem 40 år
- Ulighed og forskelsbehandling
- Omsorgskrise og sygepleje
- Hvad vi kan/skal gøre ved det

Indledning

Dagligt er der i medierne eksempler på ulighed på mange forskellige områder, både samfundsmæssigt og i sundhedsvæsenet. Det er således et tema, der optager mange mennesker, inklusiv mig.

Jeg har derfor skrevet en faglig debat & essay-artikel om mine egne oplevelser, erfaringer og refleksioner i forhold til at være både kvinde, sygeplejerske, leder, forsker og ansat i hospitalsvæsenet.

Jeg vil i essayet relatere mine egne erfaringer til andre(s) undersøgelser og oplevelser, og jeg vil give nogle bud på hvorfor det er så svært at ændre en given praksis og kultur, selv om man måske gerne vil.

Jeg vil slutte af med at beskrive hvad jeg mener, der grundlæggende skal til, for at en sådan ændring kan lade sig gøre – nemlig Viljen og Modet til ændring.

Sisyfosarbejde

Sisyfosarbejde, er opkaldt efter den græske sagnkonge Sisyfos, der som straf til evig tid måtte rulle en klippeblok op ad et bjerg, hvorfra den uophørligt trillede ned, hvilket var et håbløst arbejde (Danmarks National Leksikon).

To skridt frem og et tilbage

Jeg er kvinde, sygeplejerske, forsker og forskningsleder. Gennem hele mit 40-årige arbejdsliv har jeg både oplevet ulighedens forskellige ansigter, og personligt og fagligt været optaget af både, årsagerne til ulighed mellem mænd og kvinder, forskelsbehandling mellem sundheds-faggrupper, samt manglende omsorg og medmenneskelighed i sundhedsvæsenet. Jeg har oplevet mange udfordringer gennem alle årene med både, at få mulighed for at arbejde omsorgsfuldt og med at blive respekteret og anerkendt for mine sygeplejefaglige og forskningsmæssige kompetencer.

Det har meget ofte føltes som et sisyfosarbejde, eller som "to skridt frem og et tilbage", men jeg har aldrig tænkt på at "kaste håndklædet i ringen" – dertil var betydningen og kampen for respekt og anerkendelse af mig som kvinde, sygeplejerske, leder og forsker alt for vigtig.... Og det er trods alt to skridt frem og et tilbage, og ikke omvendt!

Omsorgskrise og sygepleje

Det støt stigende antal publikationer om ovenstående temaer vidner om, at jeg ikke er alene om at opleve ulighed på mange områder og måder, og alene de sidste par måneder har der både samfundsmæssigt og i en sundhedsfaglig kontekst været en stor publikationsproduktion i forhold til temaerne ulighed og omsorg, i form af publikationerne:

"Lægen der gik ud for at lede efter medmenneskeligheden" (Marså 2024), *"Omsorg under forandring"* (Tidsskrift for Forskning i Sygdom & Samfund, 2024), *"Underskud-Om værdien af omsorg"* (Holten 2024), *"Ulighedens drejebog -Sådan virker socialulighed i sundhed"* (Larsen & Sodemann 2024) *"Køn og karriere i akademia -Bag facaden"* (Järvinen & Mik-Meyer 2024).

Publikationerne har, på forskellige måder, fokus på aspekter i samfundet og sundhedsvæsenet, der nedprioriterer eller direkte modarbejder omsorgsfulde relationer, underkender kvinder som yder eller beskæftiger sig med omsorg, samt kvinder og kvindelige sygeplejersker med en akademisk og forskningsmæssige baggrund.

Hvad angår sygeplejefaget og underkendelse af sygeplejersker, kommer det for eksempel til udtryk både politisk og samfundsmæssigt med den hyppigt anvendte retorik om, at det er et spørgsmål om at have "varme hænder" og ikke specialviden og kompetencer som sygeplejerske.

Derfor kan den aktuelle sygeplejerskemangel også, set i den optik afhjælpes ved at importere sygeplejersker fra Indien og Filippinerne, gøre sygeplejeuddannelsen kortere, eller ved at tvinge alle sygeplejersker, uanset (videre)uddannelsesniveau og stilling, til at varetage specialiseret patientpleje som kræver særlige kompetencer.

Sygeplejerskers specialespecifikke komplekse plejeopgaver, kræver uddannelse ligesom lægerne, som heller ikke kan varetage specialespecifikke komplekse behandlingsopgaver, før de er videreuddannet til dette!

Ulighed & forskelsbehandling

Mine egne samt andres oplevelser, erfaringer og undersøgelser i forhold til ulighed og forskelsbehandling generelt set, er utallige, og det vil være alt for omfattende at beskrive dem alle. I det følgende vil jeg derfor lave fire forskellige nedslag i mit arbejdsliv i perioden 1984-2024, om mine oplevelser med faghierarkier, uhensigtsmæssig magtudøvelse, forskelsbehandling og omsorgssvigt, med konkrete praksiseksempler fra praksis i sundhedsvæsenet. Eksemplerne viser desværre også, at trods mange forskellige tiltag, så er der ikke sket væsentlige ændringer på ulighedsområdet indenfor sundhedsområdet i de sidste 40 år, så derfor vil jeg efterfølgende give nogle bud på hvorfor det både er og kan være så svært at ændre på nogle åbenlyse uhensigtsmæssige og uacceptable ulighedsforhold.

Sygeplejersken som lægens hjælper, og "pæn pige"

Jeg blev uddannet som sygeplejerske i 1984 og blev ansat på en almenmedicinsk afdeling. Den herskende kultur var stærkt præget af, at lægerne var højest i hierarkiet og øverst på rangstigen – *"doctors knows everything"* – og at det var en biomedicinsk tilgang til behandling og pleje, der var i højsæde.

Vi sygeplejersker skulle være lægens hjælper, udføre ordinationerne og ikke stille for mange spørgsmål – især ikke hvis spørgsmålene var af kritisk karakter. Mange af de scenarier som der præsenteres i tv-serien "Sygeplejeskolen" kan jeg nikke genkendende til!

Jeg oplevede også hvordan patienter som blev indlagt under diagnosen "causa. socialis", eller ældre kronisk syge patienter generelt, blev nedprioriteret og ulige behandlet i forhold til andre grupper af patienter, hvilket blandt andet havde den konsekvens, at vi i plejegruppen nogle gange "gemte" patienterne når der var stuegang, så lægerne ikke udskrev dem, fordi de var behandlingsmæssigt færdige, men ifølge vores vurdering ikke psyko-socialt eller eksistentielt var klar til udskrivelse.

Efter 1 års ansættelse kunne jeg ikke længere tolerere denne kultur, så derfor søgte jeg en stilling som leder på en geriatrisk afdeling (Langtidsmedicinsk). Dette kom den mandlige overlæge for øre, og en dag kom han hen til mig og sagde:

Jeg hører du har sagt op og i stedet vil på Langtidsmedicinsk afdeling – du har da ellers et både kønt og klogt hoved, og det har vi læger brug for her i afdelingen, så hvad i alverden vil du på hospitalets losseplads-afdeling?

Jeg forstod ikke helt alvorligheden og diskriminationen i overlægens udsagn, men kan huske at jeg tænkte: **"godt jeg skal væk herfra"**.

De første geriatriske teams i Danmark

I min nye stilling på Geriatrisk afdeling, fik jeg både fagligt og (delvis) økonomisk frirum til at ansætte plejepersonale, som brændte for at give geriatriske patienter og deres familie en medmenneskelig pleje og omsorg.

Vi havde gennemgående et respektfuldt og konstruktiv tværfagligt sundhedsfagligt samarbejde også ledelsesmæssigt, hvilket havde den betydning, at vi i fællesskab kunne drøfte hvordan vi bedst kunne imødekomme de geriatriske patienters behov, ud fra et helhedsorienteret perspektiv. Vi var blandt andet, den første afdeling i Danmark, der etablerede Geriatriske Teams som bestod af læger, sygeplejersker og terapeuter, som også havde opsøgende og ud-kørende funktioner.

Økonomi og målbare resultater før omsorg

I 1995 sagde den daværende ledende oversygeplejerske (chefsygeplejerske) op, og der kom en ny ledende oversygeplejerske, som, i overensstemmelse med New Public Management-bølgen på nationalt plan, havde mere fokus på økonomi og regneark som metoder til at fremvise målbare resultater, end på værdien og betydningen af omsorgsfulde relationer. Det fik store konsekvenser for både patienterne og os som personale, da vi ikke længere kunne opretholde den personcentrerede og helhedsorienterede kultur, vi havde praktiseret gennem 10 år.

Den ledende oversygeplejerske indførte blandt andet, at alle patienters plejetyngde skulle beskrives og dokumenteres i et Excel-ark – men plejetyngden havde kun fokus på den fysiske tyngde, og ikke patienternes eksistentielle omsorgsbehov. Denne skelnen var stik imod vores hidtidige helhedsorienterede tilgang til patienterne, hvilket vi som samlet personale-gruppe gjorde indvendinger imod, men vi talte for døde øren, og til et møde sagde hun direkte:

Jeg kan høre, I er uenige i min beslutning, men jeg er lederen og derfor har jeg også det sidste ord at skulle have sagt, og jeg siger, at vi fastholder plejetyngdemålingerne som grundlag for at regne ud, hvor meget tid I skal bruge hos de enkelte patienter.

Der blev ligeledes iværksat mange andre besparende foranstaltninger, som gik ud over patienternes trivsel, og jeg kunne ikke acceptere, at jeg som klinisk sygeplejefaglig leder hele tiden skulle gå på kompromis med mine idealfaglige værdier.

Da jeg fik muligheden for at indgå i et treårigt forskningssamarbejde, og få orlov fra min stilling i tre år, sagde jeg derfor ja tak til dette.

Renommé og ledelsesmagt overtrumfer evidente forskningsresultater

I forskningsprojektet fik jeg mulighed for at forske i et for afdelingen og mig væsentligt tema: nemlig hvordan beslutningsprocesser foregik mellem læger, sygeplejersker og ældre kronisk syge patienter – herunder hvilken betydning patienternes egne ønsker til deres forløb, blev tillagt.

Forskningsarbejdet resulterede i en forskningsrapport med titlen *"Dialogen der blev væk"* (Kjerholt 2000). Feltstudierne gennem to år afdækkede et fortrinsvis biomedicinsk og instrumentelt syn på patienterne, hvilket havde den betydning og konsekvens, at patienternes holistiske behov ofte ikke blev imødekommet.

Jeg var overbevist om, at afdelingsledelsen på den afdeling, jeg selv var ansat i, ville forholde sig sagligt og professionelt til resultaterne og igangsætte udviklingstiltag for at ændre på den aktuelle beslutnings-procedure – herunder også det gældende biomedicinske menneske og patient syn.

Men sådan gik det ikke: I stedet blev jeg indkaldt til samtale med afdelingsledelsen, som kritiserede mig for at have publiceret resultaterne, uden de havde læst og godkendt dem først. Et tiltag som jeg ikke havde taget, idet mine forsknings-vejledere og forskerkolleger havde valideret mine fund. Ledelsen sagde direkte, at jeg *"hængte vores beskudte vasketøj offentligt til tørre"* og selv om jeg på det tidspunkt havde været ansat i pågældende afdeling i 15 år, valgte jeg selv at sige op, da jeg ikke følte, der var grundlag for et fremtidigt ligeværdigt konstruktivt samarbejde mellem afdelingsledelsen og mig.

Disrespekt for, og underkendelse af, omsorg, sygepleje og sygeplejerskers komplekse virksomhedsområder

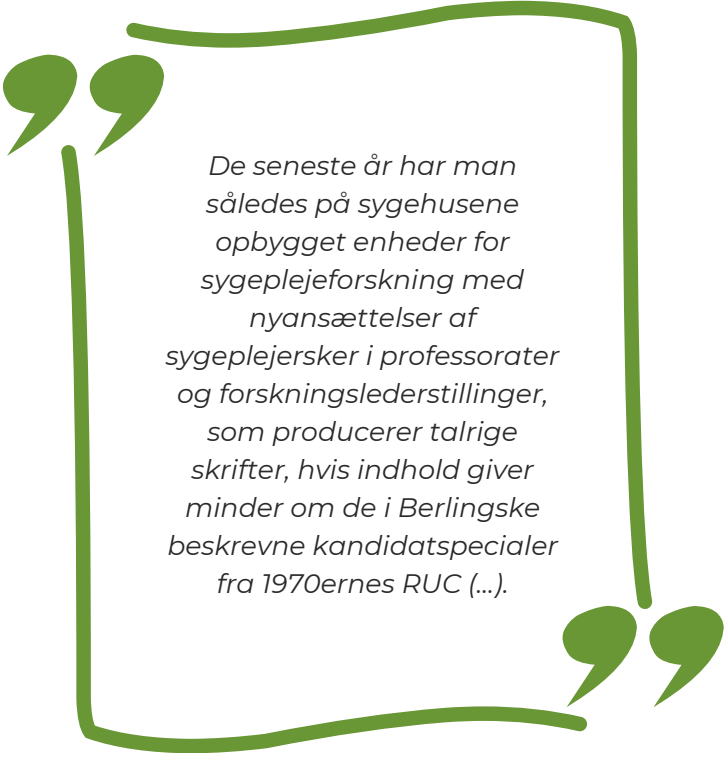
Dernæst fulgte 25 år, hvor både min sygeplejefaglige baggrund, ledelse, udvikling og forskning gik hånd i hånd med klinisk hospitalspraksis.

Trods mange forskellige undersøgelser i forskellige settings, som blandt andet afdækkede udfordringer med både anerkendelse af og respekt for sygepleje, sygeplejersker og deres forskning, samt udfordringer med at sikre omsorgsfulde og medmenneskelige relationer til patienterne og i personalesammenhænge, og konkrete løsningsforslag (Kjerholt 2004, 2011), så afstedkom disse undersøgelser ikke nævneværdige eller synlige konkrete ændringer i og af den undersøgte praksis.

Et konkret eksempel på de udfordringer og den modstand jeg har beskrevet ovenfor, fremgår af en Kronik, skrevet i 2021, af tre læger fra en hospitalsafdeling (Berlingske, 2021). De postulerer i Kronikken, at der i dagens sygehusvæsen er:

*...ansat en hær af sygeplejersker
– de såkaldt
"privattøjssygeplejersker...
hvis funktion på ingen måde er
klar for os. Sygeplejefaget med
sygepleje-vice-direktører, ledende
over-sygeplejersker,
afdelingssygeplejersker,
afdelingssouschefer, udviklings-
sygeplejersker, sygeplejeforskere,
kvalitetssikrings-sygeplejersker
etc. er præget af en lang række
ansættelser, som bidrager
beskedent til den daglige drift,
men er ekstremt omkostning-
stung.*

De postulerer videre:



De seneste år har man således på sygehusene opbygget enheder for sygeplejeforskning med nyansættelser af sygeplejersker i professorater og forskningslederstillinger, som producerer talrige skrifter, hvis indhold giver minder om de i Berlingske beskrevne kandidatspecialer fra 1970ernes RUC (...).

Citaterne taler for sig selv, og siger i den grad noget om nogle lægers dybt respektløse og nedladende syn på kolleger og samarbejdspartnere, når de er kvinder, sygeplejersker, ledere og forskere!

Giftig og krænkende kultur

Jeg kan tilføje, at trods massiv kritik og modsvar på lægernes krænkende insinuationer og postulat, samt tilbagevisning af disse fra forskellige instanser, både nationalt, regionalt og lokalt, så havde det ikke nogen konsekvenser for de tre lægers fortsatte ansættelse i afdelingen, som derfor stadig kan praktisere giftig og krænkende adfærd og kultur.

I samme boldgade kan jeg fortælle, at flere mandlige lægekolleger ofte har stillet negative spørgsmålstegn ved mig som praksisforsker og om min praksisforskning, som de ikke mener, **"kan kaldes forskning, men kun udvikling"**. De argumenterer med, at mit forskningsfelt omhandler udvikling af praksis, og at forskningstilgangen er humanistisk funderet **"...hvilket jo ikke er rigtig forskning..."**.

Videnskabelig arrogance

De negative ytringer, kan tages som et udtryk for, at de hverken anerkender, respekterer, eller er åbne og nysgerrige for andre forsknings-tilgange, end den fremherskende naturvidenskabelige og biomedicinske forsknings-tilgang. Et andet ord for det, er ensidig videnskabelig arrogance!

Opgør med ronkedorer

Det er selvfølgelig ikke alle læger som har dette dybt nedladende og respektløse syn på kvinder eller kvindelige kolleger, og jeg har gennem alle årene haft mange ligeværdige og respektfulde samarbejdsrelationer med læger, hvor vores fælles mål har været at sikre helhedsorienterede og individuelle patientforløb. Disse læger har også negative oplevelser med sådanne lægefaglige ronkedorer, men som flere af dem har sagt til mig, så enten tør eller magter de ikke at sige fra overfor disse magtfulde ronkedorer af frygt for deres egen fremtidige karriere, eller også har de forsøgt at sige fra, men uden effekt, eller også trækker de på skuldrene af dem, og accepterer adfærden.

Som en af lægerne sagde **"det er business as usual, så det bruger jeg ikke min tid på at bekymre mig om – jeg passer bare mig selv"**.

Umiddelbart kan dette jo være en forståelig måde at håndtere problematiske kolleger på, men kan have katastrofale konsekvenser for både en afdelingskultur og organisationskultur, hvilket følgende citat af Lars Behrendt, på fineste vis udtrykker (LinkedIn-opslag, 07082024):

"Nothing kills a great employee faster than tolerating a bad one. -If you want great company culture, start by getting rid of office politics, favoritism, bullying"

"Culture eats strategy for breakfast"

Der findes som tidligere skrevet et utal af litteratur, der både afdækker køns-ulighed, fag-ulighed, ulighed i akademiske og forskningsmæssige sammenhænge, omsorgssvigt, og at sundhedsvæsenet lider. Der mangler således hverken viden eller evidens om de eksisterende problemer.

Der er tillige skrevet et utal af både international og national litteratur, som angiver mulige løsninger på problemerne (McCormack et al 2021, Kjerholt 2004, 2011, 2021, Aaskov Falch & Danbjørg 2023, Holten 2024, Larsen & Sodemann 2024).

Struktureret uvidenhed

Det er med andre ord ikke manglende viden, men manglende omsætning af denne viden i og til praksis, der er årsagen til, at de store uligheder i vores samfund og vores sundhedsvæsen stadig eksisterer... så hvorfor omsættes den eksisterende viden ikke i praksis?

Måske fordi der er for meget på og i spil, for de parter, der aktuelt er privilegerede, og dermed har vendt det blinde øje mod de åbenlyse problemer der er på en lang række områder, blandt andet i vores sundhedsvæsen.

Det kalder nogle for privilegieblindhed, andre kalder det *“epistemology of ignorance”* eller *“struktureret uvidenhed”*.

Det dækker over, at man som både samfund og person kan vælge, enten bevidst eller ubevidst, at se bort fra fakta, uhensigtsmæssige magtstrukturer, magt-anvendelser og hierarkier for egen vindings skyld! Den tidligere, Danmarks første kvindelige statsminister og feminist, Helle Thorning-Schmidt (2021) beskriver Køns-uligheden på følgende måde:

De mennesker der benægter den kønnede forskel, har en ekstrem mangel på selverkendelse, en total mangel på forståelse for det ståsted man selv har i verden, og de privilegier man har. At man er ude af stand til at se, at andre ikke har samme muligheder, som man selv har, er selve definitionen på privilegieblindhed

Skulle der være nogle læsere der stadig sidder tilbage med, at det bare er “synsninger”, så er der belæg at hente i bogen *“Køn og karrierer i Akademia -Bag facaden”*, hvor de to professorer Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer gennem interview af 173 lektorer og professorer har evidens for, at det foregår. (Læs anmeldelsen [HER](#)).

Årsagen til opretholdelse af (uhensigtsmæssig) status quo kan også være egne blinde pletter, manglende mod eller konfliktskyhed til at ændre på en given kultur, eller manglende kompetencer til at igangsætte ændringer i og af praksis. I forhold til sidstnævnte kan dette læres, eller man kan ansætte nogle der kan!

Hvad kan/skal vi gøre for at mindske uligheden?

Jo ældre jeg bliver, jo mere bliver jeg understøttet i, at Ting Tager Tid – ikke mindst når det drejer sig om at ændre en given (hospitals)kultur med alle dennes indlejrede hierarkier, magtstrukturer og favorisering af naturvidenskabelige og økonomiske værdier, men en ændring KAN lade sig gøre, hvis både politikere og sundhedspersonale, både på ledelsesniveau og klinisk praksisniveau, har vilje og mod til at igangsætte en sådan kulturændring. Dansk Sygeplejeråds forkvinde, Dorthe Boe Danbjørg, angiver i et nyligt interview (Danbjørg 2024) at:

I en tid, hvor der skal prioriteres, og sundhedsvæsenet i den grad er præget af den medicinsk-teknologiske udvikling, skal vi også have overbevist beslutningstagere og politikere om, at vi kan løse mange af sundhedsvæsenets udfordringer ved hjælp af sygepleje – hvis der vel at mærke er tid til sygepleje, og sygeplejen bliver prioriteret

Hun angiver desuden:

Kort fortalt er budskabet, at sygeplejersker skal lede sygeplejen, og at sygeplejerskerne skal sidde med ved bordet, når der træffes beslutninger om sygepleje, udvikling og prioriteringer i sundhedsvæsenet – på alle niveauer

Ulighed er ikke et naturgivent fænomen, men opstår, opretholdes og gives næring af mennesker, så derfor kan vi også gøre noget ved det – hvis vi vil! Jeg vil derfor slutte mit indlæg med følgende opfordring:

"Vær mod andre, som du ønsker de skal være mod dig "

Tænk over hvilket samfund du ønsker at være en del af, og tænk over hvilke samfunds-strukturer og værdier, der er med til både at hæmme og fremme et sådant samfund.

Trods Sisyfos-arbejdet er mit vigtigste råd derfor:



Mette Kjerholt er ansat på Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, men skriver her som privatperson.

Referencer

- Marså K (2024): Lægen der gik ud for at lede efter medmenneskeligheden. Journalistartikel af Liza Søgaard Kristeligt Dagblad, 20/6-2024.
- "Omsorg under forandring 1" (2024): Tidsskrift for Forskning i Sygdom & Samfund, nr 40
- Holten E (2024): "Underskud. Om værdien af omsorg". Politikens Forlag
- Mik-Meyer N & Järvinen M (2024): "Køn og karriere i akademien – bag facaden". Hans Reitzels forlag
- Kjerholt M (2000): "Dialogen der blev væk. Et studium af kommunikation og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og den svage gamle patient". Forskningsrapport, geriatrisk afdeling, Glostrup hospital
- Kjerholt M (2004): "Omsorgssvigt i plejen til gamle – hvad og hvorfor". Kandidatspeciale, Institut for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet
- Kjerholt M (2011): "Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt". Ph.d.-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
- Kjerholt M (2020). "Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst - aktionsforskning med en small scale tilgang" I: Aktionsforskning i sundhedsvæsenet. Ideer til kommunikative og innovative forandringer i en sundhedsfaglig praksis. Aalborg Universitetsforlag
- Danbjørg D B (2024): Uddannelse er fundamentet for professionen. Sygeplejersken, 124.årgang, nr 5, s 64)
- McCormack et al (2021): McCormack, B; McCance, T; Bully, C.; Brown, D.; McMillan, A.; Martin, S. (Eds.), Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice. Wiley Blackwell, Oxford, UK.
- Aaskov Falch L & Danbjørg D B (2023): Et sundhedsvæsen for fremtiden. Sygeplejersker viser vejen. Samfundslitteratur
- Lars Behrendt, LinkedIn-opslag på hans hjemmeside, 0708-2024
- Jensen M K, Hansen P B, Møller M (2021): Tre overlæger med tilsammen 100 års erfaring: "Sundhedsvæsenet har ikke brug for flere penge, men et opgør med den "administrative parallelverden"". Kronik i Berlingske, 17/11-2021.
- Thorning-Schmidt H (2021): "Blondinens betragtninger – om køn, feminisme og #metoo". Forlaget 28B, ApS
- Larsen K & Sodemann M (2024): "Ulighedens drejebog. Sådan virker social ulighed i sundhed". Samfundslitteratur