Bro mellem sygeplejersker og fremtidens sundhedsvæsen!

Om velfærd, rekruttering/fastholdelse, kompetencer og ulighed

- Sociologiske og historiske perspektiver:
- 1. Hvor kom vi fra?
- 2. Hvor står vi nu?
- 3. Hvordan kan vi se fremad?

UCSF
Center for Sundhedsfaglig Forskning

DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET

Rigshospitalet
UCSF & Institut for Folkesundhed

- Kristian Larsen, Professor, KU Institut for folkesundhed & Forskningsleder Universitetshospitalernes Center for Sundhedsfaglig Forskning (UCSF).

kristian larsen

- Spl. (1983), Kandidat pæd/soc (1994); ph.d.(2000)
- Ansættelser: Spl. Uddannelse (Fensmarksgade/BBH), DSH (Nørre alle), UCSF 2001-2), KU/pædagogik, DPU/AU (2002-9), OsloMet Uni (2009-13); AAU (Sydhavn) (2013-19), UCSF (2019-)
- Ph.d. vejledning, Ph.d. kurser, Kandidatuddannelser, masteruddannelser
- Profil: Sociologi (Bourdieu), Pædagogik (uddannelse, læring), Sundhed.
- Videnskabsteori (epistemologi, objektkonstruktion, teori/empiri, metode (observation, interview, dokument) – makro-meso-mikro;

• Sundhedssociologi;	kropssociologi, diagnoser, magt, selftracking
• Ulighed i sundhed;	sundhedskapital, reproduktionsteori
• Uddannelsessociologi,	læringsstudier, teori/praksis, kompetence
• Profession;	profession, patient, rehabilitering, arbejdsmiljø
• Materialitet;	krop-rum; artefakt, teknologi, sociomaterilitet

Referencer

- 2018: Larsen K, Hansen G, Østergaard D, Bruun B. Fremtidens kompetencer i sundhed: litteraturstudie og interviewundersøgelse ved AAU og CHR, Region Hovedstaden. Kbh.: Region Hovedstaden, Center for HR; 2018.
- 2017: Larsen K, Juritzen TI, Knutsen IR & Feiring M. Hva er kritikk i helsefagene og hva skal vi med kritiske perspektiver? I: Feiring M, Juritzen TI, Knutsen IR, Larsen K, red. Kritiske perspektiver i helsefagene: utdanning, yrkespraksis og forskning. 1. udg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 309-34.
- 2014: Larsen K, Emmerich Hansen P, Højbjerg K, Dige MB. Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle: om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne: afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt. Hellerup: Implement Consulting Group; Aalborg: Aalborg Universitet; 2014.
- 2021: (30.9.21 published) Ernst J, Robinson S, Thomassen OJ, Larsen K, eds. Pierre Bourdieu and organization: critical studies in global and transnational contexts. 1st ed. New York: Routledge; 2022. Routledge Studies in Management, Organizations and Society (12 chapters).
- https://www.fagbladetfoa.dk/Artikler/2021/06/18/Professor-At-tale-ned-til-plejefagene-draeber-arbejdsglaeden
- 2021:Larsen K. Der er gode grunde til, at det er svært at rekruttere velfærdens frontpersonale [avisartikel]. Politiken 2021 Jun 2; Sect. 1:8.
- 2021: Larsen K. Sundhedskapital: investeringer i kroppen. 1. udg. Kbh.: Samfundslitteratur; 2021 https://samfundslitteratur.dk/bog/sundhedskapital
- 2020: Larsen K, Hindhede AL, Larsen MH, Nicolaisen MH, Henriksen FM. Bodies need yoga? No plastic surgery! Naturalistic versus instrumental bodies among professions in the Danish healthcare field. Soc Theory Health 2020 Nov 10. https://doi.org/10.1057/s41285-020-00151-z. Online First.
- 2023; Kristeligt dagblad, ugens profil maj.
- 2021: Larsen K, Hindhede A, Henriksen FM. Sundhedskapital blandt danske sundhedsprofessionelle: en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af kropsopfattelser og distinktion blandt forskere, klinikere og studerende i Danmark. Praktiske grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab 2020;14(1-2):43-74.

Primære målgrupper og samarbejdspartnere

UCSF
Center for Sundhedsfaglig Forskning

VEJLEDNING/UNDERVISNING

- **Ph.d.-stud.** KU, AAU, SDU/ Reg. H
- **Cand.scient.san.** (KU)
- **Samfundsvidenskab**
- **Forskerkursus** professions-bachelor i klinisk praksis Reg. H's hospitaler
- **Eks. Fast Track** – implementering og evidens afdelingsspecifikke kliniske teams Reg. H's hospitaler. Nye aktiviteter på vej.

UCSF

PATIENTNÆR KLINISK INTERVENTIONSFORSKNING FORSKNINGSSAMARBEJDE

- **Andre (tværfaglige) forskere,** teoretiske institutter, Uddan. institutioner
- **Andre klinikere** i Reg. H med forskningskompetence eks. lokale forskningsledere
- **Professionsbachelorer**/syge-plejersker/fysioterapeuter, jordemødre, ergoterapeuter uden forskningskompetencer

Patientbehandling/samarbejde

- **Krop & Kræft** teamet samarbejder med læger/sygeplejersker fra onkologiske/hæmatologiske afdelinger Riget, Herlev, Hillerød

UCSF 41 projekter

- Typologi:
  - **1. ‘Klinisk fokuserede**’: Kræft, lymphedema, træning, massage, skridttæller, symptomhåndtering, FIM, intervention/klinisk retningslinjer, ‘golden standard’, meta-syntese/analyse, retrospektiv analyse

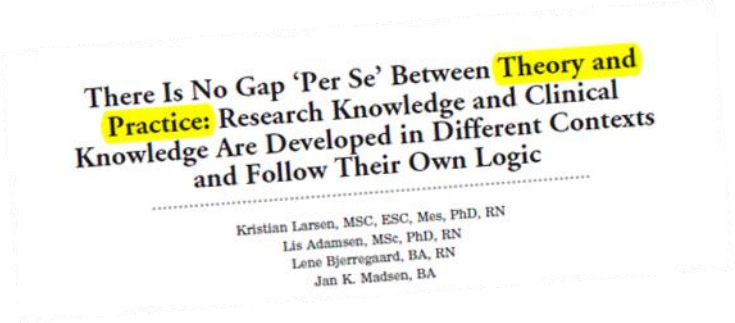
  - **2. ‘Tjeneste fokuserende’:** Ulighed, profession, bruger/involvering, palliation migration/diversitet (høretab), træning ude uddannelse (supervision, sundhedsrådgivning, ‘norm building’ patientundervisning, ‘udeliv’

1. Hvor kom vi fra?

Hvordan har sygeplejen som uddannelse, klinik og forskning forandret sig

Forskning udvikling

- 1920’erne USA, kandidatuddannelser og ph.d.forløb
- 1950’erne Storbritannien
- 1970’erne Norge, Sverige, Finland
- 1990’erne Danmark


There Is No Gap ‘Per Se’ Between Theory and Practice: Research Knowledge and Clinical Knowledge Are Developed in Different Contexts and Follow Their Own Logic

Kristian Larsen, MSC, ESC, Mes, PhD, RN
Lis Adamsen, MSc, PhD, RN
Lene Bjerregaard, BA, RN
Jan K. Madsen, BA

Scandinavian Journal of Caring Sciences
EMPIRICAL STUDIES
doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00676.x

Emergence of Nordic nursing research: no position is an Island

Kristian Larsen MSc, Ed.st. PhD, RN (Associate Professor)[1], (Professor)[2] and Lis Adamsen MSc, Soc. PhD, RN (Professor)[3,4]

[1]Department of Educational Research Programme for Environmental and Health Education, The Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Denmark, [2]Faculty of Nursing, Høgskolen i Oslo, Oslo, Norway, [3]Faculty of Health Sciences, Copenhagen University and [4]Centre for Nursing and Care Research (UCSF), Department 7331, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

De Bindegale Sygeplejersker’
var græsrødder i 80’erne og 90’erne. De var kritiske overfor medicinsk dominans i sygeplejen og sundhedsvæsenet, og de var samtidig centrale i den fremvoksende akademisering af sygeplejen.

- Jette Joost Michaelsen , sygeplejerske, cand.com. ph.d.
- Pia Ramhøj , sygeplejerske, mag.art.
- Kristian Larsen , sygeplejerske, cand.phil., ph.d., professor
- Jytte Møller Christensen , sygeplejerske, cand.techn.soc., MPH
- Helle Ploug Hansen , sygeplejerske, mag.scient., ph.d., professor emirita

- Fag & Forskning, webartikel, publiceret: 2. maj 2023

- 1981 (85) ‘De bindegale sygeplejersker’ Jette Joost, Tine Rask Eriksen, Jytte Møller, Helle Ploug Hansen..
    - Universitet:/kandidat: RUC, KU, AU..
    - DSH:/diplom/del I-II: Ved Aarhus Universitet: København/Aarhus

- 1. Forskningsinstitutioner
    - 1980 DISS (Dansk Sygeplejeråd); 1990 UCSF..
    - Professorater i dk; 1993 Salling Larsen; 2002 Kirkevold; 2006 Wagner/Adamsen; 2012 Delmar/Egerod..
    - Professorater i no: 1976 M. Lorensen; 2009 Petersen; 2010 Larsen.. (27 i dag) https://dsr.dk/fag-og-forskning/forskning/find-en-forsker
    - 2016 ph.d 163 (63 i gang)
- II. Uddannelsesinstitutioner
    - 1920 USA; 1950 UK; 1970 No/Sv; 1990 DK
    - 1991 cand.cur; 1997 cand.scient san;
    - .. RUC, KU, AAU, AU, Syddansk..
- III. Kliniske forskningsinstitutioner
    - Hospitaler, kommuner?

- 2019

Forskning og udvikling gennem 50 år

- Udvikling af Forskning, Uddannelse og klinik

- **Benefit:**
- 1. Nye uddannelser, forskning, klinikudvikling
- 2. Udviklet innovation ift. fasttrack, produktivt ift. indlæggelser/behandlinger, ambulant/korttidsindlæggelser, færre liggesår mv. –

- **Cost:**
- 1. Personale: Velfærdskrise: Rekruttering og fastholdelse af sundhedsfagligt personale
- 2. Ulighed: medicinske; kroniske; multimorbiditet; komplekse; svage/svækkede grupper (psyk/soma); kommunikative dimensioner; overgange/forløb – skæve forløb
  - Korte, afmålte, intensive møder mellem fremmede! – idealer om indlevelse/subjekt, men objektgjort

2. Hvor står vi nu?

- Hvad er status i dag og hvilke udfordringer ser vi aktuelt?
- Om rekruttering og fastholdelse ift. ændringer i sundhedsfeltet

Rekruttering og fastholdelse

- Velfærdsstats krise:

- Sygeplejen: En fremskrivning foretaget af Dansk Sygeplejeråd viser at det danske sundhedsvæsen i 2025 vil mangle 6.000 sygeplejersker (Grete Christensen og Dorthe Boe Danbjørg, 2021), og yderligere være udfordret af at 62 % af allerede ansatte sygeplejersker i regioner og kommuner overvejer at søge nyt job, og heraf overvejer 37 % helt at forlade faget (Dansk Sygepleje Råd (DSR), 2020). Disse tal, som er opgjort før ”sygepleje-strejken 2021”
  - Larsen og Sodemann i proces (2023/24)

Rekruttering og fastholdelse

- Mulige modsætninger
- Sundhedsfeltets behov og Ungdommens

- Kamp om de dygtige med andre offentlige, private, NGO organisationer
- Det skal være spændende og attraktivt at være ansat i sundhedssektoren
  - Fare for forarmelse-proletarisering
- Interessant, afvekslende og rummer personlige udfordringer (i arbejdslivet)

Hvordan kan vi analysere det?

- Først skal vi konstruere problemstillingen:
  - ‘mangel på sygeplejersker’?
    - Hverdagslig konstruktion:

    Løsning: Mere/bedre uddannelse og højere løn

  - MEN (*hvad er problemet bag problemet!*)
    - socialvidenskabelig konstruktion:

    Løsning:

    1. Historiske og Sociologiske forklaringer

    2. Revurdering af velfærdsstaten, dens institutioner og professioner

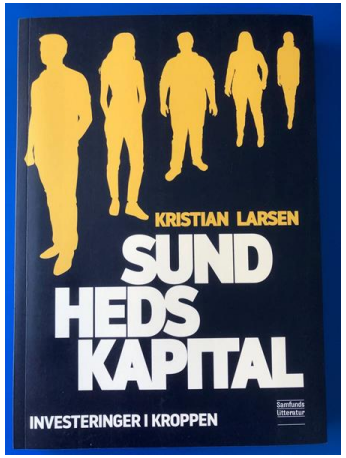
Wicked problems

- In contrast to ‘tame’ problems, wicked problems are ill-defined, ambiguous, contested and subject to multi-layered **interdependencies** and complex social dimensions (Rittel and Webber 1973; Termeer et al. 2013)

- Ikke kun lønspørgsmål
- Ikke kun …

Mangel på sygeplejersker -et wicked problem!

- (Professions)Sociologiske perspektiver
  - Pierre Bourdieus relationelle sociologi
    - Larsen, K (2021) Sundhedskapital: Investeringer i kroppen. Samfundslitteratur. Kap 5. ‘Folkesundhed, politik og økonomi’ & ‘kapitel 6. profession’ https://samfundslitteratur.dk/bog/sundhedskapital
  - Andrew Abbott professionsteori
    - Abbott, A. (2014). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago press.
    - Abbott, A. (2005). Linked ecologies: States and universities as environments for professions. *Sociological theory*, *23*(3), 245-274.



Historiske og sociologiske analyser

- **I. Sundheds- og omsorgsarbejdet er forandret**: Patient er blevet klient, forbruger og kunde. Behandling og pleje er blevet ’fast track’, ’standardisering’, ’evidens’ og dokumentation. Indlæggelsestiden er ikke 10 dage, men en. Arbejdet er noget andet end for blot 15-20 år siden. Der er sket en instrumentalisering og effektivisering af arbejdet. En af-humanisering for ansatte og brugere.

Forandringer i og om klinikken

Arbejdet er ændret

- 1 Samfundet
  - Globale forandringer; Statens og politiske forandringer - social ulighed i sundhed
  - Patient, bruger, for-bruger, kunder! 'hver sin egen sundheds smed'!

- 2 Professioner og viden
  - Specialisering, arbejdsdeling – 37 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 har ændret sig
  - Takstordninger, effektivisering, produktivitet, flow; 40, 25, 16,1 (1960); 9,5 (1981); 5,2 (2002); 3,0 (2019) & ambulant

- 4 Sygdom og patient har ændret sig
  - Præ-patienter, objekt/subjekt & sundhedsøkonomer?
  - (Larsen 2009, 2010 & 2021)

Psykiatrien

- Flere **diagnoser**
    - Fx at ”forlænget sorgforstyrrelse” bliver diagnose (Diagnoser Brinkmann og Pedersen 2015, p. 230); 20 år i USA 35 gange fordoblet vækst af børn med psyk. diagnose (Ibid., p. 174, Gøtzche)
- Flere og mere **specificerede klassifikationssystemer**
    - ICD (10-11), tests, screeninger, undersøgelser
- Flere **terapeuter**
    - Fx ”psy-videnskaber (psykiatri/psykologi) (p. 232)
- Flere **terapier** (konventionelle/alternative)
- Større **efterspørgsel** efter behandling/støtte
- **Kort sagt: ”*patologisering af normaliteten (og) normalisering af det patologiske***” Nikolas Rose 2018

Sundhedsarbejdet

- 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”).
- Der er nye aktører (patientorganisationer og peer to peer m.v.)

(Larsen, Emmerich, Højbjerg og Dige 2014)

Sundhedskapital: ulighed, krop og sundhed

- Kroppe er pålagt selvomsorg og behov for at optimere sig selv for at gøre sig stærk i forhold til en anmassende og usikker nutid og fremtid ().
  - Den store verden med dens muligheder, udfordringer, krige, sygdomme, viden og styringsformer er () nærværende i alle døgnets timer.
- Kroppe skal optimeres i arbejdsprocesser og produktion på jobmarkedet () ‘End ikke fritiden er fri’
- Kroppe får lyst til og energi af at løbe ture, dyrke fitness, gå til yoga eller meditation, kroppene vil skæres i og tage lægemidler
- Kroppe vil farves eller affarvet, forstørret, opstrammet, formindskes (Iarsen 2020)

FLERE GÅR TIL LÆGEN sundhedstjek, monitorering -

- Uklar grænse rask-syg; at producere ‘unødigt syge’, ‘spild af penge’, ‘skade af patienter’
    - (Welch et al 2011; Brodersen et al. 2018)

- ‘Overdiagnosticering’, ’misdiagnosticering’, ’overtest’ ’skjulte falske positive fund’; ‘falske (negative/positive) testresultater.’

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)

Historiske og sociologiske analyser

- I. Sundheds- og omsorgsarbejdet er forandret: Patient er blevet klient, forbruger og kunde. Behandling og pleje er blevet ’fast track’, ’standardisering’, ’evidens’ og dokumentation. Indlæggelsestiden er ikke 10 dage, men en. Arbejdet er noget andet end for blot 15-20 år siden. Der er sket en instrumentalisering og effektivisering af arbejdet. En af-humanisering for ansatte og brugere.
- II. Sundheds- og omsorgsarbejderne er forandrede: Gratissocialiseringen og ideologien om at ”blive ved sin læst” er undergravet. Omsorgssocialiseringen er ændret og måske udhulet. 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. En rationalisering hos de uddannelsessøgende.
- **III. Proletarisering af kernefunktionerne i vores velfærdsstat?** Udfordringer med øget privatisering ikke bare af det professionelle velfærdsarbejde og men også vækst af individualisering af vilkårlige vilkår for at leve et godt liv. *Husk at de vigtigste vilkår for at lave et godt liv de vælges ikke! Du vælger ikke din mor, din sociale klasse, dit modersmål, din hudfarve. Du kan blive ’ramt af’ en lidelse eller en sygdom.* Velfærdsstaten er udviklet ud fra ideen om at hjælpe, støtte og kompensere for den vilkårlighed.

- Hvad gør vi!
    - Hverdagslig konstruktion:

    Løsning: Mere/bedre uddannelse og højere løn

  – MEN NU TIL MINISTEREN

  – (*hvad er problemet bag problemet!*)
    - socialvidenskabelig konstruktion:

    Analyse og Løsning:

    1. Historiske og Sociologiske forklaringer

    a. Arbejdet: Hvordan humaniserer og af-instrumentaliserer vi arbejdet? (eller organisering..)

    b. Kompetencer: Hvordan gen-socialiserer vi de uddannelsessøgende til omsorg? (eller service..)

    c. Staten: Hvordan understøtter vi velfærdsstatens institutioner & professioner?

2 minutters snak

Hvad tænker i om den analyse?

Er andre forhold væsentlige at inddrage?

Rammerne om sundhedsområdet - feltet

- Hvor er sygeplejen og hvilke udfordringer

Sundhedsfeltet – positioner, dominansrelationer og interesser

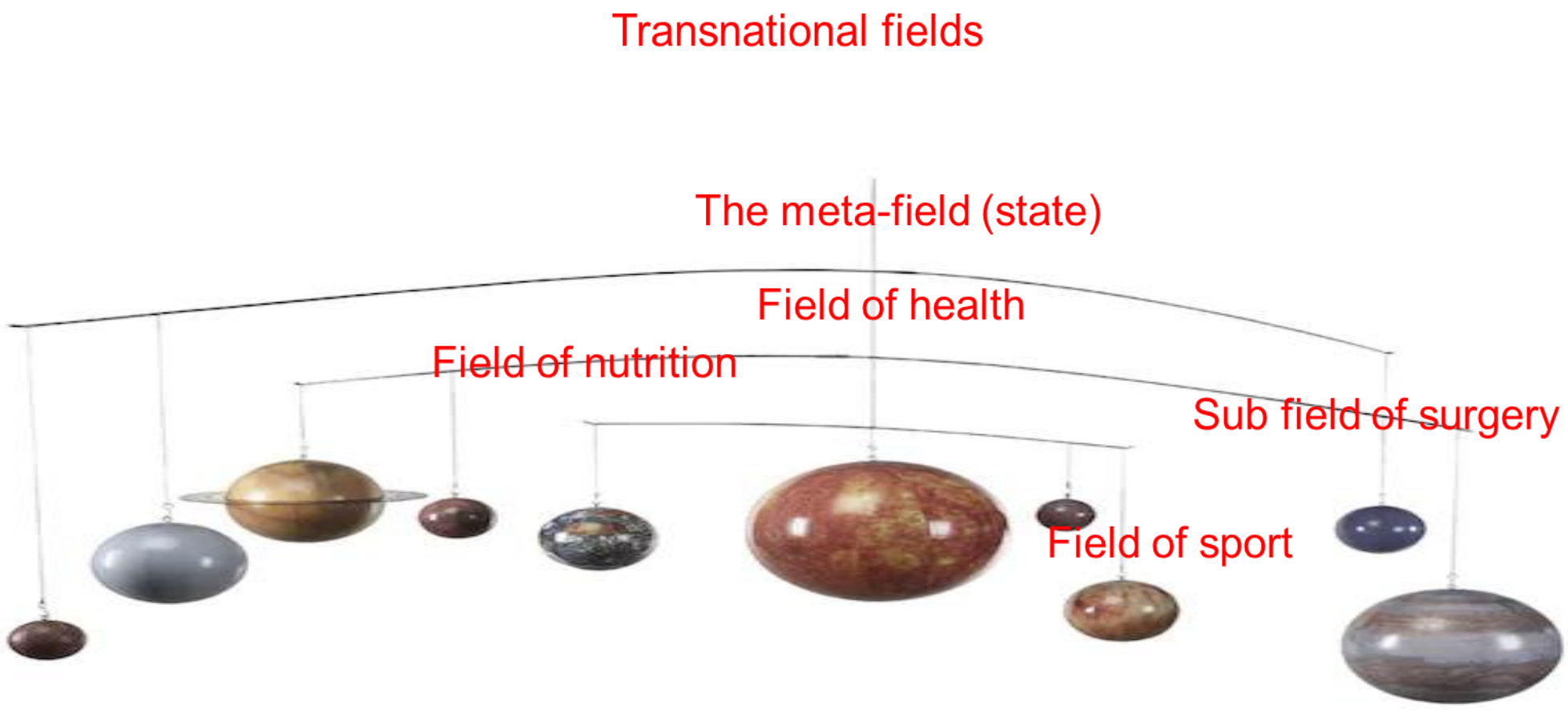
- 1. Økonomisk-verdslige gevinster dvs. økonomiske orienterede poler i metamagtfeltet (lægemiddelindustrien, medicinsk teknologi, forsikringsvirksomheder).
  - At tjene penge.
- 2. Altruistiske og medmenneskelige gevinster dvs. humanitært orienterede poler (Læger uden Grænser, Røde Kors, Folkekirkens Nødhjælp).
  - Styrke næstekærlighed, medmenneskelighed og etik.
- 3. Interesseorganisationer og professionsmæssige gevinster, dvs. interessegruppeorienterede poler (fagforeninger, patientsammenslutninger, Dansk Selskab for Patientsikkerhed).
  - Styrke særlige gruppers indsatser og interesser.
- 4. Politisk-styringsmæssige gevinster, dvs. administrativt orienterede poler (regioner, kommuner, stat, ministerier).
  - Opveje politiske områder, regioner og interesseområder.
- 5. Videnskabelige gevinster, dvs. erkendelsesmæssige orienterede poler (universiteter, forsknings- og udviklingsorienterede institutioner).
  - Producere forskningsviden, herunder akademiske kreditter og publikationer.

Stridigheder metamagtfelt og sundhedsfelt

- **1. Privat offentlig**
- Hvad er privat og selvfinansieret versus varetaget af stat, region eller kommune i forhold til sundhedsrelaterede områder.
- **2. Stat, region og kommune**
- Hvad skal stat, region og kommuner betale og hvilke (kriterier, herunder økonomimodeller skal lægges til grund, udligningsordninger, takstbetalinger, blottilskud
- **3. Forskning uddannelse udvikling**
- Hvilken sundhedsforskning og udvikling skal værdsættes og tilegnes ressourcer og anerkendelse (lægemidler, teknologi, forskning, basisbevillinger, diagnosegrupper)
- **4. Ledelse faglighed og organisation**
- Hvilke professioner/faggrupper og organisationsformer der skal være styrende i sundhedsorganisationer, styrelser og hospitaler. Læger, jurister, økonomer.
- **5. Vidensform**:
- Hvilke vidensformer er legitime; fra evidens, professionsviden, klinisk viden, brugerperspektiver & didaktikker/pædagogiske metoder

- (Larsen 2021 Sundhedskapital. Samfundslitteratur)

Hvordan forklarer vi forandringer på sundhedsområdet?



Mikrokampe mellem professioner

Kampen om delegering af arbejde

- Sociale lov:
- -’ikke delegeres’ relaterer sig til til ’delegering’ & ’videredelegering’ som:
- -’læge’ relaterer sig til sygeplejerske & social- og sundhedsassistent som;
- -’recepter-dødsattester’ relaterer sig til ’behandling med receptpligtig medicin’ & medicingivning’
- (Larsen 2021, Sundhedskapital)

Kampen om 'forbeholdt virksomhed' – kamp om kropsdele og aktiviteter

- Læger
- Tandlæger
- Tandteknikker
- Tandplejere

- at "foretage operative indgreb, som er defineret ved gennembrud af hud og væv og indførelse af visse former for apparatur i de naturlige legemsåbninger, undtaget er f.eks. termometer til temperaturmåling", og at "yde fødselshjælp"
- at "diagnosticere og behandle anomalier, læsion og sygdomme i tænder, mund og kæber".
- at "indsætte og korrigere aftagelige proteser til voksne personer med tandtab, som i øvrigt ikke har sygelige forandringer eller medfødte defekter i bevarede tænder og mund eller kæber".
- at "fjerne hårde tandbelægninger og rodafglatning", "at pudse og polere tandrestaureringer, herunder at fjerne fyldningsoverskud" og desuden på området om "at afpudse tænder"
- (Larsen 2021, Sundhedskapital)

Kampen om forbeholdt virksomhed' – kamp om kropsdele og aktiviteter

- Sygeplejerske
- & diætist, radiograf, bioanalytiker, ergoterapeut

- Titlen som sygeplejerske er beskyttet og 'forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres arbejde. Men faggruppen, herunder ergoterapeuter, kliniske diætister, radiografer og bioanalytikere, har ikke noget 'forbeholdt virksomhedsområde'.
- Sygeplejerskerne er ikke forpligtet til at skrive journal, om end Sundhedsstyrelsen har vurderet, at sygeplejersker skal føre ordnede optegnelser for at opfylde deres pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Men det er 'Ikke skrevet i sten'

- Fysioterapeut

- Fysioterapeuter har fået tildelt betegnelsen forbeholdt virksomhedsområde siden 2017. De kan sammen med kiropraktorer og læger påberåbe sig retten til at 'udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen'. Dette er iværksat med ændring af autorisationsloven i 2017.
- Særligt **savnet af et forbeholdt virksomhedsområde** er selvklart et problem for professionen og et vigtigt og omstridt område for ekspansion

- Larsen 2021, Sundhedskapital

3. Hvordan kan vi se fremad?

- 1. Relateret til ulighed i sundhed
- 2. Relateret til sygepleje fagligt (uddannelse, klinik og forskning)

Ulighed i sundhed

Ulighed og sundhed et par begreber og teorier

- Ulige adgang til sundhedsvæsenet
- Ulige brug af ydelser
- Ulige kvalitet af ydelser
- Ulige effekt af ydelser
    - Lund et al. 2020 p. 89

Ulighedens mange dimensioner

- **1 Global ulighed**: ulige vilkår i verdensdele, regioner og nationer som angår det helt generelle og fundamentale vilkår for sundhed som infrastruktur, rent vand og kloakering,
- **2 Klasseulighed**: ulige vilkår og mulighedsbetingelser i form af særligt økonomiske, kulturelle, sociale og boligmæssige vilkår for sundhed.
- **3 Institutionel ulighed**: ulige institutionelle mulighedsbetingelser i samfund hvilket vil sige uensartede udbud af sygdoms og sundhedsfaciliteter
- **4 Behandlingsulighed**: Ulige i behandling som rækker fra tilbuddet af undersøgelser, opfølgning på behandling, opmærksomhed på individet mv.
- **5 Diagnoseulighed**: Ulige anseelse af lidelser og sygdomme - sygdomme med høj og lav prestige.
- **6 Sundhedsfremmeulighed**: Ulige fordeling af udbud som fremmer sundhed det vil sige politiske tiltag som støtter fremme af sundhed i regioner, lande, byer eller bydele.

- Kristian larsen (2021), ”Sundhedskapital” Samfundslitteratur, København

Ulighed

- Det gælder om at
- -være bosat i **privilegerede verdensdele**,
- -have privilegerede **socioøkonomiske** forhold og
- -gode **institutionelle muligheder** i forhold til sundhed og sygdom, herunder
- -for så vidt man er syg at denne **sygdom tilkendes prestige** og at
- -man er bosat i områder hvor der er et **udviklet system af politiske tiltag som er fremmende** for sundhed og hæmmende af sygdom

Ulighed og valg

- **Ingen har valgt sin mor**,
- ingen har valgt om de fødes som **sorte**, gule, røde eller om de bliver født i en kristen, jødisk, hinduistisk, muslimsk eller buddhistisk familie.
- Ingen har valgt om deres forældre er rige eller fattige.
- Ingen har valgt om deres problem bliver 'livsstilssygdomme' eller 'hungersnød, krig, afmægtighed og magtesløshed".
- **Det fælles for alle mennesker i verden er**, at hver enkelt må improvisere og være entreprenør i deres eget liv uanset hvor, hvornår og hvordan de er blevet født. 'Skabelsen af en livshistorie' foregår på nogle vilkår som er givne snarere end valgte.
- Sociologien kan påpege, at antagelsen om at mennesker i Norge eller i resten af verden har frie og lige muligheder for at vælge det sunde liv, er en meget stærk, velbevaret og velunderstøttet løgn.
  - Larsen og Hansen 2014, p. 47

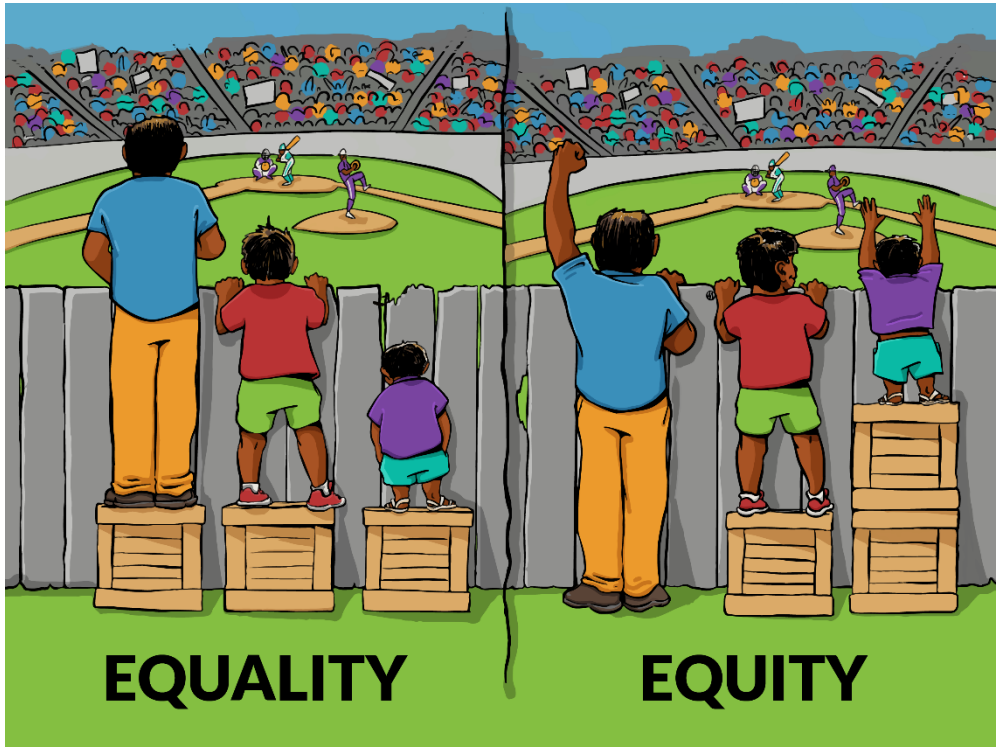
Rigshospitalet

Copenhagen NeuroSurgery

KLINIK FOR HØJT SPECIALISERET
NEUROREHABILITERING &
TRAUMATISK HJERNESKADE

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

For at behandle/involvere lige er vi nødt til at behandle/involvere med ulige praksisser



(Interaction Institute for Social Change | Artist: Angus Maguire)

- **ULIGHEDENS DREJEBOG – SÅDAN SKABER VI ULIGHEDEN I DANMARK: EN VIDENS OG DEBATBOG.**

1. Sådan skaber vi uligheden i Danmark; Giv til de rige og tag fra de fattige – også på sundhedsområdet; Giv de svage mindst!

2. En bog om ulighedens tusind benspænd og deres selvfølgelighed; Sørg først for de stærke patienter! -

3. Om ulighedens tyngdelov; Ulighedens tyngdelov – om hvordan uligheden sikres og forstærkes – trods deklarationer om det modsatte;

4. Ulighedens 1000 benspænd – om ulighedens naturlighed

(Larsen & Sodemann – samfundslitteratur 2023/24)

Velfærdssamfundet er klemt af krævementalitet
Hør Liv og meninger-indlægget læst op i Kristeligt Dagblads app eller på K.dk

Kristeligt Dagblad Lørdag 22. april 2023
Debatredaktør: Johannes Henriksen / debat@k.dk
Denne side er redigeret af Leif Kiil Sørensen

debatprofilen | Ressourcestærke kræftpatienter, der er kommet foran i køen på Aarhus Universitetshospital, viser kun toppen af isbjerget på den dybere og voksende ulighed i sundhedssektoren, mener **Kristian Larsen**, professor i sundhedssociologi

Det er en illusion, at der skulle være lighed i adgangen til sundhedsvæsenet

Alexander Dahl
alexander-dahl@k.dk

PÅ MAVE- OG TARMKIRURGISK afdeling på Aarhus Universitetshospital er ressourcestærke kræftpatienter, der har klaget over lange ventetider, blevet rykket frem på ventelisten. Det kunne DR afsløre i denne uge.

"Næ, næ, det er ikke fair. Men det er jo sådan, at virkeligheden er en gang imellem," udtalte cheflæge Charlotte Buchard Nørager i den forbindelse til DR.

På papiret sikrer sundhedsloven ellers borgerne lige adgang til sundhedsvæsenet, og lægeløftet forpligter lægerne til "lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige".

● Kristian Larsen, du er forfatter til bogen "Sundhedskapital" og professor i sundhedssociologi ved Københavns Universitet, hvor du forsker i ulighed i sundhedssektoren. Hvad tænker du om sagen på Aarhus Universitetshospital, hvor ressourcestærke borgere er kommet frem i køen til kræftbehandlinger?

Det er jeg ikke overrasket over. Det er velkendt, at dem, der kæmper for deres ret, får nogen fortrin. Det gælder også inden for sundhedsområdet. I vores samfund har vi lært, at vi er vores egen lykkes smed. Men vi forventes også at være vores egen sundheds smed. Derfor ringer man mere til lægen og skubber mere til systemet, end man tidligere har gjort.

Sundhedsprofessionelle vil gerne hjælpe alle så godt, de kan, men deres muligheder for det er i tiltagende grad begrænset. De *vil* gerne lighed i sundhed, men de er også mennesker, der bliver ramt følelsesmæssigt, når de præsenteres for patentsituationer. Vi ved, at de patienter, der er rundet af en kultur og nogle værdier, der ligner sundhedspersonalets, er bedre til at få deres sag igennem, da de mestrer det sprog og den tænkemåde, som dominerer i sundhedsvæsenet. Derfor ringer de oftere til sygehuset, og systemet er tvunget til at reagere.

Ved siden af de krævende borgere har vi de mange tavse borgere, der bare ligger i systemet som et stykke papir. De bliver naturligvis taberne. Det er hverken rimeligt eller smukt, men det er sådan, det er. Den lighedsideologi, vi har i sundhedsvæsenet, kamuflerer for, at vi faktisk ikke behandler alle lige.

● Bør det mane til eftertanke hos de insisterende patienter og sundhedspersonalet, der imødekommer deres krav på bekostning af andre borgere?

Det er let at kaste et moralsk blik på både personale, patienter og pårørende, men det er en fejldiagnose. Man skal ikke individualisere ansvaret. Der er tale om et strukturelt problem med et sammenstød mellem efterspørgsel og udbud i sundhed. Vi er blevet vant til at have høje forventninger til sundhedssektoren. De forventninger kan ikke længere indfries. Institutionerne har knaphed på ressourcer og personale, og derfor er der relativt færre, der kan blive behandlet. Når krybben er tom, bides hestene, og de stærke borgere har overhånden.

● Hvad skal man så gøre ved det, hvis løsningen ikke er at moralisere, og årsagen til problemet ofte er så subtil, at personalet ikke bemærker det?

I snart 150 år har grundfundamentet i den danske velfærdsstat været at gøre en ekstra indsats for at styrke de svage borgeres position. Det har man gjort ved at kompensere for de forringede mulighedsbetingelser, de borgere har.

Vi kan ikke hindre de stærke i at kræve deres ret. Det har de gode grunde til, hvis de er alvorligt syge eller gerne vil hjælpe deres pårørende. Men vi kan gøre noget særligt for at støtte de svage. Vi bør tænke meget mere kompensatorisk og lave støtteordninger i form af særlige tiltag og opsøgende arbejde for de borgere, der har sværest ved at begå sig i sundhedsvæsenet.

● Mener du, at det grundfundament i velfærdsstaten, som du beskriver, er ved at forandre sig?

Danmark har stadigvæk et af de mindst ringe velfærds- og sundhedssystemer i verden, men kritikken af sagen på Aarhus Universitetshospital er et forudsigeligt resultat af den voksende ulighed i velfærdssektoren, som især kommer til udtryk på sundhedsområdet. Det fænomen har vi kun set overfladen af, hvis der ikke ændres kurs.

Når regeringen går ind og siger, at den vil styrke borgerens frie valg, så sætter den bare ord på det, der allerede er ved at ske efter mange års øget individualisering. Borgeren er blevet mere ansvarliggjort og har fået flere valgmuligheder. Det er den positive side af historien.

Den negative side er, at statens beskyttelseszone trækker sig tilbage, og det rammer især de svageste borgere. Man ved, at det altid er de stærke borgere, der er i stand til at benytte sig af det frie valg og få adgang til de gode hospitaler og institutioner. ■

▲ Det er velkendt, at dem, der kæmper for deres ret, får fortrin i sundhedsvæsenet, mener professor Kristian Larsen. – Arkivfoto: Ólafur Steinar Gestsson/Ritzau Scanpix.

Kristian Larsen

PRIVATFOTO

Født i Hillerød i 1958.

Professor i folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet.

Tidligere sygeplejerske.

Ph.d. og forskningsleder ved Center for Sundhedsfaglig Forskning.

I debatprofilen interviewer vi hver uge en person, som har bidraget til en af ugens centrale debatter.

11/05/2023 DASYS 10.5.23 Kristian Larsen

Kristeligt Dagblad. Ugens debatprofil lørdag den 22. april 2023, i interview med journalist Alexander Dahl. Her er 10 stikord

- 1. **De som har, får:**
  - Der er velkendt, at de ressourcestærke og dem, der kæmper for deres ret, får nogle fortrin. Det gælder også inden for sundhedsområdet. I vores samfund har vi lært, at vi er vores egen, lykkes smed. Men vi forventes også at være vores egen sundheds smed.

- 2. **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. Desuden er der en række økonomiske incitamenter der gør det mere favorabelt at prioritere de ressourcestærke borgere.

- **3. Ulighedspraksis skal erkendes**:
  - Trods alle idealer har vi i høj grad en - oftest ikke bevidst og naturlig gjort - ulighedspraksis.

- **4. Moral er fejldiagnose:**
  - Det er fejldiagnose at individualisere og moralisere ansvaret hvor nogle patienter får fortrin. Der er tale om et strukturelt problem, med et sammenstød mellem efterspørgsel og udbud ift. sundhed. Borgernes forståelige krav og behov matcher ikke sundhedsvæsenet udbud

- **5. Øgede krav til sundhedsvæsenet:**
  - Der er øget behov for undersøgelse, behandling og pleje fordi flere lever længere, flere sygdomme og behandlinger udbydes og der er øget krav om at vi skal passe på os selv.

- **6. Social sammenhængskraft er et kodeord**.
  - Grundfundamentet i velfærdsstaten er at optimere de svages mulighedsbetingelser. Det gælder de sociale, uddannelsesmæssige og sundhedsmæssige områder. Balancen er at privilegerede borgere nok i højere grad skal klare flere ting selv – samtidig med at der ikke skabes forudsætninger for en stærk privat sektor

- **7. Robin Hood logik.**
  - Gør noget særligt for at støtte de svage. Vi bør tænke meget mere kompensatorisk og lave støtteordninger i form af særlige tiltag og opsøgende arbejde for de borgere, der har sværest ved at begå sig sundhedsvæsenet. Det skal beskrives som ydelser, honoreres og tildeles prestige.

- **8. Forudsigeligt drama**:
  - Kritikken af de forfordelte kræftpatienter er et forudsigeligt resultat af den voksende ulighed generelt, i velfærdssektoren og som især kommer til udtryk på sundhedsområdet. Danmark har stadigvæk et af de mindst ringe velfærds- og sundhedssystemer i verden, men der må ændres kurs.

- **10. Vi HAR og SKAL have råd:**
  - Der er mere end sundhed på spil!: Det er positivt at borgeren er blevet mere ansvarliggjort, og har fået flere valgmuligheder. Den negative side er, at statens beskyttelseszone trækker sig tilbage og det rammer især de svageste borgere. Men vi lever statistisk set bedre – også de privilegerede, når der er en vis økonomisk, social og kulturel lighed i samfundet. Alle er potentielt sårbare og stort set alle vil gerne betale mere i skat. Det giver de nødvendige forudsætninger for at holde en stærk hånd under velfærdsstaten. En stat som er truet på nogle grundkomponenter.
    - Kristeligt Dagblad. Ugens debatprofil lørdag den 22. april 2023, i interview med journalist Alexander Dahl. Her er 10 stikord

Kapitel 14: Ulighed i sundhedspraksis
Kristian Larsen og Anette Hindhede

Anbefaling 1: Supplér biomedicinsk evidens med sociologisk evidens

- De sundhedsprofessionelle, som formidlere af denne symbolske magt, bør være kritiske og ikke blot formidle og implementere biomedicinsk ’viden der virker’, ’evidensviden’ eller ’best practice’ i deres forsøg på at optimere sundhedskapital.
- ..ikke mindst i klinikken er der brug for en kritisk refleksiv bevidsthed. Her skal skabes rum, rammer og rytme for kritisk refleksion;
  - ex ved at grupper af sygeplejersker med samme arbejdsfelt på fastsatte tidspunkter mødes, drøfter og bearbejder opgaver og udfordringer, samt skaber rum for at tænke i nye baner. Kritik er ikke at stille sig uden for og være imod, men at indse, at udvikling i forskning, uddannelse og klinik sker gennem en undersøgende, nysgerrig, spørgende og eftertænksom tilgang

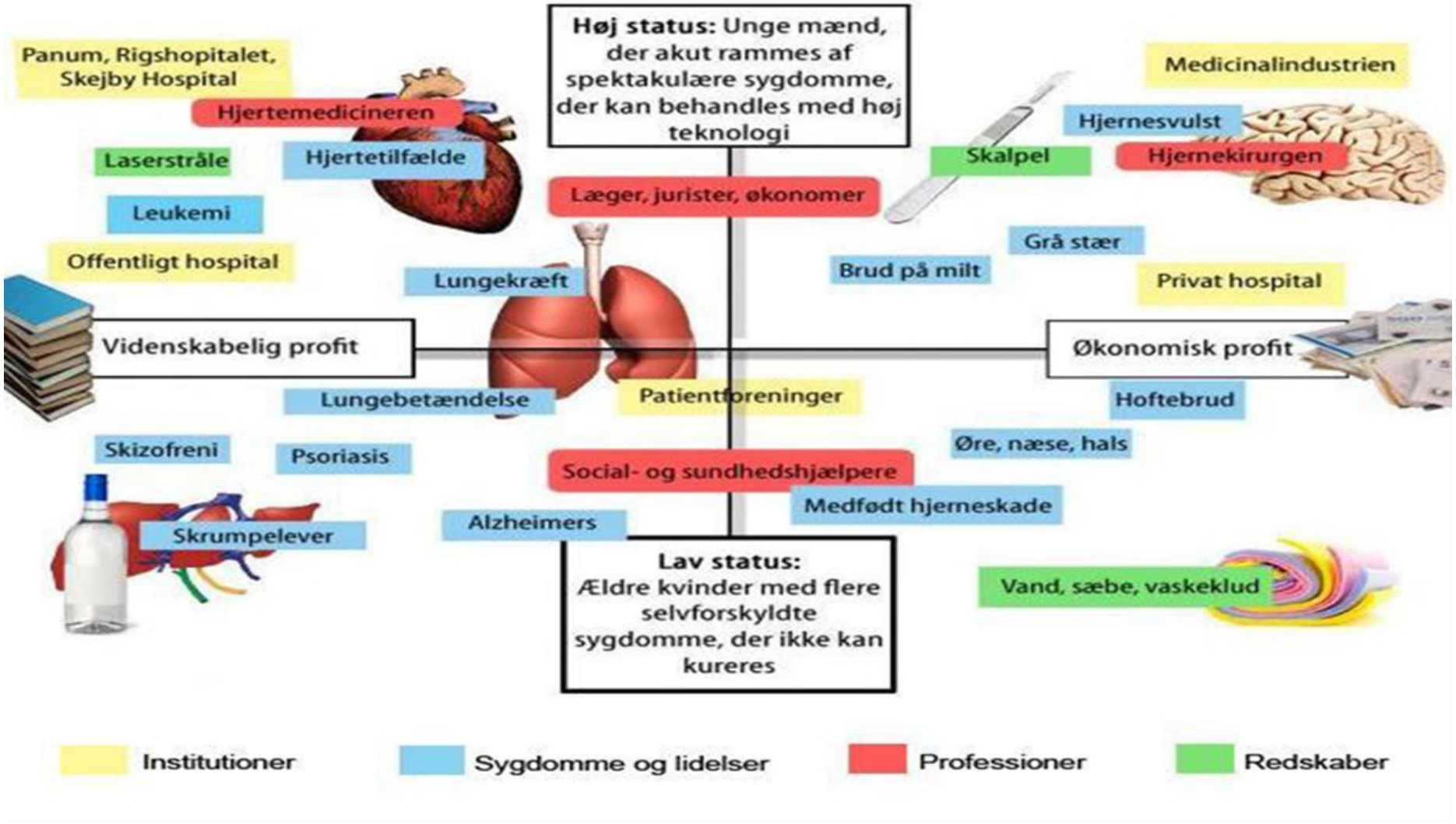
Anbefaling 2: Konvertér ulighedsforståelse fra ideologi til politisk handling

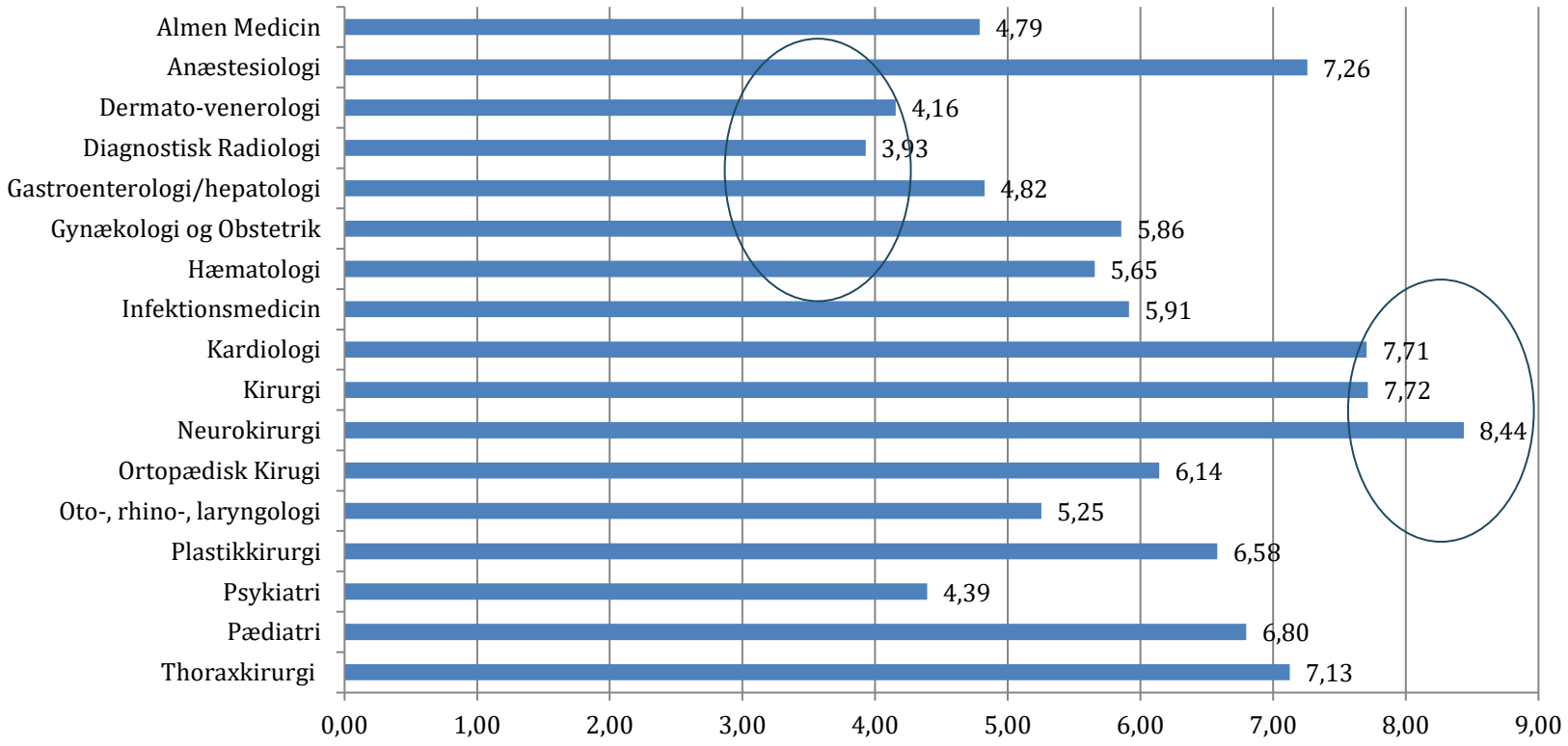
- De sundhedsprofessionelle skal forstå, at menneskers liv – og herunder deres sundhed – formes i et samspil mellem BÅDE valghandlinger (agens) OG vilkår (struktur)
  - Det er centralt at sundhedsprofessionelle har bevidsthed om og agerer i forhold til at politikområder og beslutninger knyttet til regional/lokal, offentlig/privat, arbejdsmarked, boligmarked og uddannelsesforhold mv. () Sundhedsprofessionelle erfarer uligheden fra førstehånds niveau, og de skal om nogen formidle og praktisere ud fra den viden.

Anbefaling 3: Gå fra projektion til et relationelt og refleksivt blik

- Professionerne skal vide mere om, og i højere grad handle ift. patientkroppens historie og kontekst (klassede, kønnede, etniske, aldersmæssige og geografiske).
  - Dette kan blandt andet ske ved at fagområdet sociologi kommer til at fylde mere på pensum i sygeplejerskeuddannelsen og måske ved at der uddannes samfundssygeplejersker. () Ikke mindst er der brug for, at sundhedsprofessionelle ikke blot støtter de privilegeredes og ekspertpatienternes krav om ekstra undersøgelser og støtte – men at de aktivt prioriterer de patientgrupper, som har allermest brug for deres hjælp. Inspirationen kan være 'Robin Hood': Tag fra de rige og giv til de fattige på sundhedsområdet.

Ulighed i diagnose





- Hindhede & Larsen 2019

Syndemic

- From syn-, together + (epi)-demic.

- Syndemic: A set of linked health problems involving two or more afflictions, interacting synergistically, and contributing to excess burden of disease in a population. Syndemics occur when health-related problems cluster by person, place, or time.
- *Interconnectedness of structural, social, interpersonal, psychological and metabolic factors contribute to the health and wellbeing (of the women in my sample)* p. 50.
- (mendenhall 2012)

- VIDDA: Violence, Immigration, Depression, Diabetes and Abuse

Ulighed i sundhed & staten

- Hvordan bidrager staten til at sikre ulighed i sundhed?

- At sundhed isoleres til sundhedsministerier, -sektorer, -institutioner og -professioner.
- At sundhed reduceres til behandling og forebyggelse af sygdom.
- At sundhedsforskning reduceres til det patologiske, det vil sige oprindelsen og bekæmpelse af det syge.
- At sundhedsprofessionerne forbliver refleksive og samtidig uvidende agenter for politiske og faglige tiltag.
- At sundhedsprofessionerne socialiseres til en biomedicinsk tænkemåde og doxa, hvor evidens, standarder og reduktionisme er centrale.
- At der implementeres evidens og best practice på mikroprocesser, og der efterlades evidens på makroprocesser.
- At der ideologisk sikres symbolsk vold, hvor de dominerende og deres værdier dominerer – og hvor de dominerede bebrejder sig selv.
- At sundheden optimeres, mens de (for sundheden centrale) økonomiske, kulturelle, boligmæssige og sociale uligheder i positioner skal forblive uforandrede.
- At sundhed angår livsstile og ikke levevilkår.
- At der fokuseres på svage, svækkede eller marginaliserede grupper som et produkt, men ikke på de processer, der svækker de svækkede, eller dem, som marginaliserer de marginaliserede.

2 minutters snak

- Hvad er jeres rolle ift. ulighed i sundhed?

Kan/skal i gøre noget på

-Samfundsniveau

fx politik, samfund

-Institutionsniveau

fx afdelingsniveau

-Individniveau

fx ift. studerende, patienter

-

3. Hvordan kan vi se fremad?

- 2. Relateret til sygepleje fagligt (uddannelse, klinik og forskning)

Research & development

At fortsætte en bevægelse mod ‘Research and Development’ – i helse, social og uddannelsessektorer

(inter disciplinaritet-/tværfaglighed)

Pro-aktive (konstruktør) spillere og ikke blot Re-aktive (assistent)

Attraktive miljøer interessante og udviklende fagligheder.

‘Fagprofessionelle, der er nysgerrige og har energi på viden- og vidensudvikling, savner udfordringer ikke mindst i klinikken’

- **Fokus på vidensproduktion**

Sundhedskartellets faggrupper som videns-producenter!!

Videnskab-erkendelses **produktion**, distribution og applikation

- Viden og vidensanvendelse (fra ‘top-down” applikation af viden) til:
  - Vidensproducerende **individuelt,** fx som aktør i klinik, uddannelse eller forskning
  - Vidensproducere som del af **organisatorisk praksis,** fx at praksissammenhæng er vidensproducerende
  - Vidensproducerende **institutionelt,** fx som del af fakultet, institut, center (universitet, hospital, PH)
    - Larsen et al 2014

Fokus på kundskabsbaseret praksis

- Sundhedsprofessionelt arbejde er **komplekst** og involverer **modsatrettede** mål-midler, interesser og kundskabsformer.

- faglig autonomi og på en kritisk refleksiv måde integrere både
  - ✓ evidens-/**forskningsbaseret** viden,
  - ✓ erfaringsbaseret-/**professionsviden**
  - ✓ **borgerens/patientens** viden, behov og ønsker.
    - ✓ Larsen et al. 2014

Videnskabelig ethos

- Det overordnede mål er at oparbejde vaner og dispositioner for en professionel ‘videnskabelig’ etos – (skik eller vane) i hele læringsmiljøet, til gavn for velfærdsstaten, organisationen, professionen og patienten
- Forskningsanknytning ‘klinisk relevans-aktualitet’
  - Småtspisende, søvnudfordringer, kommunikation til pårørende, sårpleje…
    - Fra nyeste studerende til øverste..
- En slags refleksiv og kritisk bevidsthed:
  - FRA: ”hvad skal vi gøre og hvem gør hvad?”
  - TIL: ”hvordan kan det være at?” eller ”kunne det gøres på andre måder?”

Larsen et al. 2014

Rekruttering og fastholdelse

Projekter:

- a. Honours (KP),
- b. NEW (RH, Bernild),
- c. Uddannelseshospitalet (Frederikssund/KP/NOH),
- d. Migration af læger og sygeplejersker (KU)
- e. Fremskudt sundhed – Tranehavegård, Sydhavnen

- Artikler, kronikker, podcasts, foredrag ()

Tak for ordet