

Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed

-Et kvalitativt pilotprojekt



Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed

-Et kvalitativt pilotprojekt

©DEFACTUM, Region Midtjylland, Sep. 2020

Emneord: Social Sundhed, ulighed i sundhed, socialt udsatte, brobyggere, frivillighed, samskabelse, sundhedsfaglig uddannelse.

Sprog: Dansk

Udgivet af: DEFACTUM®, September 2020

Layout: DEFACTUM

Tryk: Tekst

Korrektur: Tekst

Foto: Tekst

Rapporten er sat med: Verdana

Oplag: Antal

ISBN: 978-87-93829-03-9 (pdf/elektronisk version)

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Ravn MB.

Titel: Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed – Et kvalitativt pilotprojekt

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2020

For yderligere oplysninger vedr. forskningsprojektet rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

For yderligere oplysninger vedr. foreningen Social Sundhed henvises til: <https://socialsundhed.org/>

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion.....	4
1.1	Formål.....	4
2	Metode.....	5
2.1	Etiske overvejelser	6
3	Resultater.....	8
3.1	Borgernes erfaringer og oplevelser	8
3.1.1	At have en ved sin side	8
3.1.2	Faglig sparringspartner	9
3.1.3	At føle sig set og hørt	10
3.2	Brobyggernes erfaringer og oplevelser	11
3.2.1	Personlig og faglig udvikling.....	11
3.2.2	Tillid og tryghed.....	12
3.2.3	Utilsigtede konsekvenser ved at være sundhedsstuderende.....	12
3.2.4	Barrierer i sundhedsvæsenet	13
4	Diskussion og konklusion af resultater	15
5	Referencer.....	17

1 Introduktion

Ulighed i sundhed kan anskues ud fra et geografisk, økonomisk og uddannelsesrelateret perspektiv. Geografisk ulighed betyder, at der er forskel på kvaliteten af sundhedstilbud, afhængigt af hvor borgeren er bosat. Mens økonomisk ulighed viser sig ved, at lavt indkomstniveau er associeret med kroniske sygdomme – jo lavere indkomst, jo større er risikoen for at udvikle en kronisk sygdom. Ved den uddannelsesrelaterede ulighed forventes det derudover, at de lavtuddannede i højere grad udvikler kroniske sygdomme sammenlignet med de højtuddannede. Uligheden i sundhed har ifølge Sundhedsstyrelsen været stigende i Danmark siden 1980'erne (1). Det er til trods for, at vi i Danmark har et skattefinansieret sundhedsvæsen, som alle borgere i princippet har fri og lige adgang til.

I 2013 blev foreningen "Social Sundhed – brobyggere i Sundhedsvæsenet" stiftet, for at reducere den ulighed, som eksisterer i sundhedsvæsenet, hvilket betyder, at de mest socialt udsatte borgere ikke får de sundhedsydelser, som de har behov for. Social Sundhed er en frivillig forening, der arbejder på at bygge bro mellem socialt udsatte borgere og sundhedsvæsenet. De frivillige brobyggere i foreningen er studerende, der er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse. Brobyggernes funktion er, at ledsage borgere der, af forskellige årsager, finder mødet med sundhedsvæsenet vanskeligt. Der er ingen visitation til foreningen, men borgerne vurderer selv, om de har brug for at benytte sig af brobyggerne. Formålet med Social Sundhed er at udligne den sociale ulighed i sundhed ved at ledsage og støtte socialt udsatte borgere, samt opkvalificering af fremtidens sundhedsprofessionelle igennem deres frivillige arbejde som brobyggere (2). I 2016 blev der indgået en samskabelsesaftale mellem Social Sundhed og Aarhus Kommune med det formål at skabe nye veje til at reducere den sociale ulighed i Aarhus Kommune. Siden har foreningen spredt sig til flere steder i landet og er netop nu etableret i seks byer i Jylland, på Fyn og Sjælland (2).

Da foreningen stadig er forholdsvis nyetableret, er der ikke udarbejdet forsknings- eller udviklingsprojekter i foreningen. Der mangler således dybdegående viden om, hvilke borgere der gør brug af foreningens tilbud, hvilke brobyggere der arbejder som frivillige, samt hvilket udbytte hhv. borgerne og brobyggerne har af foreningens frivillige tilbud. Netop disse ubesvarede spørgsmål danner grundlag for dette pilotprojekt. Pilotprojektet er udarbejdet i samarbejde mellem Social Sundhed og Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning. Ønsket med pilotprojektet er, at få viden om hvilke borgere og brobyggere der anvender tilbuddet samt deres forskellige udbytte heraf. Resultaterne skal bruges til at udvikle Social Sundhed, men ligeledes at identificere hvilke videnshuller der er, der skal skabe grundlag for, at større forskningsprojekter kan igangsættes.

1.1 Formål

Formålet med dette pilotprojekt er at undersøge borgernes og brobyggernes erfaringer og oplevelser med Social Sundhed og på den baggrund komme med anbefalinger til yderligere undersøgelser.

Undersøgelsesspørgsmålene er:

- Hvilke erfaringer og oplevelser har borgere med deres brug af Social Sundhed?
- Hvilke erfaringer og oplevelser har brobyggerne med deres arbejde som frivillige i Social Sundhed?

2 Metode

Pilotprojektet er et kvalitativt studie bestående af individuelle interviews og fokusgruppeinterviews. For at sikre ensartethed i interviewene blev der udarbejdet to interviewguides til henholdsvis borgere og brobyggere. De to interviewguides var baseret på viden indsamlet ved et mindre forudgående feltarbejde i foreningen Social Sundhed, hvor forskeren deltog i det daglige arbejde, undervisning og supervision af brobyggere samt sociale arrangementer med brobyggerne. Begge interviewguides blev bygget op omkring borgernes og brobyggernes oplevelser og erfaringer og indeholdt de samme tre overordnede temaer:

1. Indgang til Social Sundhed
2. Brug af Social Sundhed
3. Fremtidsperspektiver for borger og brobyggere.

Deltagerne i pilotstudiet bestod af borgere, der har anvendt ledsagerordningen hos Social Sundhed, samt brobyggere der arbejder som frivillige i Social Sundhed. Borgerne og brobyggerne blev rekrutteret af den daglige ledelse i Social Sundhed. Inklusionskriterierne for borgernes deltagelse var, at borgerne havde klare erindringer om deres brug af ledsagerordningen hos Social Sundhed. For brobyggernes deltagelse var inklusionskriteriet, at de skulle være fra forskellige supervisionsgrupper og have forskellige ancienniteter i Social Sundhed, men som minimum have været ude på én opgave. Alle interviews blev afholdt i december 2019.

Semistrukturerede individuelle interviews blev anvendt som dataindsamlingsmetode for borgerne. Individuelle interview giver mulighed for at få detaljeret viden fra deltagerens perspektiv gennem dialog med mulighed for uddybende spørgsmål og nuancerede svar (3). I alt deltog 5 borgere i de individuelle interviews, der varede ca. 40 min. Deltagerne bestod af både mænd og kvinder, der har gjort brug af Social Sundhed i mellem 2 måneder og 6 år, samt af borgere der har haft tilknytning til både det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen. Setting for de enkelte interviews blev besluttet af borgeren selv for at skabe en rolig og tryk atmosfære. To af interviewene blev afholdt i borgernes egne hjem, mens tre blev afholdt på et neutralt sted.

Semistrukturerede fokusgruppeinterviews blev anvendt som dataindsamlingsmetode for brobyggerne. Da interviewene med brobyggerne ikke indeholdt følsomme emner, blev fokusgruppeinterviewene anvendt til at få deltagerne til at reflektere over hinandens perspektiver og erfaringer. Derved skabtes muligheden for at få flere nuancer med, og opdage perspektiver og erfaringer som man ellers ikke ville og derved få mere dybde og bredde på interviewet (4). I alt deltog 12 brobyggere i to fokusgruppeinterviews, der varede ca. en time. Størstedelen af brobyggerne læste folkesundhedsvidenskab, men sygeplejerske- og medicin-studerende var ligeledes repræsenteret. Deres anciennitet som frivillige brobyggere varierede fra 2 måneder til 6 år. Setting for fokusgruppeinterviewene var et sted, som brobyggerne kendte i forvejen.

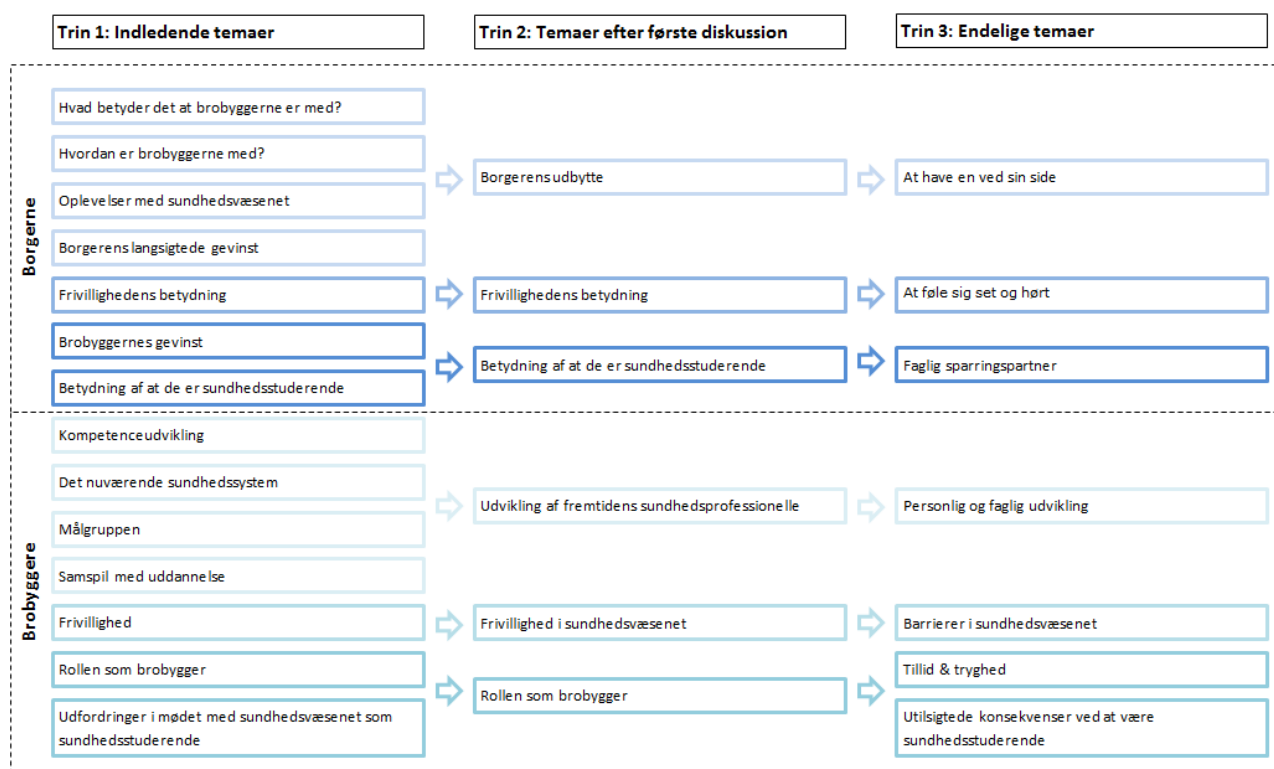
Både de individuelle interviews og fokusgruppeinterviewene blev optaget på diktafon. Lydfilerne blev efterfølgende lyttet igennem, og der blev udarbejdet et sammendrag af alle interviewene. Sammendragene blev nedfældet i et skema, der indeholdt start- og sluttidspunkt, det overordnede tema for afsnittet samt den vigtigste information. Derudover blev det noteret, hvilke passager der efterfølgende skulle transskriberes. De udvalgte passager blev trans-

skriberet med henblik på senere anvendelse af citater i afrapporteringen. Med henblik på pilotprojektets omfang var det et pragmatisk valg at lave sammendrag og udelukkende transkribere dele af interviewene.

En tematisk analyse inspireret af Braun og Clark blev anvendt som analyseredskab for både individuelle interviews og fokusgruppinterviews (5). For at højne kvaliteten af analysen og sikre, at den ikke blev farvet af interviewerens forforståelse, blev analysen udarbejdet i tre trin:

1. Indledningsvist blev sammendragene nærlæst og tematiseret med øje for det overordnede formål for pilotprojektet. Der blev i dette analysetrin identificeret 14 temaer.
2. Temaerne blev præsenteret mundtligt og diskuteret med to kollegaer med kendskab til Social Sundhed. På baggrund af dette blev de 14 temaer reduceret til 6.
3. Temaerne blev sammenskrevet, og de præliminære resultater blev præsenteret skriftligt for eksterne samarbejdspartnere med specialiseret viden inden for det kvalitative forskningsfelt. Tematiseringen blev diskuteret og på baggrund af dette, blev de 7 endelige temaer identificeret.

Figur 1 giver nedenfor et overblik over de temaer, der blev identificeret for hvert af de tre analysetrin.



Figur 1: Oversigt over analysetrin.

2.1 Ethiske overvejelser

Dette projekt er udarbejdet i overensstemmelse med Helsinki Deklarationen. Alle deltagerne blev i forbindelse med rekrutteringen kort præsenteret for projektet af ledelsen i Social Sundhed. Her gav borgerne mundtligt samtykke til, at Maiken Bay Ravn måtte kontakte dem

med henblik på at aftale et individuelt interview. Interviewene med brobyggerne blev afholdt i forbindelse med et møde i Social Sundhed, hvorfor brobyggerne udelukkende gav mundtligt samtykke til at deltage i fokusgruppeinterviewene.

Alle deltagerne fik forud for interviewet mundtlig og skriftlig information om projektet, herunder forventninger til interviewet. De skulle derudover underskrive en samtykkeerklæring. Alle deltagere er anonymiseret i denne rapport, hvorfor citaterne i nedenstående resultatafsnit ligeledes er anonymiseret.

3 Resultater

3.1 Borgernes erfaringer og oplevelser

Analysen, af borgernes erfaringer og oplevelser med brugen af Social Sundhed, resulterede i tre overordnede temaer: "At have en ved sin side", "Faglig sparringspartner" og "At føle sig set og hørt".

3.1.1 At have en ved sin side

Borgernes benyttelse af Social Sundheds tilbud er meget forskellig, og spænder fra at brobyggerne bidrager med at fysisk og psykisk støtte borgerne ift. transport til og fra konsultationer, samt ledsagelse til konsultationerne. To borgere udtrykker det på følgende måde:

"De [brobyggerne] bliver jo en del af én, og det er også derfor, jeg glæder mig til at få en fast brobygger igen, eller faste brobyggere på et tidspunkt, fordi det er rart, når man render så meget på et hospital, som jeg gør, at de kender mine udfordringer. De ved, hvis jeg reagerer sådan, så er det fordi, jeg bliver ked af det, eller fordi jeg bliver ... (interviewer: frustreret?) ja, eller bange eller jeg bliver usikker eller ... altså, de kan støtte mig" [14].

"Og det [viden om at Social Sundhed kan følge en] gav bare sådan en lettelse, for jeg kan godt blive meget stresset, hvis jeg føler, at jeg skal have for meget ansvar og klare det selv" [15].

At have en ved sin side er noget, der giver borgerne en følelse af tryghed. Det giver dem en form for lettelse, at de ved, at der er nogen, der kan hjælpe dem med de udfordringer ved sundhedsvæsenet, som de finder allermest vanskelige.

Det bliver desuden en motiverende faktor for at komme afsted. En borger fortæller:

"Altså hun [brobyggeren] kunne tage med og komme med ind til samtalerne ... Og det har jeg egentligt brugt ret meget, for jeg har før afsluttet nogle forløb, eller er blevet afsluttet fordi, at jeg ikke har mødt op ... Ja så det var jo for at prøve og undgå at, hvad hedder det... (interviewer: At du røg ud?) At jeg ikke blev afsluttet. Ja ... Og så har jeg været til alle samtalerne hos [sundhedsvæsenet] siden, fordi der er nogle, der kunne tage med mig" [13].

Som citatet ovenfor illustrerer, så har det at skulle stå alene tidligere været en barriere for nogle af borgerne og haft den konsekvens, at de ikke mødte op til deres planlagte konsultationer og dermed blev afsluttet i et behandlingsforløb. At blive afsluttet i et forløb kan i sagens natur have alvorlige konsekvenser, da der ikke er mulighed for at modtage den behandling, som man har behov for.

Ligeledes har det at have en frivillig ledsager ved sin side betydning for kommunikationen med de sundhedsprofessionelle. En borger fortæller:

"Men jeg har jo fundet ud af, at hvis jeg bare har en eller anden med, så opfører han [lægen] sig sådan mere ... så opper han sig" [11].

Kommunikation er en vigtig del af alle sundhedsfaglige konsultationer, og det at have en ledsager ved sin side giver borgerne en følelse af, at de sundhedsprofessionelle taler anderledes

til dem og gør en større indsats. Dårlig kommunikation kan betyde misforståelser og eventuelt konflikter mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle.

At have en ved sin side har således flere betydninger for borgerne. Tryghed og lettelse er nogle af de ord, som borgerne selv sætter på det. Udover at tryghed kan have betydning for, at nogle borgere i højere grad kommer afsted til deres aftaler, så kan det ligeledes have en betydning for relationen med den sundhedsprofessionelle. Hvis en borger føler sig utryk i mødet med en sundhedsprofessionel, så kan det potentielt være en barriere og resultere i, at borgeren ikke tør stille opklarende spørgsmål eller ikke tager den information vedkommende får lige så seriøst, som hvis vedkommende følte sig tryk ved den sundhedsprofessionelle. Derudover føler borgerne, at de sundhedsprofessionelle taler anderledes til dem, når de har en ledsager med.

3.1.2 Faglig sparringspartner

Borgerne er i kontakt med mange forskellige dele af sundhedsvæsenet. Både privatpraktiserende læger, sygehuse, psykiatrien og kommuner hvilket nogle gange bliver en barriere for borgerne. En af borgerne udtrykker det således:

"Jeg går på [navne på afdelingerne] fem afdelinger, og så er der nogle gange bare lige ... Samtidig man skal også have de andre ting i dagligdagen til at køre, der er også nogle ting, man skal huske med f.eks. med sin bostøtte. Men det bliver en stor grød alligevel; var det noget hospitalet sagde, eller var det noget min bostøtte sagde" [14].

Som citatet illustrerer, kan det være vanskeligt for borgerne at skelne mellem den information, som de får samt huske den. Derfor er en stor del af brobyggernes funktion til konsultationerne primært at lytte og evt. tage noter for borgerne. På den måde hjælper de borgerne med at huske al informationen, hvilket kan være med til at skabe et mere sammenhængende forløb.

En ting er at huske informationen, noget andet er at forstå den. En af borgerne udtrykker det således:

"Nogle af de papirer jeg skulle udfylde i forhold til udredning, har hun [brobyggeren] også hjulpet mig med at forstå. Så har vi mødtes en halv time før, vi skulle afsted, og hvis der er nogle spørgsmål, som jeg ikke kunne finde ud af, så kunne hun hjælpe med, hvad der menes. Så det har også været rigtigt rart, synes jeg" [13].

Brobyggerne har således nogle faglige kompetencer, der kan hjælpe borgerne med at forstå de informationer, som de sundhedsprofessionelle giver dem. Dette kan både være forud for selve konsultationen, hvor de i fællesskab kan forberede eventuelle spørgsmål, men også efter konsultationen hvor brobyggerne kan hjælpe borgerne med at forstå de leverede informationer.

Det, at brobyggerne er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse, er i borgernes øjne en fordel. To borgere fortæller:

"Det er rart, at det er en, der læser sådan noget med sundhedstilgang, for efter man har været ved læge; hvad var det lægen sad og sagde? Hvad betyder det

fagudtryk? Eller kan undersøge det på studiet eller i lægebøger. Fordi ligeså meget de er en støtte inde på hospitalet eller ved lægen, eller hvor det nu er, så betyder det lige så meget bagefter; Hvad var det lægen sad og sagde?" [14].

"De ved også mere om altså baggrunden, synes jeg. Hende jeg er med mest, hun ved i hvert fald mere om, hvordan det fungerer, synes jeg. Så kan man også lige få det forklaret nogle gange" [13].

Den faglige sparring, som brobyggerne kan give borgerne, hænger ud fra borgernes perspektiv sammen med, at brobyggerne er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse. Og den faglige viden er noget, der har stor betydning for borgerne. Både i forhold til at modtage faglig sparring til selve konsultationen, men også i forhold til at få en forståelse af sammenhængen i sundhedsvæsenet generelt.

At have en faglig sparringspartner har også betydning inde til selve konsultationen. En borger udtrykker det således:

"Jeg er i hvert fald blevet mere tryk ved at spørge om ting, jeg ikke forstår, fordi nogle gange snakker vi ligesom tingene igennem, inden vi går ind. Hvis nu jeg har noget, jeg egentligt gerne vil have spurgt om, men jeg synes det er svært at få sagt, altså hvornår i samtalen man så skal sige det. Skal jeg sige, når jeg starter samtalen, at jeg har noget, jeg gerne vil spørge om eller ... og det gør egentligt at, at jeg er blevet ... nok spørger mere ind, end jeg gjorde før ... jeg ved sådan lidt mere (griner), hvornår at jeg må spørge" [13].

Den faglige sparring, som borgerne har med brobyggerne, har for nogle af borgerne betydet, at de tør at spørge mere inde til konsultationerne - også når brobyggerne ikke er med. Brobygningen kan derfor få det resultat, at kvaliteten af borgernes behandlinger bliver bedre.

Den faglige sparring, som borgerne har mulighed for at have med brobyggerne, har dermed betydning for dem både før, under og efter konsultationerne. Brobyggerne hjælper dem med at holde styr på og forstå informationerne. Det giver dem derudover mod på at være mere aktive under konsultationen og stille spørgsmål ved ting, som de ikke forstår. Alt sammen noget der kan højne kvaliteten af behandlingsforløbet.

3.1.3 At føle sig set og hørt

Samtlige borgere har talrige møder med sundhedsvæsenet. Ifølge borgerne har brobyggerne et andet syn på borgerne end de sundhedsprofessionelle, som de møder:

"Jeg var ikke bare [overfor brobyggeren] et CPR nummer i systemet" [14].

Borgeren uddyber senere i interviewet:

"Så er jeg glad for, at der er nogle mennesker, som tager en, som man er. De tager ikke en som sygdommen, men de tager helheden, også personen" [14].

Citatet ovenfor udspringer af at borgerne nogle gange føler sig som et nummer i systemet, når de møder det etablerede sundhedsvæsen. Dette kommer eksempelvis til udtryk, når man er på hospitalet og skal trække et nummer. Når det bliver ens tur, bliver man råbt op med nummer og ikke navn. Derudover føler de nogle gange, at de sundhedsprofessionelle ser på deres sygdom frem for deres historik først.

En anden borger sætter følgende ord på det:

"Altså det har en betydning, at de vil mig. Jamen altså, det gør et eller andet, når folk vil og lytter. Det er mere det, det ligesom handler om" [I1].

Alle borgerne fremhæver det, at brobyggerne er der frivilligt, som vigtigt. Ud fra borgernes perspektiv er det ensbetydende med, at brobyggerne er reelt interesserede i at hjælpe dem og ønsker at gøre en forskel.

At føle sig set og hørt er et gennemgående tema i alle interviewene med borgerne. De føler nogle gange, at de bliver set som et CPR-nummer, eller at der primært er fokus på deres sygdom frem for deres person i det eksisterende sundhedsvæsen. Derimod føler borgerne, at brobyggerne ser helheden. De ser ikke borgerne som deres sygdom, eller som den historik de kommer med, men de går derimod åbent ind i relationen og ser borgerne som et helt menneske. Borgerne føler sig derved set og hørt som et menneske af brobyggerne, hvilket de udtrykker som havende stor værdi.

3.2 Brobyggernes erfaringer og oplevelser

Analysen af brobyggernes perspektiver og erfaringer med deres frivillige arbejde for Social Sundhed resulterede i fire overordnede temaer: "Personlig og faglig udvikling", "Tillid og tryghed", "Utilsigtede konsekvenser ved at være sundhedsstuderende" og "Barrierer i sundhedsvæsenet".

3.2.1 Personlig og faglig udvikling

Der lå flere bevæggrunde bag brobyggernes motivation for at blive frivillig brobygger i Social Sundhed. En af brobyggerne sætter følgende ord på det:

"Noget af det der motiverer mig er, at jeg ruster mig selv og træner de muskler, som er så svære at træne, som tålmodighed, høj stresstærskel, at være rolig og neutral og gå til folk, lige hvor de er, uanset hvem de er... det vidste jeg jo af gode grunde ikke, da jeg startede, men det er blevet en stor faktor for, hvorfor jeg er her nu, som handler om at arbejde med mig selv som et redskab. Både hos de mennesker jeg møder nu, men også som kommende del af sundhedsvæsenet og bruge sig selv og blive bedre til at være tillidsvækkende" [F2].

Personlig og faglig udvikling er således en stor drivkraft for at fortsætte som brobygger. At de, gennem deres frivillige arbejde, også udvikler deres faglige kompetencer og bliver bedre til at møde mennesker, der er anderledes end dem selv. Derudover får de et indblik i nogle af de udfordringer, som udsatte borgere kan have i deres møde med sundhedsvæsenet, hvilke kan være svære at få indblik i gennem deres uddannelse. De ser således deres frivillige arbejde hos Social Sundhed som et fagligt og personligt tillæg til deres sundhedsfaglige uddannelse. To brobyggere fortæller:

"Altså de ressourcer vi tilegner os, når vi er ude og mødes med sundhedsvæsenet fra den anden vinkel. Det er jo virkelig noget, vi lærer meget af, og det er noget, vi kan bruge i vores arbejde, når vi er færdiguddannet. Så på lang sigt så hjælper det også borgerne ved at gøre os selv bedre" [F1].

"Det er en målgruppe, som det er svært at læse om i bøger ift. - nu nævnte du [interviewer] selv et brækket ben på et tidspunkt. Det ved vi godt, hvordan vi reparerer, og de her folk, de har for det første forskellige diagnoser, men det kan selvfølgelig også være noget fysisk, der er deres problem, men det er jo typisk også det, at de ikke kan komme ud. Og det tænker jeg bare, at man har

fået viden om. Altså hvor komplekst det er og måske kan se nogle andre løsninger, end man ellers ville tænke" [F2].

Det frivillige arbejde som brobygger er således med at ruste dem bedre i forhold til deres fremtidige rolle som sundhedsprofessionel. De får et mere nuanceret billede af, hvordan sundhedsvæsenet kan være udfordrende for nogle borgere i samfundet, og hvilke barrierer de oplever. Og det er noget, som de kan tage med ind i deres fremtidige jobs, så de har en bedre forståelse af, hvordan de kan være med til at nedbryde disse barrierer og hjælpe med at gøre mødet med sundhedsvæsenet bedre for netop disse borgere.

3.2.2 Tillid og tryghed

Lige som for borgerne så har tryghed også stor betydning for brobyggerne. En brobygger fortæller:

"Man kan låne lidt af sin ro [til borgeren]. Vise, at jeg har det helt naturligt med at sidde i en bus eller gå på gaden (...), og vise hvordan jeg har det naturligt med en eller anden, som jeg kommer til at sidde ved siden af, eller støder ind i, hvor borgeren måske føler sig enormt utryk i det" [F2].

Det er en vigtig del af brobyggernes frivillige arbejde, at de er med til at skabe en tryk atmosfære for borgeren. Brobyggerne bruger alle energi på at gøre "opgaven" så behagelig som muligt for borgeren, så borgerne føler sig trygge i deres selskab. Og at de på den måde kan være med til at dele deres tryghed med borgerne i nogle af de situationer, som normalt vil gøre dem utrygge.

Tryghed har også stor betydning for relationen til borgeren. En brobygger sætter følgende ord på det:

"Hvordan er det, jeg får lavet en relation, som er, at du [borgeren] kan være sikker på, at når du er sammen med mig, så sker der ikke noget, for jeg er på din side, og jeg står op for dig. Og så prøve at bruge mig selv i den relation" [F2].

Relationen til borgeren er en vigtig del af det frivillige arbejde for brobyggerne. Fra brobyggernes perspektiv er det således ikke deres faglige kompetencer, som de primært trækker på, men derimod de menneskelige og relationelle.

At opbygge en tillidsfuld relation og skabe nogle trygge rammer for borgerne er vigtigt for brobyggerne. De gør alt, hvad de kan for at møde borgerne, der hvor borgeren er og tilpasse sig de behov, som den enkelte borger har. Mange af borgerne, som de møder, har tidligere haft dårlige oplevelser med sundhedsvæsenet eller det offentlige system, og derfor betyder tillid og tryghed hos borgeren så meget for brobyggerne.

3.2.3 Utilsigtede konsekvenser ved at være sundhedsstuderende

Brobyggerne oplever nogle gange barrierer i mødet med sundhedsvæsenet. En af brobyggerne kommer med et eksempel:

"Og det blev bare sådan, at jeg skulle lige redegøre for en masse ting, og jeg endte med at være denne her [sundhedsstuderende], hvor han [lægen] sad sådan lidt og talte hen over hovedet på den her borger" [F1].

I mødet mellem den frivillige brobygger og det eksisterende sundhedsvæsen kan der opstå nogle utilsigtede forhold. Brobyggerne oplever nogle gange, at deres faglighed kommer til at fylde uhensigtsmæssigt og derved fjerne fokus fra borgeren, ved at den sundhedsprofessionelle henvender sig mere direkte til brobyggeren end borgeren og bruger flere fagudtryk. En udfordring, der kan være vanskelig for brobyggerne at håndtere. Til gengæld oplever brobyggerne, at efterhånden som de sundhedsprofessionelle får et større kendskab til Social Sundhed, desto mindre bliver denne udfordring. Med et større kendskab til Social Sundhed og deres funktion blandt sundhedsvæsenet, er det brobyggernes vurdering, at denne barriere vil blive mindre.

3.2.4 Barrierer i sundhedsvæsenet

Brobyggerne ser flere forskellige barrierer, der kan være årsagerne til, at nogle borgere oplever i deres møde med sundhedsvæsenet som udfordrende. En brobygger fortæller:

"Jeg tror, der er nogen af de problematikker, som vi løser, som man i højere grad godt ville kunne løse kommunalt eller regionalt, ja, ude på sygehusene. Men jeg er helt enig i, at det der med at gå ud og følge og være der på den måde, den tror jeg er svær at løse på andre måder" [F1].

De barrierer, som brobyggerne mener, at det nuværende sundhedsvæsen kan løse, er, at man kunne afsætte tid til at skrive nogle noter til borgerne, som borgerne kunne tage med sig fra konsultationen. At tage med borgerne til konsultationerne og være deres sparringspartnere før, under og efter konsultationerne, mener brobyggerne ikke, kan inkorporeres i det nuværende sundhedssystem.

Derudover fremhæver brobyggerne, at sammenhængen i sundhedsvæsenet er en stor udfordring for borgerne. En brobygger sætter følgende ord på det:

"Det er mit indtryk, at det ikke er de enkelte instanser, som ikke er dygtige nok, men det er ligesom at få bundet sløjfe på eller ligesom få færdiggjort det" [F2].

Ud fra brobyggernes oplevelser og erfaringer er det således ikke manglende kompetencer i sundhedsvæsenet, der er med til at skabe barriererne for udsatte borgere. Derimod er det en barriere for borgeren at se sammenhængen på tværs i et forløb. Barrierer, som brobyggerne gennem deres frivillige arbejde netop nu, er med til at udligne.

Brobyggerne fremhæver desuden frivillighed som et vigtigt element i sundhedsvæsenet. En af brobyggerne siger det følgende:

"Man skulle integrere det frivillige i det etablerede sundhedsvæsen" [F2].

Brobyggerne mener således ikke, at ændringer i det etablerede sundhedsvæsen kan løse alle de udfordringer, som borgerne der benytter Social Sundhed har. Der er derimod behov for at finde på nye løsninger, hvor en etablering af frivillighed kunne være en.

Ud fra borgernes perspektiv er barriererne, som netop disse borgere oplever, meget komplekse og med mange forskellige facetter. Derfor mener de heller ikke, at barriererne kan fjernes ved simple tiltag i sundhedsvæsenet. Til gengæld er der ændringer, som de mener, der kan implementeres i sundhedsvæsenet for at imødekomme nogle af udfordringerne. De mener ligeledes, at en større grad af frivillighed i sundhedsvæsenet kan varetage nogle af de opgaver, som det etablerede sundhedssystem ikke kan bære. På den måde vil nogle af de

barrierer, som udsatte borgere oplever i deres møde med sundhedsvæsenet, kunne udlignes og derved skabe mindre ulighed i sundhed.

4 Diskussion og konklusion af resultater

Formålet med nærværende pilotprojekt var at undersøge borgere og brobyggeres erfaringer og oplevelser med Social Sundhed. Entydigt for både borgerne og brobyggerne er, at begge partnere oplever et stort udbytte ved indsatsen fra Social Sundhed. Fra borgernes perspektiv bliver det tydeligt, at de oplever, at det, at blive ledsaget og støttet af brobyggerne, er med til at nedbryde nogle af de barrierer, som de oplever i mødet med sundhedsvæsenet. Brobyggernes erfaringer fra deres frivillige arbejde i Social Sundhed er, at de oplever både personlig og faglig udvikling og får et indblik i borgernes barrierer samt sundhedsvæsenets udfordringer forbundet hermed.

For borgerne er en af de store barrierer utryghed ved mødet med sundhedsvæsenet. Det har for nogle af borgerne betydet, at de tidligere har aflyst møder. Aflyste aftaler i sundhedsvæsenet kan betyde manglende behandling med alvorlige konsekvenser for helbred og hverdagsliv samt forringe kvaliteten af sundhedsvæsenet. Det kan ligeledes betyde, at ventetiden for andre patienter forlænges (6). At de ikke modtager den rette behandling for deres sygdom kan også have den konsekvens, at de er sygemeldte i længere tid og i yderste konsekvens udgår fra arbejdsmarkedet. Det er således ikke kun borgerne, der får gevinst af, at de møder op til deres aftaler i sundhedsvæsenet, men det har også en samfundsmæssig betydning. Borgerne føler sig mere trygge i mødet med sundhedsvæsenet, når de har en brobygger med, hvilket for flere af dem virker motiverende for at møde op til konsultationerne.

En anden barriere for borgerne er, at de kan føle sig mødt med fordomme og stigma i sundhedsvæsenet. Det kan være følelsesmæssigt belastende, og man kan føle sig diskrimineret og set ned på (7). Nogle afledte konsekvenser for borgerne af at føle sig stigmatiseret kan være, at de tilbageholder oplysninger, der kan påvirke behandlingen. Derudover kan de føle skam over deres sygdom og negligere deres symptomer. Borgerne føler ikke den samme stigmatisering af brobyggerne. De føler, at brobyggerne ser det hele menneske og hele borgerens livssituation. At borgerne ikke føler sig stigmatiserede af brobyggerne, kan være med til at mindske barriererne mellem dem og derigennem skabe en tillidsfuld relation, der kan drages med ind i konsultationen med de sundhedsprofessionelle.

En sidste væsentlig barriere for disse borgere er, at de har vanskeligt ved at skelne mellem den information, som de får, da de har mange forskellige møder. Derudover har de vanskeligt ved at forstå den information, som de tildeles, hvilket gør det svært for dem at handle ud fra behandlingsforskrifter. At forstå og handle ud fra den sundhedsinformation som man bliver præsenteret for, kan forstås ud fra begrebet "Health Literacy" (8). Flere studier viser, at mennesker, med lav Health Literacy og kronisk sygdom, er dårligere til at tage vare om deres sygdom end mennesker med høj Health Literacy (9-11). Selvom borgerne alle er utroligt velinformerede omkring deres egen sygdom, er det alligevel vigtigt, at de ligeledes forstår, hvordan de bedst håndterer den, og at behandlingsforskrifterne ikke drukner i et væld af informationer. At have brobyggerne med som faglige sparringspartnere til konsultationerne kan således bidrage til at disse borgere bliver bedre stillet til at følge deres behandlingsforskrifter, selv hvis de skulle have lav Health Literacy.

For brobyggerne betyder arbejdet for Social Sundhed, at de får mulighed for at udvikle sig selv, både fagligt og personligt. På det faglige plan er det hovedsageligt de erfaringer, som de får ved at se sundhedsvæsenet fra borgerens perspektiv. Dette giver dem et mere nuanceret billede af det sundhedsvæsen, som de skal være professionelle i. Det giver dem ligeledes et indblik i borgernes liv med symptomer og sygdom, og ikke mindst hvor udsatte de på-

gældende borgere er i mødet med sundhedsvæsenet. Både i forhold til risiko for misforståelser og brudte forløb med alvorlige konsekvenser for deres helbred og hverdagsliv – og ulighed i sundhed. Forhold som de vil komme til at møde i deres fremtidige professioner, og som de ikke uddannes til gennem deres uddannelse. God kommunikation mellem borgere og sundhedsprofessionelle er et vigtigt element i det sundhedsprofessionelle arbejde (12), og det frivillige arbejde hos Social Sundhed giver brobyggerne indsigt i, hvordan man kommunikerer og samarbejder med udsatte borgere. På det personlige plan fremhæver de særligt, at de har udviklet kompetencer såsom: at møde andre mennesker fordomsfrit, at skabe en tryk og tillidsfuld relation til et andet menneske på forholdsvis kort tid og være tålmodige.

De barrierer som borgerne oplever i deres møde med sundhedsvæsenet, får brobyggerne ligeledes indsigt i gennem deres frivillige arbejde. Brobyggerne oplever ikke, at det er de enkelte instanser eller sundhedsprofessionelle, der er med til at skabe ulighed i sundhed. Det er derimod manglende sammenhæng i behandlingen af borgerne på tværs af de forskellige specialer, afdelinger og sektorer, som brobyggerne oplever, er med til at skabe uligheden. Den primære opgave, som brobyggerne varetager, er at ledsage og støtte borgerne til og fra samt under konsultationer. Som kommende sundhedsprofessionelle mener brobyggerne ikke, at dette er en opgave, der kan løftes af det nuværende sundhedsvæsen. Derimod mener brobyggerne, at frivillige i højere grad skal inddrages i det nuværende sundhedsvæsen. Tidligere erfaringer med at inddrage frivillige i sundhedsvæsenet har vist, at borgerne kan få et bedre overblik over og fastholdes i deres behandlingsforløb (13).

Resultaterne tyder på, at den primære motivation for brobyggerne er at udvikle deres personlige og faglige kompetencer. Det vigtigste for borgerne er derimod, at brobyggerne er der frivilligt og ser dem som hele mennesker og uden fordomme. Selvom udgangspunktet for borgernes og brobyggernes motivation umiddelbart er forskelligt, så tyder meget på, at den energi, som brobyggerne bruger på at skabe en god og tryk relation til borgerne, netop betyder, at borgerne føler sig set og hørt af brobyggerne. På den måde har det ikke nogen betydning i praksis, at brobyggerne og borgerne motiveres forskelligt.

Både borgerne og brobyggerne oplever en stor gevinst ved Social Sundhed. De erfaringer og oplevelser, som borgerne og brobyggerne i dette pilotprojekt beskriver, kan være med til at reducere uligheden i sundhed. For borgerne er oplevelsen, at de modtager den rette behandling, og at de bedre kan forstå og agere ud fra de behandlingsforskrifter, som de får af de sundhedsprofessionelle. Selvom det umiddelbare udbytte for borgerne er afhængigt af brobyggerne, så tyder pilotprojektet på, at de erfaringer, som borgerne får, gør, at de føler sig bedre klædt på til mødet med sundhedsvæsenet - også når de ikke har en brobygger ved deres side. Brobyggerne angiver, at de udvikler vigtige kompetencer, som de ikke får i uddannelsen, og som de kan bruge i deres fremtidige arbejde som sundhedsprofessionelle.

Dette pilotprojekt er et kvalitativt studie med relativt få deltagere, hvor deltagerne er rekrutterede af den daglige ledelse. At deltagerne er rekrutterede af den daglige ledelse, kan have betydning for, hvilke deltagere der er inviteret ind, samt hvem der har takket ja til at deltage i projektet. Derudover ville et større antal af deltagere, særligt borgere, have været med til at højne kvaliteten af pilotprojektet. Derudover er der flere aktører, der kunne have været med til at belyse området yderligere - de sundhedsprofessionelle, der har stiftet bekendtskab med Social Sundhed i deres praksis, eller uddannelsesinstitutionernes perspektiver på og erfaringer med Social Sundhed. Med inddragelse af andre aktører ville man få et mere kvalificeret billede af, hvordan Social Sundhed bidrager til at reducere ulighed i sundhed. Dette understreger behovet for yderligere og større forskningsprojekter, hvor flere perspektiver vil blive belyst.

5 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser. Kbh2011. 192 p.
2. Social Sundhed. Social Sundhed - Brobyggere i sundhedsvæsenet 2013 [Available from: <https://socialsundhed.org/>].
3. Interview : introduktion til et håndværk. 2. udgave, Steinar Kvale, Svend Brinkmann ed. Kvale S, Brinkmann S, editors. Kbh.: Hans Reitzel; 2009. 376 sider p.
4. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder: en grundbog: Hans Reitzels Forlag; 2010.
5. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
6. Jansbøl K, Wolf RT. Reduktion af udeblivelser: Et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr. 2016.
7. Breinholdt M. Stigmatisering : debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse; 2008. 63 p.
8. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy)–teori, forskning og praksis-Health Literacy–Theory, Research and Practice. *Klinisk sygepleje*. 2016;30(01):3-16.
9. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2002;52(3):134-49.
10. Manning DL, Dickens C. Health literacy: more choice, but do cancer patients have the skills to decide? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2006;15(5):448-52.
11. Hironaka LK, Paasche-Orlow MK. The implications of health literacy on patient-provider communication. *Arch Dis Child*. 2008;93(5):428-32.
12. Markides M. The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2011;33:S123-S5.
13. i Folkesundhedsvidenskab K, Ravn IK, Andersen CW. Forandringsforslag til at øge brugen af Navigatortilbuddet.

Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning (CePR) er finansieret af Aarhus Kommune, Region Midtjylland, Institut for Folkesundhed (Aarhus Universitet), VIA University College og MarselisborgCentret. Organisatorisk er CePR forankret i DEFACTUM, Region Midtjylland. Formålet med forskningscentret er at udvikle, teste og formidle evidensbaserede metoder i rehabiliteringsarbejdet. CePR bestræber sig på at bedrive forskning i samarbejde med praksis. Det tætte samarbejde med praksis er bidragende til, at der skabes viden, som har relevans for praksis, og som kan overføres til borgerens hverdagsliv.