

Civilsamfundets bidrag til øget social lighed i sundhed

Den ustyrlige sundhed

Formålet med denne artikel er at undersøge, om og hvordan forskellige former for frivillighed og civilsamfundsorganisationer kan bidrage til at øge social lighed i mødet med sundhedsvæsenet. Artiklen udvikler en model med fire typer civilsamfundsbidrag og frivillighed: Polyfilla, C-tilbud, pårønderarbejde og Kinderægget, som også indbefatter individuelle, distribuerede og organisatoriske sundhedskompetencer. Modellen nuancerer diskusio-

nerne om, hvorvidt civilsamfundet og frivillige indsatser fastholder eller forandrer sundhedsvæsenets måder at fungere på, og hvor adskilte fra eller integrerede i sundhedsvæsenets samlede tilbud de er. De fire typer frivillighed påvirker på forskellige måder den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, hvor Kinderægget er det mest komplette bud på at øge ligheden i sundhed både kort og lang sigt.

Formålet med denne artikel er at undersøge, om og hvordan forskellige former for frivillighed og civilsamfundsorganisationer kan bidrage til at øge social lighed i mødet med sundhedsvæsenet. Baggrunden for denne interesse er, at ikke alene stiger uligheden i sundhed i Danmark, men den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet stiger også, trods sundhedslovens formålsparagraf om lige og let adgang for alle (Kjeld m.fl., 2022). Der er altså et problem, som kalder på forandring. Sundhedsvæsenet står, jf. Robusthedskommissionen (2023), i forvejen overfor store forandringer qua en ændret befolknings sammensætning og sundhedstilstand samt væsentligt øgede behandlingsmuligheder samtidigt med begrænsede menneskelige og økonomiske ressourcer.

I lyset af dette forandringsimperativ adresserer artiklen, hvorvidt civilsamfundsorganisationer kan og skal bidrage til forandring og komplementere den offentlige sektor med noget nyt og anderledes at tilbyde mennesker i deres møde med sundhedsvæsenet, eller om de i højere grad er systembevarende og tilbyder ”mere af det samme”.

Det nuværende sundhedsvæsen er velfungerende for de anslåede 80 pct. af befolkningen med de højeste niveauer af sundhedskompetencer (Aaby m.fl., 2022), hvorimod det ofte er frivillige, civilsamfundsorganisationer og den sociale sektor, som er gode til at tage sig af de 20 pct. af befolkningen med de laveste niveauer af sundhedskompetence. Sundhedsstyrelsen (ibid.) definerer sundhedskompetence som: ”en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer mennesker mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed” og organisatorisk sundhedskompetence som: ”den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer.” Edwards m.fl. (2015) definerer

KAREN INGERSLEV

Forsknings- og udviklingschef,
Social Sundhed,
ki@socialsundhed.org

KRISTINA LOUISE BLIKSTED

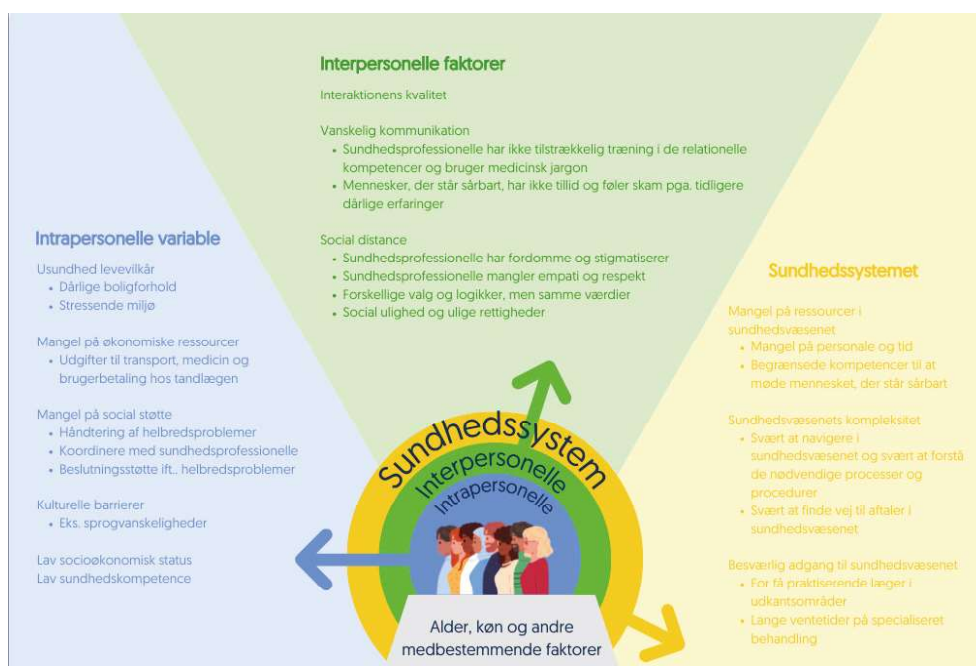
Direktør, Social Sundhed,
klb@socialsundhed.org

distribueret sundhedskompetence som “betydningen af samspillet mellem individer, familie og sociale fællesskabers betydning for den enkeltes evne til at opsøge, forstå og vurdere sundhedsinformation”.

Den enkelte skal besidde stærke sundhedskompetencer for at få adgang til og udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. Chancerne for et godt udbytte øges af adgang til ressourcer i omgivelserne, f.eks. pårørende, der kan hjælpe med at finde vej og at fastholde information fra konsultationer, hvor man måske er følelsesmæssigt ude af balance og derfor kan have sværere ved at forstå og huske, hvad der bliver sagt. Valentin m.fl. (2023) har gennemført en systematisk litteraturgennemgang for at identificere barrierer ift. at få adgang til sundhed for mennesker i sårbare positioner. De finder barrierer og behov for interventioner på flere niveauer (figur 1).

- På det individuelle niveau (blåt felt) er barrierer for adgang til sundhed f.eks. kulturelle og sproglige, usunde leveforhold, en lav grad af sundhedskompetence, socioøkonomisk status samt social støtte.
- På det sociale niveau (grønt felt) er barrierer f.eks. kommunikationsvanskeligheder som følge af utilstrækkelige kompetencer hos personalet, lav tillid til personalet som følge af tidligere dårlige erfaringer samt social distance som følge af personalets fordomme og lave grad af empati og respekt for mennesker i sårbare positioner.
- På det systemiske niveau (gult felt) er barrierer mangel på ressourcer (personale og tid), høj kompleksitet, som kan gøre det svært at navigere, og at det er svært at få adgang til og profitere af specialiseret behandling for mennesker i sårbare positioner.

Figur 1: Socioøkologisk model af barrierer for adgang til sundhed (dansk udgave)



I lyset af denne alvorlige situation, analyserer artiklen forskellige civilsamfundsorganisationer i forhold til, om de opfattes og fungerer som adskilte fra eller integrerede dele af et samlet sundhedsvæsen, som skal tilbyde lige og let adgang for alle. Artiklen udvikler en model med fire typer af frivillighed og civilsamfundsorganisationer,¹ med fokus på dimensionerne: graden af forandringspotentiale, integration/adskilthed og sundhedskompetencer. Modellen skal bidrage til at svare på spørgsmålet om, hvorvidt og hvordan civilsamfund og frivillighed kan øge den sociale lighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Frivillighedens historiske rolle i bekæmpelse af ulighed i mødet med sundhedsvæsenet

Mennesker har altid organiseret sig for at hjælpe de svageste, om det er ældre, børn eller syge (Harari, 2011). Organisering af hjælp ifm. sygdom og behandling var historisk forankret i civilsamfundet, f.eks. vågekonerne fra 1757, og traditionelt en integreret del af velfærdssamfundet. Københavnske damer oprettede i 1949 "Hospitalshjælp", et startskud til Røde Kors' besøgstjeneste, som bredte sig til hele landet som en integreret del af sundhedsvæsenet, der forandrede sundhedslandskabet (Hansen, 2002). Hospitalerne blev mere institutionaliserede og professionaliserede igennem 1970'erne og skubbede de frivillige ud, hvorfor civilsamfundsorganisationer i den periode fungerede adskilt fra aktiviteterne i sundhedsvæsenet. Ved årtusindeskifte åbnede amterne igen op for frivillige, f.eks. fra KFUM på sygehusene. Der var, også dengang, knappe ressourcer, og man fik igen øjnene op for betydningen af at få besøg som indlagt uden pårørende. I de seneste 20 år er frivillige igen blevet en fast del af hospitaler, f.eks. som vejvisere og patientstøtter – og vågetjenesten er vendt tilbage, så mennesker uden pårørende ikke skal dø alene. Historisk har frivillige og civilsamfundsorganisationer således bidraget til at mindske den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Fra politisk hold omfavnes frivilligt arbejde og civilsamfundet som redningsplaner til at komme helskindet i land i et oprørt hav med komplekse problemstillinger, der fører til stigende ulighed i sundhed. I regeringsgrundlaget (Regeringen, 2022) vil man skabe "bedre muligheder for at inddrage frivillige foreninger i velfærdssamfundet, så de kan spille en større rolle". En politisk anbefaling fra Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed lyder "styrk fællesskaber og samspillet med det offentlige og civilsamfundet" (www.ulighedisundhed.dk), Trygfonden (www.tryghed.dk) arbejder for et styrket civilsamfund og Danske Regioners politiske topmøde 2024 afgav et løfte om at styrke samarbejdet med civilsamfundet (www.regioner.dk).



Fra politisk hold omfavnes frivilligt arbejde og civilsamfundet som redningsplaner til at komme helskindet i land i et oprørt hav med komplekse problemstillinger, der fører til stigende ulighed i sundhed

Model for typer af frivillighed

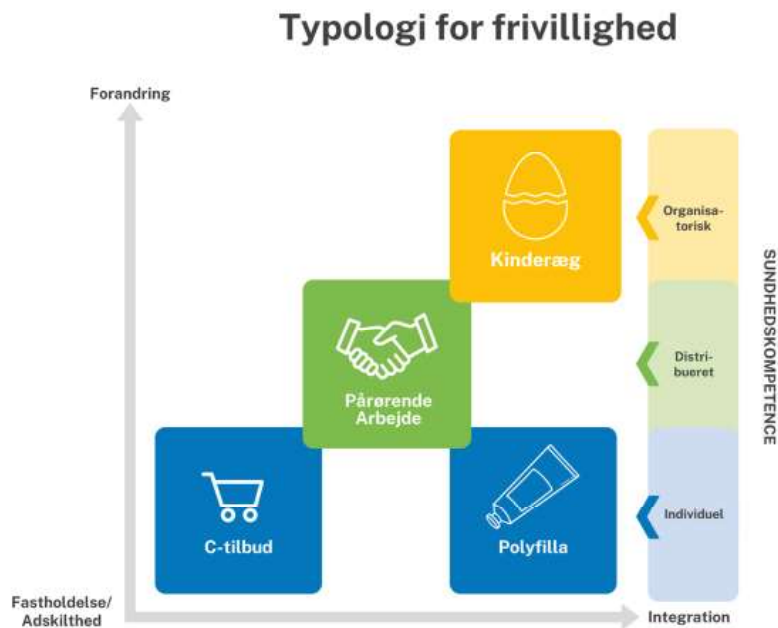
For at kunne svare på spørgsmålet, om og hvordan frivillighed og civilsamfundsorganisationer kan bidrage til social lighed i mødet med sundhedsvæsenet, er der behov for at sondre analytisk mellem forskellige typer af civilsamfundsbidrag og frivillighed. I den model, vi har udviklet til formålet, afbilledet i figur 2, vurderes typerne på x-aksen ift. graden af hhv. adskilthed fra og integration i et samlet tilbud fra sundhedsvæsenet. Baggrunden herfor er et ønske om at bidrage med viden om, hvorvidt og hvordan bidragene komplementerer det offentlige sundhedsvæsen i et sammenhængende tilbud, eller om de eksisterer parallelt. På y-aksen vurderes de forskellige typer ift., om de fastholder eller forandrer sundhedsvæsenets måde at fungere på i retning af større lighed i mødet. Graden af forandring afspejles i udviklingen i niveauet af sundhedskompetence, gående fra individuel over distribueret til organisatorisk sundhedskompetence. Hermed fremkommer fire typer frivillighed, som vi har kaldt Polyfilla, C-tilbud, pårørendearbejde og Kinderægget, som udfoldes nedenfor.

Frivillighed som Polyfilla

Når civilsamfundet fylder sprækker ud imellem systemerne eller kompenserer for kompleksiteten og ressourcemangel i sundhedsvæsenet, kalder vi frivillighed for Polyfilla. F.eks. når civilsamfundet skaber forbindelser mellem den hospitalsbaserede psykiatri og frivillige tilbud til mennesker, som lever med psykisk sygdom. Eller "finde-vej-hjælperne" med røde veste i hospitalets foyer. Roller, som er nødvendige dele af et sammenhængende sundhedsvæsen, og som ofte løses af ressourcestærke pårørende. Her er det naturligvis væsentligt at holde sig for øje, hvordan det samlede sundhedsvæsen tager hånd om dem, der ikke er så heldige at have pårørende at følges med.

Rollefordelingen mellem den frivillige og patienten er ofte, at der er en, der har brug for hjælp (patienten), og en, der hjælper (den frivillige). Samtidig bliver man som frivillig en del af et socialt fællesskab med andre frivillige og oplever meningsfuldhed i sit liv (Espersen m.fl., 2021). Relationen er altså mere gensidig end først indikeret.

Figur 2: Typologi for frivillighed i sundhedsvæsenet



Polyfylla frivillighed løser væsentlige og meningsfulde opgaver for den enkelte patient og spiller en betydende rolle for den frivillige, men er med til at fastholde måden, sundhedsvæsenet fungerer på, fordi det kompenserer for de steder, hvor der mangler sammenhæng, kontinuitet og gennemskuelighed. Problemer, som derved ikke bliver synlige anledninger til at skabe nødvendig forandring, og med risiko for at øge den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Vi placerer Polyfilla langt ude på x-aksen som en integreret og komplementerende funktion, men lavt på y-aksen, da den ikke stimulerer til forandring.

Frivillighed som C-tilbud

I et offentligt sundhedsvæsen med lige adgang spiller alle principielt på A-holdet. Rettigheder til behandling, pleje og rehabilitering ved sygdom afhænger ikke af status og indkomst. Når det offentlige sundhedsvæsen ikke kan løfte sit ansvar, jf. sundhedsloven (www.retsinformation.dk), opstår politisk tilskyndelse til f.eks. at understøtte private sundhedsforsikringer. De vil hovedsageligt være tilgængelige for mennesker med ressourcer, som bliver det nye A-hold. B-holdet bliver mennesker uden sundhedsforsikring, som alene har mulighed for at benytte det offentlige tilbud. Vi ved, at mange har svært ved at profitere af sundhedsvæsenets tilbud, fordi de kommer til at stå sårbart eller udsatte i mødet med systemet. Her kan frivillighed risikere at blive et C-tilbud, afskåret fra det etablerede sundhedssystem. F.eks. en Røde Kors Sundhedsklinik, som tilbyder mennesker uden CPR-nummer og sundhedsforsikring adgang til basale sundhedsydelser.

Vi placerer C-tilbuddet som adskilt fra det samlede tilbud fra sundhedsvæsenet og som en fastholdelse (eller måske endda forværring?) af den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, fordi det alt andet lige vil være et tilbud af lavere kvalitet end det, landets borgere har ret til. Samtidig er der ingen tvivl om, at dette parallelle og uformelle sundhedsvæsen er livsnødvendigt i dag for at nå landets mest udsatte (West, 2024).

Når pårørende udfører hovedparten af sundhedsarbejdet

Civilsamfundet og frivillige har som beskrevet altid været en del af sundhedsvæsenet med pårørendes rolle i sygdomsforløb som oplagt eksempel. Faktisk er sundhedsvæsenet generelt indrettet, *som om* alle har pårørende at støtte sig til, selvom "Hvordan har du det?"-undersøgelsen (Sundhedsstyrelsen, 2022) viser, at andelen af befolkningen, der oplever sig uønsket ensomme er steget med ca. 50 pct. på 4 år (fra 8 pct. til 12 pct.). Alligevel er sundhedsvæsenet ambivalent i forhold til pårørende. Er de ressourcer? En del af det psykiatriske sygdomsbillede? Udfordrer samarbejdet med pårørende patienternes selvbestemmelse, myndighed og datasikkerhed? Paradoksalt nok inddrages pårørende ikke systematisk i patientforløbet, f.eks. via deltagelse i teammøder eller konferencer om patienten. Mange pårørende bliver belastede og syge af opgaven som autodidakt projektkoordinator og bindeled mellem instanser (www.danskepatienter.dk).

Vi placerer pårørendearbejdet længere ude af x-aksen pga. de høje forventninger til og det store udbytte af pårørendes bidrag til sygdomsforløb. Der er plads til yderligere integration f.eks. med indførelse af pårønderettigheder, støtte og inddragelse i et reelt tværgående samarbejde med de fagprofessionelle. Vi placerer pårørendearbejdet højere oppe af y-aksen, da de pårørendes indsats er med til at løfte kvaliteten af diagnostisk, behandling og pleje (www.danskepatienter.dk). For at nedbringe den sociale ulighed i sundhed i mødet med sundhedsvæsenet vil det være relevant at undersøge betydningen af at kompensere for manglen på pårørende hos de mennesker, som oplever uønsket ensomhed. Differentiering mellem, om man har pårørende eller ej, i forhold til hvilke offentlige tilbud man er berettiget til, eller hvilke systematiske samarbejder med civilsamfundet der etableres, kunne formentlig bidrage til at øge den sociale lighed i sundhed og til prioriteringsdiskussionerne i sundhedsvæsenet.

Når frivillighed er et Kinderæg

Uligheden i sundhed er ikke skabt af og kan heller ikke løses af sundhedsvæsenet. Men forskningen, som er opsummeret i figur 1 viser, at såvel a) kvaliteten af interaktionen mellem patient og fagprofessionel i det grønne felt og b) ressourcer, kompleksitet og vanskelig adgang i det gule felt ligger indenfor sundhedsvæsenets ansvar og handlemuligheder. Det ansvar for den sociale lighed i adgang til sundhed kan løftes på adskillige måder, såsom at ændre på curriculum på uddannelserne, samt efter- og videreuddannelserne eller at tilføre yderligere ressourcer. En anden tilgang kan være at indgå i tæt samar-

bejde med civilsamfundet i den fjerde variant i frivillighedstypologien, nemlig Kinderægget. Et Kinderæg er kendetegnet ved at være tre ting på én gang: et stykke chokolade, en overraskelse og et stykke legetøj. Der er selvsagt tre andre ting på spil, når frivillighed bliver et Kinderæg. Som eksempel har vi valgt Social Sundhed, som vi kender indefra.

Faktaboks: Hvad er Social Sundhed - helt praktisk?

Social Sundhed er en landsdækkende NGO, som gennem åbne rådgivningstelefoner skaber kontakt med mennesker, som har alvorligt brug for hjælp til at benytte sundhedsvæsenet. Sundhedsfaglige studerende melder sig som frivillige brobyggere til at støtte, motivere og ledsager mennesker, som har brug for hjælp i deres kontakt med sundhedssystemet. Brobyggeren sikrer, at det enkelte menneske møder op til sundhedsaftaler, skaber tryghed og støtter op om kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel. Dette styrker sundhedstilstanden og sundhedskompetencerne hos den enkelte, men udbyttet går begge veje. Når brobyggeren som kommende sundhedsprofessionel får praksiserfaring med, hvordan mennesker i udsatte eller sårbare positioner oplever mødet med sundhedsvæsenet, opbygger brobyggeren den nødvendige redskabskasse af kompetencer til at kunne nedbringe ulighed i sundhed i sit fremtidige virke, både i mødet med den enkelte patient og ved at opbygge den organisatoriske sundhedskompetence.

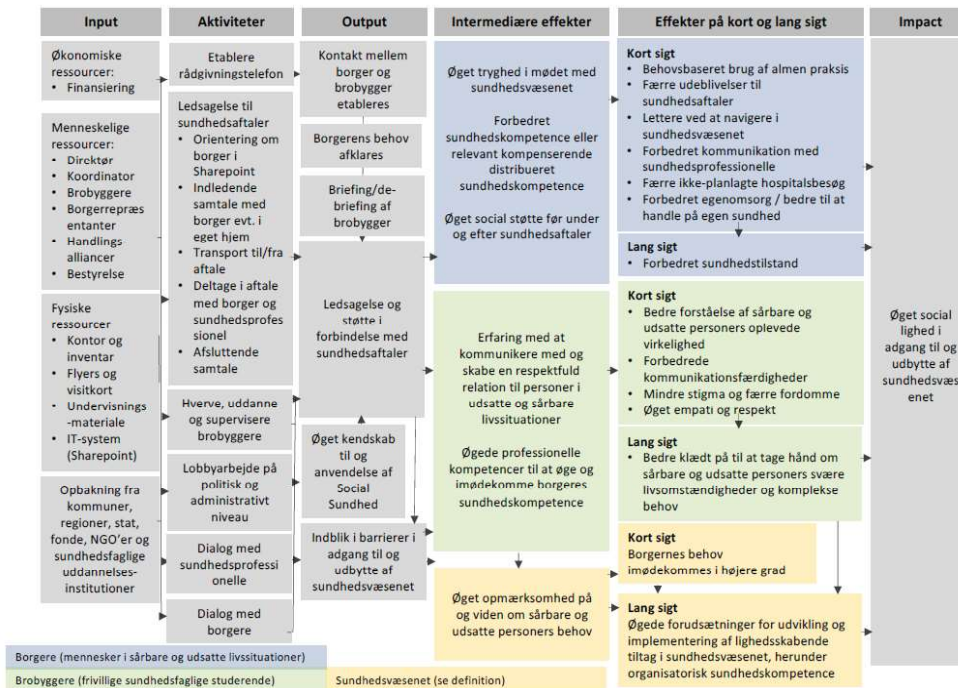
Når civilsamfundet, som i eksemplet Social Sundhed, organiserer sig, så indsatsen både er

- a) *frivilligt socialt arbejde*, med det formål at styrke den enkelte, der står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet (det blå felt i figur 1) og forbedre kvaliteten af interaktionen (det grønne felt i figur 1) ved at øge den distribuerede sundhedskompetence
- b) *ekstra-curriculær uddannelse* af sundhedsfaglige studerende i de kompetencer, der ikke er tilstrækkeligt tilstede (det grønne felt i figur 1), og som skal modvirke fordomme, øger empati og respekt.

Er det rimeligt at opstille en hypotese om, at den frivillige sociale og uddannelsesmæssige indsats på længere sigt kan bidrage til forandring gennem en øget organisatorisk sundhedskompetence, foranlediget af det personale, som under studierne gennem deres frivillige arbejde har tilegnet sig de nødvendige kompetencer. Den øgede organisatoriske sundhedskompetence kan lede til et sundhedsvæsen, som er i stand til at kompensere for og tilpasse sig mennesker i sårbare positioner, så den sociale lighed i mødet med sundhedsvæsenet stiger. Der vil i så fald være tale om systemforandring.

Programteorien for Social Sundhed (Valentin m.fl., 2023) fremgår af figur 3.

Figur 3: Programteori for Social Sundhed (dansk udgave)

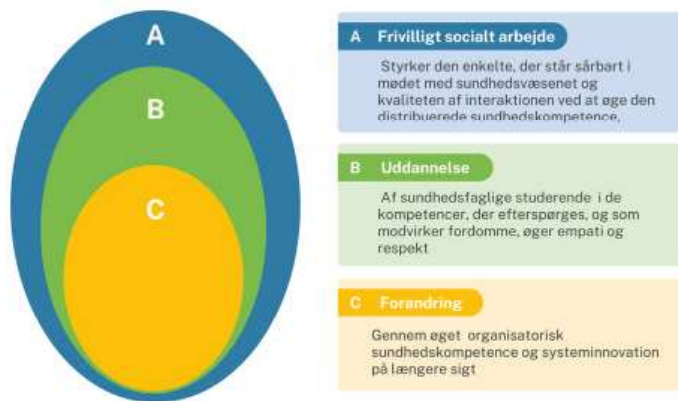


Den kortlægger virkningsmekanismerne i interventionen, beskrevet i de grå felter under Input, Activities og Output for både det menneske, der står sårbart (de blå felter), den sundhedsfaglige studerende (de grønne felter) og for sundhedssystemet på længere sigt (de gule felter). Social Sundhed bliver i artiklens frivillighedstypologi til et Kinderæg med hele tre målgrupper og succeskriterier med forskellige tidshorisonter. En målgruppe er det menneske, som står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet. En anden målgruppe er de sundhedsfaglige studerende, som er frivillige brobyggere og en del af fremtidens sundhedsvæsen. Og endelig er ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet målgruppe for indsatsen ift. at løfte den organisatoriske sundhedskompetence.

Det internationale litteraturstudie bag programteorien fandt ingen andre civilsamfundsorganisationer, som på tilsvarende vis har flere målgrupper og et systemforandrende sigte. Forfatterne samt en række fonde er interesserede i at få kendskab til yderligere eksempler på Kinderæg, hvis læserne kan bidrage med det.

Når civilsamfundet lægger sig, ikke parallelt til, men i forlængelse af og forstærker sundhedssystemet, kan civilsamfundet blive en integreret del af et samlet og stærkere sundhedsvæsen. Vi placerer Kinderægget længst ude på x-aksen og højest oppe på y-aksen. Figur 4 illustrerer Kinderæggets tre elementer. Begreberne om individuel, distribueret og organisatorisk sundhedskompetence supplerer med perspektiver på, hvem der har brug for hjælp, og hvor forandring skal og kan ske.

Figur 4: Kinderæggets 3 målgrupper og succeskriterier



Efter således at have præsenteret de fire typer frivillighed og civilsamfundsbidrag i forhold til, om de opleves som integrerede elementer i et samlet sundhedsvæsen, og om de opleves som et bidrag til den nødvendige forandring af sundhedsvæsenet, vil vi i de næste afsnit udfolde og diskutere, hvordan man mere lavpraktisk kan gå til at forandre sundhedsvæsenet i relation til så gammelt og vedvarende et problem som ulighed i sundhed.

Offer for udefrakommende problemer eller mulig aktør i at skabe løsninger?

Dette temanummer beskæftiger sig med en række udfordringer, som sundhedsvæsenet verden over står midt i. Mange af disse udfordringer placeres udenfor de ledere og medarbejdere, som arbejder i sundhedsvæsenet. Problemerne tilskrives f.eks.:

- demografisk udvikling,
- forandrede forventninger til velfærdsstaten og det gode liv – både patienternes og personalets,
- økonomiske udfordringer,
- teknologiske og digitale fremskridt,
- et komplekst samfund, det er vanskeligt at begå sig i det,
- specialisering, sektoropdeling og faggruppe-kulturer.

Og at menneskers forløb i forbindelse med sygdom går på kryds og tværs i det hele. Med den problemanalyse giver temanummer-titlen mening. Sundhed bliver ustyrligt.

Diederichsen og Paldam Folker udfordrer i deres artikel denne analyse. Forfatterne påviser, at politikere, ledere og medarbejdere også er aktører i interessekonflikter qua politiske ståsteder ift. mulige løsninger på problemerne. Dertil kommer den enkelte fagprofessionelles mere eller mindre ubevidste bias og fordomme overfor mennesker i sårbare og udsatte positioner, som vist i figur 1 (Valentin o.a., 2023). Et nyligt studie dokumenterer, at mennesker, der har cirka samme socioøkonomiske status som den læge, de sidder overfor, får tilbudt bedre behandlingsmuligheder og oplever et større udbytte af indsatsen end mennesker af lavere socioøkonomisk status, som omvendt får tilbudt ringere behandling og oplevere dårligere udbytte (Kristiansen og Sheng, 2022).

Når op mod 20 procent af befolkningen ikke profiterer af sundhedsvæsenet, skyldes det både levevilkår, socioøkonomisk status mv. og den forskelsbehandling, der sker i selve mødet mellem det menneske, der står sårbart og sundhedsvæsenet, mellem fagperson og patient (Kjeld o.a., 2022). En forskelsbehandling, som ikke kan forklares med forskellige regler og retningslinjer for forskellige socialgrupper. Forskelsbehandlingen er ulovlig – sundhedsloven tilsiger lige adgang for alle (www.retsinformation.dk).

Fordomme og bias kan man gøre noget ved. Som samfund kan man f.eks. udfordre, hvordan der uddannes til og kompetenceudvikles og organiseres i sundhedsvæsenet, alle emner, der eksisterer omfattende viden om og erfaring med.

I mesterlære hos det menneske, der står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenets praktiske uddannelsesmodel er i vid udstrækning kendetegnet af moderne variationer af mesterlære. Det har mange fordele at kunne lære af mere erfarne kolleger, men det kan også med til at fastholde vaner og tænkning, som måske trænger til at blive udfordret for at flytte på den stigende sociale ulighed i sundhed? Et aktuelt og væsentligt spørgsmål at stille er: Hvordan kan sundhedsvæsenet arbejde systematisk med at uddanne nuværende og kommende medarbejdere ift. bias, racisme og fordomme? Fænomener, det kan være svært at tale om, når det ikke handler om andre og samfundet, men om en selv (Morehouse o.a., 2023). Automatreaktionerne står i kø. ”Skulle jeg være racist? Jeg forskelsbehandler da ikke. Vi er jo alle lige for loven. Jeg har valgt at være medarbejder i sundhedsvæsenet, fordi jeg vil gøre noget godt for andre”. Alt det er sikkert helt rigtigt. Og det kan sagtens eksistere samtidigt med, at man måske ubevidst er fordomsfuld. De ubevidste bias grundlægges gennem det miljø og de relationer, man færdes i som barn, og de erfaringer, man får i møder med samfundet og systemerne, og den historie, ens familie og nære samfund har bag sig. Man er således allerede privilegeret, når man er optaget på og kan gennemføre en mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Disse ubevidste bias går begge veje, f.eks. mellem den grønlandske sårbare patient og den hvide, midaldrende, privilegerede læge. Hvordan kan lægen forstå og acceptere, at hun bærer en arvesynd, fordi hun repræsenterer en kolonimagt? Uanset hvor "godt" hun som enkeltperson handler? Hvordan kan hun forstå, hvordan det er ikke at kunne begå sig, at være angst i offentlige rum, at blive misforstået og at blive overmandet af vrede og aggression, når man ikke forstår, hvad der foregår i en situation? Hvordan kan hun forstå, hvad det vil sige at leve et liv, man ikke synes er værd at leve, og at man ikke selv er værdig til at være i live? Hvis hun aldrig har været i nærheden af at have haft den type erfaringer i sit liv? Eller har erfaret psykiske udfordringer, som sagtens kan være en del af et godt liv, når man har ressourcer selv og omkring sig.

Hun har måske læst om det. Set på statistikker under sin uddannelse. Hun bruger sin sociale fantasi til at forestille sig, hvad der sker i tilværelsen for et menneske, hvis bolig langsomt gror til, indtil der kun er en seng og en sti tilbage at betræde – eller som helt forlader boligen for at leve på gaden, hvor væggene ikke kommer nærmere. Hun kan bruge sin empati, sin medfølelse (compassion hedder det vist nu om dage) og sin professionalisme til at møde det andet menneske, som det nu engang er, og at tilbyde behandling og pleje af samme høje kvalitet, uanset hvem der sidder på den anden side af bordet.

Afsættet for at lykkes med det er et sammenbrud i den klassiske ekspertrolle, som Argyris og Schon (1995) beskriver som 2. ordens læring. At hun forstår, at hun ikke forstår. Og at relationen og kommunikation skal bygges op fra denne erkendelse og ydmyghed. At hun forstår, at hendes privilegier gør hende primet til at forskelsbehandle, og at hun faktisk skal gøre sig umage for at undgå det – og at det kræver uddannelse, træning og løbende supervision.

I Social Sundhed foregår dette ved, at mesterlæreren er vendt på hovedet. Det er det menneske, som står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet, som lærer den sundhedsfaglige studerende om barrierer og betydningen af bias og fordomme. De sundhedsfaglige studerende kommer dokumenteret styrkede ud på den anden side af dette sammenbrud af ekspertrollen ved at opsøge den erfaringsbaserede læring som frivillige brobyggere. Her træner de relationelle og kommunikative kompetencer, samtidig med at de udfører skræddersyet socialt arbejde (Tonnesen o.a., 2023a). De studerende lærer at se noget andet og mere, end de kunne, før de blev brobyggere (Tonnesen o.a., 2023b). Som brobyggere kan de således bidrage til at styrke såvel den individuelle som den distribuerede sundhedskompetence.

Kan frivilligt socialt arbejde lede til systeminnovation?

Kinderægget er placeret som et frivilligt og fuldt integreret element i sundhedsvæsenet, som i høj grad forandrer den måde, sundhedsvæsenet fungerer på både her og nu. Eksemplet Social Sundhed har potentiale til at bidrage til systeminnovation i sundhedsvæsenet, når systemerne f.eks. erkender, at *den måde de* indretter sig på, skal kompensere for forskelle i individuelle sund-

hedskompetencer. I praksis vil det være muligt, at den organisatoriske sundhedskompetence imødegår risikoen for privilegieblindhed og de socioøkonomiske bias beskrevet ovenfor. Efterhånden som hundredvis af sundhedsfaglige studerende, der har været frivillige brobyggere, bliver færdiguddannede og får jobs i sundhedsvæsenet, vil den akkumulerede effekt af mesterlæren forventeligt vise sig på dette systemiske niveau.

Kinderægget rummer tre vigtige elementer. For det første forskyder det målgruppen for hjælp og forandring fra mennesker i sårbare positioner til de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet. For det andet synliggør det, hvordan sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet både bidrager til den ulighed, der opstår i mødet med sundhedsvæsenet, men også kan være en del af løsningen på problemet allerede som studerende. For det tredje indgå de sundhedsfaglige studerende i en frivillig brobyggerrelation med mennesker, der står i sårbare positioner, hvor de får umiddelbart hjælp og støtte til deres aftale i sundhedsvæsenet. Brobygningen fungerer samtidig som en mesterlæresituation og-relation for den sundhedsfaglige studerende.

Kinderægget repræsenterer den mest fulgyldige løsning

Denne artikel har udviklet en typologi for frivillighed som muligt bidrag til at øge den sociale lighed i mødet med sundhedsvæsenet og beskriver de fire typer som henholdsvis Polyfylla, C-tilbud, pårørendearbejde og Kinderægget. Typologien sonderer på x-aksen mellem graderne af henholdsvis adskilthed og integration med sundhedsvæsenet, og på y-aksen, hvordan forskellige former for frivillighed henholdsvis fastholder eller forandrer sundhedsvæsenet. Graden af forandring afspejles af udviklingen i den individuelle, distribuerede og organisatoriske sundhedskompetence.

Polyfylla er særligt relevant, når der er ressourcemangel og gråzoner i mellemrummene mellem tilbud. For ikke at øge den sociale ulighed i sundhed er det afgørende, at politikere, ledere og fagfolk samtidig tager ansvar for, at det ikke leder til C-tilbud af dårligere kvalitet og at arbejde for sammenhæng i overgange.

Pårørendearbejde kan understøttes i langt højere grad end det er tilfældet i dag ved at integrere de pårørende i indsatsen. For ikke at øge den sociale ulighed i sundhed skal der kompenseres i de tilfælde, hvor der ikke er ressourcestærke pårørende.

C-tilbud kan være nødvendige af medmenneskelige hensyn, som i tilfældet med Røde Kors Sundhedsklinikker, hvor illegale flygtninge ikke har andre muligheder for at få adgang til basal behandling. For ikke at øge den sociale ulighed i sundhed er det vores anbefaling, at politikere forholder sig til, hvad den stigende tendens til at tegne sundhedsforsikringer (det nye A-tilbud) betyder for kvaliteten og adgangen til det almene offentlige sundhedstilbud (det nye B-tilbud) og risikoen for en stigende sociale ulighed i sundhed.

Kinderægget repræsenterer den mest fulgyldige løsning på problemet med den stigende sociale ulighed i sundhed. Det kræver et stærkt samarbejde på tværs af sektorer med ansvar for sundhed, uddannelse og civilsamfund, at rammerne for videreuddannelse er fleksible nok til, at studerende kan påtage sig frivilligt arbejde, eller at brobygningen bliver en del af den formelle uddannelse, og at de offentlige organisationer påtager sig at prioritere, kompensere og dermed positivt forskelsbehandle mennesker i sårbare situationer.

Hvis man som velfærdssamfund ønsker det bedst mulige udbytte af civilsamfundets bidrag til den samlede opgaveløsning, kan man stille sig selv spørgsmålene om, hvordan man kan investere i at sikre fuld implementering af de relevante frivilligindsatser. Implementering på tværs af landet er en forudsætning for, at indsatserne ikke er med til at øge uligheden i sundhed ved, at de kun kommer nogle områder til gavn.

Afslutningsvist er det interessant at tage diskussionen om frivillighed på det strategiske niveau, så det ikke alene er hos frontpersonalet, frivilligheden påvirker opgaveløsningen og bidrager til kompetenceudviklingen, men at frivillighed og civilsamfundets bidrag er forankret i den større organisations strategiske udvikling. Det skal sikre, at det ikke alene er tilfældige samspil med civilsamfundet, men at samspillet sikres strukturelt og systematisk. Først dér kan man teste det fulde potentiale af civilsamfundets bidrag til udviklingen af velfærdssamfundet og sundhedsvæsenet, og om det i nogle tilfælde faktisk kan være den redningsplanke, som mange håber på, det er.

Noter

- 1 Forfatterne arbejder i Social Sundhed, som arbejder for lighed i sundhed. For at imødekomme blinde vinkler som følge heraf i artiklens teoretiske analyser har professor Mickael Bech (red.) og post.doc. Lærke Bonnessen (reviewer), begge SDU, været sparringspartnere på artiklen.

Referencer

- Argyris, Chris og David A. Schon (1995), *Organizational Learning II – Theory, Method and Practice*, FT Publishing International.
- Edwards, M., F. Wood, M. Davies og A. Edwards (2015). “‘Distributed health literacy’: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition”, *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5): 1180-1193, <https://doi.org/10.1111/hex.12093>
- Espersen, Helle Hygum, Torben Fridberg, Asger Graa Andreassen, og Niels Westermann Brændgaard (2021), “Frivillighedsundersøgelsen 2020 – En repræsentativ befolkningsundersøgelse af udviklingen i danskernes frivillige arbejde”, VIVE.
- Hansen, Karen Dahl (2002), “Frivillige skal ind på sygehuse”, *Kristeligt Dagblad*, 3. oktober.
- Harari, Yuval Noah (2011), *Sapiens. A Brief History of Humankind*, Penguin Random House.
- Jensen, Heidi Amalie Rosendahl, Michael Davidsen, Sofie Rossen Møller, Julie Ellegaard Ibáñez Román, Kamilla Kragelund, Anne Illemann Christensen og Ola Ekholm (2022), “Danskernes Sundhed – den nationale sundhedsprofil 2021”, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Kjeld, Simone Gad, Louise Ayoe Sparvath Brautsch, Durita Lyngsø Svartá, Anne Faber Hansen, Susan Andersen, Dina Danielsen (2022), “Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang”, udarbejdet til Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

- Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet (2023), "Robusthedskommissionens anbefalinger", Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Kristiansen, Ida Lykke og Sophie Yanying Sheng (2022), "Doctor Who? The Effect of Physician-Patient Match on the SES-Health Gradient", *CEBI Working Paper Series*, Department of Economics, University of Copenhagen.
- Morehouse, Kirsten N. et al. (2023), "All human social groups are human, but some are more human than others: A comprehensive investigation of the implicit association of "Human" to US racial/ethnic groups", *Proceedings of the National Academy of Sciences*. DOI: 10.1073/pnas.2300995120
- Regeringen (2022), "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering".
- Tonnesen, Merete og Anne-Mette Hedeager Momsen (2023a), "Bridging gaps in health? A qualitative study about bridge-building and social inequity in Danish healthcare", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1).
- Tonnesen, Merete, Gitte Valentin, Thomas Maribo og Anne-Mette Hedeager Momsen (2023b), "Seeing the invisible: extracurricular learning processes and learning outcome as experienced by student volunteers accompanying persons in a socially vulnerable situation to healthcare appointments—an ethnographic study", *Advances in Health Sciences Education*.
- Valentin, Gitte, Claus Vinther Nielsen, Anne Sofie Meldgaard Nielsen, Merete Tonnesen, Kristina Louise Bliksted, Katrine Tranberg Jensen, Karen Ingerslev, Thomas Maribo, og Lisa Gregersen Østergaard (2023), "Bridging Inequity Gaps in Healthcare Systems While Educating Future Healthcare Professionals—The Social Health Bridge-Building Programme", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 6837.
- West, Kira (2024), "Nu skal vi kurere uligheden i sundhed", *Altinget*, 22. april.
- Aaby, Anna, Maiken Meldgaard og Helle Terkildsen Maindal (2022), "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til mere lighed", Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet.