



# Dignity and Well-Being

Ret til velfærd



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**Erasmus+ Project titel: DIGNITY & WELL-BEING: Exchange for changing (2016-1-PT01-  
KA202-022970 ERASMUS+)**

**Dokument titel:**

”En manual til i praksis at arbejde med mennesker der er hjemløse og samtidig har psykiske problemer.”

**Forfattere:**

Elias BARRETO, Psychologist, CHPL  
António BENTO, Psychiatrist, CHPL  
Luigi LEONORI, Psychologist, SMES-Europa  
Silvia RAIMONDI, Psychologist, SMES-Europa  
Philip TIMMS, Psychiatrist, Maudsley Hospital, London  
Pierre RYCKMANS, Medical doctor, IdR, SMES-Europa  
Preben BRANDT, Psychiatrist, projekt UDENFOR  
Per GLAD, Social worker, projekt UDENFOR  
Gitte AALBÆK, Social worker, projekt UDENFOR  
Panagiota FITSIOU, Psychologist MSc, EKP&PSY  
Niki DARMOGIANNI, Educational Trainer, EKP&PSY  
Sofoulis TATARIDIS, Project Officer, EKP&PSY  
Renia POURNARA, Attorney at Law, MfA, EKP&PSY  
Jacopo LASCIALFARI, Project manager, Fondazione Devoto  
Andrzej CZARNOCKI, Facility Director, Caritas AW  
Anne BOCZKOWSKA, Psychologist, Caritas AW  
Victor SOTO, Psychiatrist, PSSJD  
Isabel M<sup>a</sup> MARTÍNEZ, Mental health nurse, PSSJD  
Inés CAMPO, Mental health nurse, PSSJD  
Tony O’RIORDAN, C.E.O, Midlands Simon Community  
John MCEVOY, Projects Manager, Sophia.

Partnerskab: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Coordinator, (Portugal); Santé Mentale Exclusion Sociale SMES-Europa (Belgium), Etairia Koinonikis Psixiatrikis kai Psixikis Ygeias (Greece), projekt UDENFOR (Denmark), Istituto Andrea Devoto (Italy), Caritas Archidiecezji Warszawskiej (Poland), Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Spain) and Midlands Simon Community (Ireland) with the special participation of Infirmiers de rue, Belgique, as guest of Smes-Europa.

Publiceret og udgivet i Lisabon, Portugal.  
June 2019

“

Enhver har ret til en sådan levestandard, som er tilstrækkelig til hans og hans families sundhed og velvære, herunder til føde, klæder, bolig og lægehjælp og de nødvendige sociale goder og ret til tryghed i tilfælde af arbejdsløshed, sygdom, uarbejdsdygtighed, enkestand, alderdom eller andet tab af fortjenstmulighed under omstændigheder, der ikke er selvforskyldt.

---

Artikel 25 FN's Verdenserklæring om Menneskerettighederne

# Indholdsfortegnelse

Introduktion	6
Socialt	11
Sundhed	23
Bolig	39
Recovery	55
Udgående	67
Netværk	83
Medarbejdertræning	97
Træningsforløb	109
Ordforklaring	119
Referencer	125

# Introduktion

At udføre socialt og sundhedsbaseret arbejde i forhold til mennesker, der er hjemløse og har psykisk lidelse, er både et fagligt og et menneskeligt krævende arbejde, som ingen uden videre kan være klar til at kaste sig ud i.

De mange forskellige indsatsområder, som sundhed, sociale forhold, bolig, Recovery, opsøgende og udgående arbejde, netværksarbejde og personalepleje, som den slags arbejde kan og bør involvere, kræver mere indsigt og viden end det som én profession eller én bestemt servicetype kan levere.

Professionelle, der begynder at arbejde med denne gruppe af borgere vil altid blive konfronteret med begrænsningerne i deres faglige viden og vaner.

Det som hver enkelt professionel har lært under sin faglige uddannelse slår ikke til når de skal løse udfordringerne i arbejdet med denne befolkningsgruppe. Den professionelle er nødt til at forstå, at man må gå ud over det, som er ens sædvanlige praksis, og at man må udvikle nye færdigheder, der vil gøre den professionelle i stand til både at få øje på klienternes særlige behov og til at indse, at det kræver samarbejde med andre med anden professionel baggrund, hvis indsatsen skal være af god kvalitet.

Udover en faglig basisviden er det afgørende både at lære fra egne erfaringer og af andres erfaringer, samt at udvikle en reflekterende praksis, der søger efter de rigtige måder at arbejde på i hver enkelt, unikke situation frem for at kopiere færdige løsninger.

Formålet med denne vejledning er for det første at hjælpe fagfolk til individuelt at udvikle færdigheder, der gør dem bedre i stand til møde og hjælpe et menneske, der både er hjemløs og har alvorligere psykiske problemer. Dernæst, at give anvisninger på hvordan der skabes rammer og netværk, der kan støtte professionelle i at være mere opmærksomme på udfordringer og omfang samt gode principper for praksis i arbejde med hjemløse med psykisk sygdom.

Rapporten "Praktiske tilgange til at arbejde med hjemløse med psykiske problemer" er resultatet af et treårigt projekt (2017-19), som er finansieret af midler fra Erasmus + programmet.

Som baggrund for dette projekt ligger et tidligere projekt "Dignity and Well-Being" gennemført med organisationen SMES-Europa som initiativtager og tovholder i årene 2015-16.

Projektet "Dignity and Well-Being" blev gennemført i form af tre workshops hvor fagfolk fra forskellige lande kunne mødes for at diskutere relevante, anonymiserede cases, der beskrev eksempler på forhold, som virkelige personer, der var hjemløse med psykiske problemer og som levede under socialt belastede forhold og synes at afvise hjælp, lever under. I forbindelse med hver workshop blev der arrangeret studiebesøg i en række relevante organisationer, hvor praksis og metoder blev diskuteret.

De tre workshops fandt sted i Warszawa, Athen og København.

Efterfølgende blev der udført kvalitative analyse og fælles diskussioner i workshops af mere end 50 cases. Resultatet af disse analyser dannede herefter grundlag for en publikation om typiske veje ud i hjemløshed og de gennemførte intervention (Fabio Bracci, 2017; SMES-Europa i samarbejde med Fondazione Istituto Andrea Devoto).

Erasmus+ projektet "Dignity and Well-Being-exchange for change" blev gennemført med brug af den metode, som blev udviklet i SMES-Europa, dvs. analyse af cases, institutionsbesøg og diskussioner i workshops, med henblik nyt mål: Udviklingen af den uddannelsesplan og den manual, som er beskrevet i denne rapport.

Vi kan nu håbe, at den kan finde nytte i træning af fremtidige fagfolk, der skal arbejder med hjemløse med psykiske problemer.

Det første planlægningsmøde fandt sted i Bruxelles d. 9. – 10. december 2016. og den første workshop i Lissabon d. 14. – 18. marts 2017. Har begyndte samtænkningen af processen i den tværeuropæiske gruppe, der skulle arbejde sammen de følgende år og sikre at vi bevægede os fra idé til realitet. Mens vi fortsatte med at besøge sociale og psykiatriske tilbud, arrangeret af NPISA Lissabon, og indsamle cases blev der tilføjet en dimension mere. Hver deltager blev sat til at tænke over hvilke teoretisk viden og praktiske metoder, de havde savnet da de i sin tid begyndte at arbejde med hjemløse mennesker og hvilke ny indsigt havde de samlet sig i tidens løb. Efter en gruppediskussion, kunne de væsentlige forhold som man havde været kommet ind på sammenfattes og fremhæves. De sidste to dage stod SMES-Europa for en konference hvori der var deltagere fra 15 forskellige europæisk lande. Konferencen var tilrettelagt med fokus på sociale forhold, sundhed, bolig, beskæftigelse og rehabilitering.

Gruppen mødtes igen til næste workshop i Dublin d. 25. – 29. oktober 2017. De første dage blev brugt i Dublin, de sidste i den mindre by Athlone. Det gav os mulighed for såvel at se tilbud til hjemløse i en storby og et landligt område. Derudover gav denne workshop os mulighed for at møde et bredt udvalg af eksperter og af folk med ansvar for indsatserne på det administrative og politiske niveau.

Udover analyserne af de cases vi fortsat samlede fra hvert deltagene land, gav denne workshop os også mulighed for at tænke over og at diskutere hvilke forhold der er essentielle og ikke til at komme uden om i arbejdet med mennesker, der er hjemløse og samtidigt har psykosociale problemer. Disse diskussioner førte til at vi kunne lave et skema, som førte os gennem resten af projektet. Det er det skema som kommer til udtryk i de syv kapitler, som denne manual består af: social; sundhed; bolig; recovery; opsøgende; netværk og medarbejderstøtte.

Det evaluerende midtvejsmøde blev holdt i Firenze d. 19. – 20. februar 2018. Under dette møde havde vi glæde af at kunne lytte til eksperter såvel i praksis som forskning. De hjalp os til at udføre en kritisk gennemgang af vores arbejdsmetoder og mål. I en afsluttende workshop arbejde gruppen mod et klarere og mere kritisk blik på de forskellige kapitler. Det hjalp os til uddelegere hvem der parvis, fra forskellige deltagende lande, skulle skrive hvilke kapitler og dermed sikre at udkast nummer to i tiden derefter kunne skrives.

Næste arbejdsgruppe blev afholdt i Athen d. 7. – 12. maj 2018. Her besøgte vi flere centrale hjælpeorganisationer. Efterfølgende havde de græske værter arrangeret et samlende stormøde med deltagelse af service-brugere, organisationer, lokale myndigheder og repræsentanter fra statslige myndigheder til diskussion af socialpolitik og praksis i forhold til mennesker, der er hjemløse i det hele taget og særlige grupper af hjemløse, som flygtninge og personer med psykosociale problemer.

Ved dette møde var det muligt for os at enes om en fælles struktur hvert af temakapitlerne. Der blev afholdt workshop for hvert af de syv temaer. Hver gruppe kom med udkast til sit tema og disse blev efterfølgende samlet i ét dokument.

Den sidste egentlige workshop blev afholdt i Barcelona d. 22. – 26. oktober 2018. Igen besøgte vi forskellige organisationer, der tog imod mennesker, der er hjemløse, mødtes med lokale eksperter og mødtes med service-brugere, eksperter gennem erfaring.

De syv kapitler blev præsenteret for den samlede gruppe af skribenterne og diskuteret grundigt igennem. De nærmerede sig nu den endelige form.

Det afsluttende evaluerende møde blev afholdt i Bruxelles d. 7. – 9. marts 2019. Her fik vi den sidste mulighed for at gennemse og gennemdiskutere forløbet af projektet og at tage endelig stilling til kapitlerne, rammer og layout for den publikation der skulle afslutte projektet.

Det blev besluttet at resultatet af dette projekts træningsplan og manual skulle præsenteres ved en konference i Warszawa d. 9. maj 2019.

Hver af de mange workshops rundt omkring i Europa har været præget af intenst arbejde, mulighed for at møde lokale eksperter, administratorer og politiske meningsdannere, og dermed opbygge og styrke såvel lokale som europæiske netværk.

Samtidigt har der været udført et betydeligt hjemmearbejde af projektdeltagerne mellem møderne. Der var etableret undergrupper for hvert tema og der har været en betydelig udveksling frem og tilbage mellem deltagerne. Både om faglige pointer og med redaktionsgruppen om kapitlernes opbygning, som har gjort det til et virkelig kollektivt projekt.

Projektet repræsenterer et destillat af de mange besøg, samtaler og gruppediskussioner, individuelt arbejde og voksende forståelse for partnernes virkelighed og arbejdsform. Alle partnere i projektet har arbejdet med hjemløse mennesker i mange år og kommer med en bred forskellighed af faglig baggrund og organisationskulturer. Projektarbejdet er altså udført af en heterogen gruppe som består af partnere fra otte forskellige europæiske lande.

Denne heterogenitet har bidraget med en rigdom af synspunkter, som har skærpet dynamikken og dermed processen i samarbejdet. Skønt man i manualen kan finde en bred forskellighed af synspunkter og perspektiver, bygger den på underliggende sammenhæng og enighed i forståelse på baggrund af gruppens treårige rejse, hvor deltageren har opbygget en forståelse for og anerkendelse af forskelligheden og samtidig af de fælles grundholdninger og erfaringer som forener dem.



Manualen indeholder syv dele, som vi ser som beskrivelse af fire søjler og tre bjælker som holder søjlerne sammen og dermed skaber en sammenhængende indsats mod hjemløshed:

1. Social
2. Sundhed
3. Bolig
4. Recovery
5. Opsøgende og udgående
6. Netværk
7. Medarbejdertræning

Vi mener, at de fire søjler: social forhold, sundhed, bolig og at komme sig, som relevante dele i arbejdet mod værdighed og velbefindende for mennesker der er hjemløse. Vi har konstrueret de tre bjælker: opsøgende og udgående arbejde, netværksarbejde og medarbejdertræning, som vi ser som nødvendige støttende elementer, der både kan trænge ind i og forbinde de fire søjler.

I hver kapitel finder man en introduktion, de vigtigste ideer og begreber, de forventede vanskeligheder, god praksis og en sagsbeskrivelse, der sætter fokus på det tema, der beskrives i kapitlet. Afsluttende finder man en ordbog og en bibliografi.

1. **Sociale forhold.** Hjemløshed må ses som en del af, og som en konsekvens af, de sociale forhold, der skabes af den politik, de netværk og de relationer som samfundet er bygget op på. Da sociale forhold er såvel en del af problemet hjemløshed som af løsningen af det, vil dette kapitel understøtte overvejelser om den rolle generelle sociale forhold, almindelige sociale indsatser og specifikt socialt arbejde spiller i forhold til indsatsen overfor hjemløshed.
2. **Sundhed.** Dette kapitel vil udforske betydningen af sundhedsindsatser på gadeniveau, akutte sundhedstilbud, hospitalsindlæggelser og – udskrivelser. Tvangsindlæggelser og god praksis i sundhedsydelser til mennesker der er hjemløse.
3. **Bolig.** Dette kapitel vil beskrive vigtigheden at arbejde med boligen og det at skabe et hjem, ud fra den betragtning, at en bolig er en ret. Der peges også på den rolle som dels boenheder, som herberger med kort opholdstid og dels boenheder, der tilbyder længerevarende ophold spiller.
4. **Recovery.** Her bliver forskellene mellem recovery og behandling beskrevet. Derudover de vanskeligheder der er forbundet med at arbejde med recovery og hvordan man kan håndtere dem. Endelig hvilke rolle professionelle og deres gode praksis spiller i den sammenhæng.
5. **Opsøgende og udgående.** Et af kendetegnene ved arbejdet med hjemløse mennesker er det opsøgende og udgående arbejde, som udføres i forskellige former. Dette kapitel vil sætte fokus på praksis i opsøgende og udgående arbejde og vil kunne inspirere i udviklingen af forskelligartede metoder. Der argumenteres for følsomhed og respektfuldhed, en entydig model med faser i arbejdet, de professionelles rolle i opsøgende gadeplansarbejde samt de basale modeller for udgående arbejde.

6. **Netværk.** I kapitlet vil der gøres opmærksomt på hvor vigtigt netværksskabelse er i en flerlaget form med såvel strukturelle og operative niveauer. Der vil også være betragtninger om hvordan man opbygger og vedligeholder et netværk, hvordan man forebygger at der opstår vanskeligheder i samarbejdet og hvordan god praksis i netværksarbejde udføres i praksis.

7. **Medarbejderstøtte og træning.** At arbejde med mennesker, der er hjemløse bringer medarbejderne i kontakt med en fortættet form for menneskelig lidelse, for stigmatisering og for omfattende former for ulighed. Det kan ikke undgås i større eller mindre grad at påvirke medarbejdernes følelser og dermed deres arbejde. I dette kapitel beskrives hvordan man kan forebygge udbrændthed blandt medarbejderne gennem omsorg og træning. Der beskrives hvordan man kan opbygge en sundere team kultur og teamfunktioner.

Indholdet i denne rapport er opbygget gennem en rejse i steder og gennem fagligheder og har været et stor læringseksperiment for os, der har deltaget i den. Vi vil ønske, at rapporten både vil føre til de samme reaktioner og også vil påvirke andre på den samme måde, som den har gjort ved os.

Socialt

# Introduktion

Grundlaget for en forståelse af sociale rettigheder for mennesker, der lever i en udsat position eller er hjemløse findes i FN's menneskerettigheder især artiklerne 2, 22 og 25:

*Social beskyttelse forstås almindeligvis som "alle offentlige og private initiativer, der giver indkomst eller forbrugsoverførsler til de fattige, beskytte de udsatte mod at miste levegrundlag og forbedre marginaliseres sociale status og rettigheder med det overordnede mål at reducere den økonomiske og sociale sårbarhed hos fattige, socialt sårbare og marginaliserede grupper" (Devereux & Sabates-Wheeler).*

Denne definition er både i overensstemmelse med forståelsen af sociale indsatser i international udviklingsarbejde, og selvom betingelserne er ganske anderledes også med socialpolitiske forståelser i højindkomstlande.

Socialpolitik og omfanget, formen og størrelsen af sociale ydelser er forskelligt fra land til land. Det er den enkelte nationalstat der afgør sin socialpolitik. Men der er fælles grundlæggende principper og det er dem, vi gennemgår og diskuterer i dette afsnit af rapporten.

## FNs generelle menneskerettighedserklæring

"Artikel 2. Enhver har krav på alle de rettigheder og friheder, som nævnes i denne erklæring, uden forskelsbehandling af nogen art, for eksempel på grund af race, farve, køn, sprog, religion, politisk eller anden anskuelse, national eller social oprindelse, formueforhold, fødsel eller anden samfundsmæssig stilling."

"Artikel 22. Enhver har som medlem af samfundet ret til social tryghed og har krav på, at de økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder, der er uundværlige for hans værdighed og hans personligheds frie udvikling, gennemføres ved nationale foranstaltninger og internationalt samarbejde og i overensstemmelse med hver stats organisation og hjælpemidler.

"Artikel 25. Enhver har ret til en sådan levemåde, som er tilstrækkelig til hans og hans families sundhed og velvære, herunder til føde, klæder, bolig og lægehjælp og de nødvendige sociale goder og ret til tryghed i tilfælde af arbejdsløshed, sygdom, uarbejdsdygtighed, enkestand, alderdom eller andet tab af fortjenstmulighed under omstændigheder, der ikke er selvforskyldt.

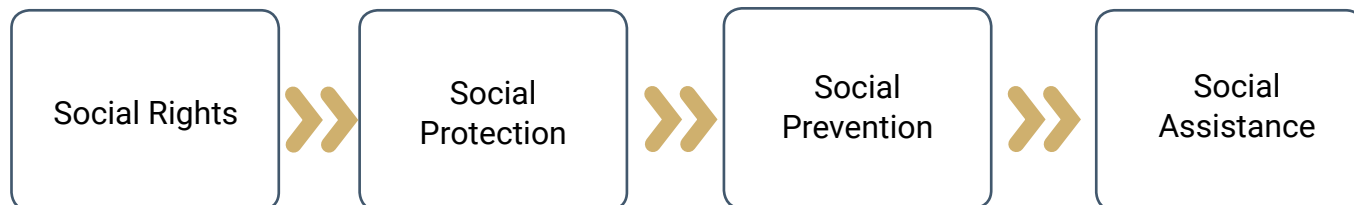
Med de åbne grænser i EU kan også mennesker der er hjemløse bevæge sig rundt i medlemslandene. Det er ikke uproblematisk da de ikke er omfattet af opholdslandets socialsystem og dermed falder igennem sikkerhedsnettet og rettighedsmæssigt stå uden for al hjælp ydet af det offentlige system.

I Danmark er sociale ydelser en del af velfærdssamfundets forpligtelse over for borgeren og en meget stor del af befolkningen modtager sociale ydelser. Andre landes sociale indsatser er altovervejende rettet mod socialt udsatte. og det er i forhold til denne gruppe, at denne tekst skal læses.

En social indsats kan både være en direkte og støttende handling og en forebyggende indsats. Den kan være rettet mod den enkelte sårbare borger eller mod særlige udsatte grupper, der oftest også er lavindkomstgrupper. Social beskyttelse ydes normalt af staten; det er teoretisk set opfattet som en del af statsborgerkontrakten, hvor

stater og borgere har rettigheder og ansvar til hinanden "(Harvey et al., 2007).

Det er dels staten, der er forpligtet til, med den årlige finanslov, at sikre den grundlæggende finansiering af de sociale ydelser og at sikre en lovgivning der i tilstrækkelig omfang tilgodeser behovene, for de sociale indsatser udføres. Kommunerne har udover deres egne budgetter også ansvaret for at det offentlige rent faktisk leverer ydelserne. Civilsamfundet har, gennem donationer og frivilligt arbejde, både i form af formelle og uformelle netværk en vekslende stor betydning for at sikre sociale indsatser og social beskyttelse.



At leve som hjemløs er i sig selv en sårbar tilværelse, som alt for ofte forværres af ydre sociale forhold. Det kan være mangel på ressourcer til sociale indsatser, det kan være manglende personligt sikkerhedsnet, det kan være mangel på mulighed for at skaffe sig en bolig eller et arbejde. Eller det kan være manglende rettigheder fordi den hjemløse ikke har permanent i det land hvor han/hun opholder sig. Alt i alt fastholdes status som hjemløs for ofte på grund af manglende muligheder for at iværksætte gode og brugbare muligheder, der kan hjælpe personen til at finde mulighed for at bryde ud af tilstanden som hjemløs.

Den nationale sociallovgivning er grundlag og garanti for at sociale rettigheder overholdes og dermed social beskyttelse af individet og sikring af uretfærdig social ulighed beskyttelse mod social udstødelse.

Forebyggelse er sammen med skadesreduktion og sikring af bedre leveforhold formålet de sociale indsatser som er rettet mod de socialt mest sårbare. Hvad angår gadehjemløshed er det grundlæggende i den sociale indsats at forhindre at nogen må leve på gaden som hjemløs, at bedre leveforholdene for de der er gadehjemløse og sikre mod tilbagevenden til gaden for de, der har fået en bolig.

At tage sig af de borgere, der er de mindst heldige er at tage sig af samfundet. Vi mener, at det at der i et moderne samfund er mennesker, der lever som hjemløse med vedvarende mangel på sikring af sociale, fysiske og psykiske velbefindende er et symptom på fejl i demokratiets forpligtelser og i samfundets sammenhængskraft. Et samfund som er i stand til og villigt til at lytte stemmen fra de mest socialt udsatte er et samfund som tager vare på sig selv. Udstødelse, også af hjemløse og af hjemløse med psykiske problemer, er et udtryk for et samfund, der skaber to forskellige typer af mennesker – de inkluderede med rettigheder og pligter og relationer og de udstødte som ikke er i besiddelse af disse. Et rettighedsbaseret samfund burde ikke acceptere denne forskelsbehandling. I et rettighedsbaseret samfund burde alle være inkluderede. Et samfund må være forpligtet til at sikre den nødvendige omsorg og de nødvendige sociale ydelser til alle med behov.

Mennesker der er hjemløse rejser også rundt i Europa, men er oftest ikke sikret sociale ydelser i det land, de opholder sig i. Det er et problem i forhold til at sikre alle social beskyttelse.

# Væsentlige overvejelser

*Socialarbejdere er det led, der skaber forbindelse mellem klient og serviceudbyder*

Overalt er det socialarbejderne der leverer det socialt sociale fastlagte arbejde til mennesker der er hjemløse. Men det er vigtigt at forstå, at "det praktiske sociale arbejde med socialt udsatte er opdelt i sagsbehandling og i direkte socialt arbejde, som kan kaldes direkte omsorg. Nogle socialarbejder må tage sig af begge dele" (Louise Christensen 2018).

Det er socialarbejderen, der møder det hjemløse menneske på gaden og tager den første kontakt, bliver bindeleddet til den sociale sagsbehandler i systemet. Ofte bliver oplever den sociale gadeplansarbejder at der er et fravær af kontakt mellem den hjemløse og hjælpesystemerne, og at barrieren for at opnå kontakt til de nødvendige hjælpesystemer er for stor til, at den hjemløse kan overkomme den. Derfor er gadeplansarbejdet essentielt i det forløb, der skal bringe den isolerede hjemløse på gaden til at have en brugbar kontakt med hjælpesystemerne (Se kapitlet om Opsøgende arbejde).

Socialarbejderen bliver en nødvendig oversætter for den hjemløse person om hvordan systemerne fungerer og hvordan den hjemløse kan bruge det i processen med at forlade hjemløsheden. Samarbejdet mellem forskellige typer af socialarbejdere og andre professionelle fra andre dele af hjælpesystemet bliver en grundlæggende opgave. Det samme gør evnen og vilje til at forstå såvel de formelle som de uformelle løsninger på svære udfordringer.

- Professionalisme
- Det første møde med det hjemløse menneske
- Sagsbehandling
- Mediator
- Fortolker
- Netværksarbejde
- Samarbejde mellem servicesystemer.

## Rettigheder og den fri vilje

At opbygge et meningsfuldt forløb sammen med og og ikke for det hjemløse menneske med psykiske problemer kan ofte virke umuligt. Hele tiden skal socialarbejderen huske, at det er den hjemløse der er hovedpersonen, og at der oftest ikke er andre end vedkommende selv der kender problemernes omfang og baggrunden for dem. Og dermed også hvordan de kan løses. Men det er også sådan, at når man respekter den hjemløses valg kan socialarbejderen komme i konflikt en betydelig med andre synspunkter omkring hvad der er et godt liv. At tale om rettigheder må kræve samtidig tale om personlig vilje. At tale om lovgivning må kræve samtidig tale om retfærdighed. Ellers kan et virkningsfuldt forløb blive afbrudt af formelle forhindringer (fx krav om dokumenter) eller fordi der mangler de nødvendige ressourcer til at gennemføre indsatsen.

En person, heller ikke en hjemløs, kan blive tvunget til at modtage sine berettigede ydelser mod sin vilje. Rettigheder, frihed til at vælge, lovgivning og retfærdigheder er nødvendige forhold at

være fortrolig med som socialarbejder. Målet er at hjælpe det hjemløse menneske til at få deres værdighed og at hjælpe dem til at tage kontrol over deres eget liv. Enhver hjælp må indrettes så den passer til det enkelte individs behov.

Også mennesker, der er hjemløse ønsker at have ret til og mulighed for at have indflydelse på hvordan deres eget liv skal forløbe, både det private og det som kan udfolde sig sammen med andre. Også i brugerorganisationer. Dette synspunkt har ført til en voksende forståelse af, at også mennesker der er hjemløse og samtidig har psykiske problemer skal lyttes til når de udtrykker deres synspunkter og hvordan de selv og samfundet kan give dem plads og mulighed for at deltage.

- Værdighed
- Ret til at vælge

### **Genopbygning af det private sikkerhedsnet**

I sagens natur er de netværk, der opbygges med socialarbejdere og i hjælpesystemerne professionelle og dermed kunstige. De hjælper med at opbygge muligheder for at komme ud af hjemløshed, men er ikke tilstrækkelige. Gadeplansarbejderen, herberget, suppekøkken, der kan blive en alternativ verden. De kan blive de eneste muligheder for et liv med andre, og fastholde gennem at skabe en afhængighed af de sociale hjælpesystemer, hvor vennerne er de professionelle. Relationer, der bygges op i sådan en sammenhæng er styret af de rolle man indtager. Det er roller som den afhængige hjemløse, som socialarbejder, som sagsbehandler. Risikoen er, at den hjemløse genopbygger sit liv i et netværk, der er specielt konstrueret til at dem og som kan fremkalde skuffelse og afhængighed.

Mange af de mennesker, der både er hjemløse og har psykiske problemer anses let, uden, at der er egentlig belæg for det, for at være ude af stand til at blive socialt inkluderet på grund af manglende produktivitet, autonomi og helbredsmæssige forhold. Det er nødvendigt at hjælpe med at etablere kontakt til personens eget netværk. De har ret til at forsøge at leve deres liv uden for institutionelle rammer.

- Risiko for kronicitet
- Skabe relationer
- Genopbygge egne relation
- Sikkerhedsnet

# Difficulties

## Fattigdom

Økonomisk fattigdom som den er inden for Europas rammer i forhold til hjemløse, drejer sig overvejende om prisen på boliger, såvel lejeboliger som ejerboliger. Det drejer sig om hvordan mennesker, der er hjemløse overses i forebyggelse af boligmangel og sociallovgivning. Eller denne gruppe borgere er måske overset fordi de faktiske forhold omkring fattigdom og boligpriser er skabt af et politisk og traditionelt lovsystem. Det er forhold, der mangler viden om.

- Relativ fattigdom
- Forskning

## Balancen mellem at reagere på sociale problemer og mangle ressource

"Data viser, at en række sundhedsmæssige forhold, adfærdsproblemer og behov for støtte, især i teenageårene bidrager betydeligt til risikoen for hjemløshed i ung voksen alder, er disse forhold af mindre betydning end fattigdommen."

Og videre: "Dog skal det igen bemærkes, at forholdet mellem disse 'sociale faktorer og hjemløshed er generelt svagere end med materiel fattigdom og økonomisk status." (Glen Bramley & Suzanne Fitzpatrick, 2018)

En hjemløs person med helbredsmæssige ligger på gaden og har ikke andet end nabolaget til at forrette sin nødtørft og virker oveni måske utryghedsskabende. Nogle borgere reagerer. Der er skabt en konflikt mellem den individuelle vilje og samfundets ønsker og behov. Hvordan lægger man balancen mellem disse forskellige synspunkter. Hvor længe kan man leve med at en hjemløs person opholder sig på ens dørtrin, hvad enten det er en bolig eller en forretning? Især hvis vedkommende er i en

tilstand hvor der åbenlyst er behov for social og helbredsmæssig hjælp. Det er en situation som opsøgende socialarbejdere ofte står over for. De kan føle sig i klemme mellem deres professionelle vurdering og hvad samfundet, dets borgere, og dets politiske og administrative system forventer. Enhver socialarbejder må være bevidst om de forskellige kræfter der er i spil i sådan en situation. Og at det ikke altid er muligt at gøre alle tilfreds. I første omgang kan det være let og måske også rigtigt at se det fra den hjemløses side, men det er ikke nødvendigvis det rigtige set i et længere perspektiv. Det kan sætte en politisk proces i gang som udløse planer om by-rensning i stedet for en individbaseret indsats. En anden konflikt socialarbejderen ofte står i er relateret til tid. Det er indlysende at en proces der handler om at involvere sig med en person der er hjemløse og psykisk syge tager tid. På den anden side kræver systemet ofte af socialarbejderen at der hurtigt opsættes klare mål og at den hjemløses 'fjernes fra gaden' hurtigt. På den anden side ved den professionelle at en langsigtet plan er nødvendig og at der er brug for tid til at gennemføre et respektfuldt socialt arbejde. Det er en stor opgave for et menneske, der lever på gaden at ændre sin livsførelse i løbet af kort tid.

- Individuelle behov over for samfundets behov
- Processen tager tid



## Diagnostisering

Det er ofte synspunktet at de fleste der lever som hjemløse på gaden har valgt det liv. At vurdere i den enkelte situation om det er sådan kan være svært. Lige såvel som at vurdere baggrunden for den inti-sociale adfærd er psykisk sygdom eller personlighedsforstyrrelser. Hjemløshed opstår på baggrund af mange forskellige faktorer og det er oftest svært til umuligt at udrede dette i den særlig sårbare fase mens den hjemløse lever på gaden. Diagnosen kan være nødvendig, med er det ikke altid.

- Eget valg
- Diagnose
- Multifaktorielle forhold

## Manglende samarbejde mellem sundheds- og socialektoren

I forsøget på at inddrage alle forhold, der kan være med til at give mennesker der er hjemløse problemer, mødes forskellige systemer, der har forskellige faglige baggrunde og ofte vil være dårlige til at samarbejde. (Dennis, Cocozza, & Steadman, 1998). (John R. Belcher & Bruce R. DeForge, 2012). Manglen på samarbejde mellem socialvæsenet på den ene side og sundhedsvæsenet på den anden er en af de virkelig store udfordringer. Det er ikke udtryk for manglende vilje, men bunder i forskellig faglig grundtænkning, forskellig vægtning i uddannelsessystemet, forskelligt sprog og forskellige mål. Alt for ofte er der ikke teams, sammensat af medarbejdere med forskellig faglig baggrund, der i tæt samarbejde kan levere de ydelser som mennesker der er hjemløse og har psykiske problemer. I stedet levere samfundet fragmenteret og usammenhængende ydelser. En af vejene ud af det problem kunne være at inkludere elementer faglighed om både biologisk psykiatrisk og socialpsykiatrisk og sociale indsatser i form af humanistisk baseret sociale indsatser omkring omsorg og forståelse af det enkelte menneskes samlede situation. (Brandt, P., Proposal for a social psychiatry theory based on experinces from a programme for homeless mentally ill, 1996). I realiteten er uddannelse rettet mod at samarbejde sociale og sundheds enten helt fraværende eller kun meget småt og marginalt tilstede rundt om i Europa.

- Samarbejde
- S sammensat medarbejdergrupper
- Socialpsykiatri

## Køn

Det estimeres ret ens i EU-landene at omkring 80 % af de personer der er hjemløse er mænd. Hjemløse kvinder er en minoritet og er ofte skjulte hjemløse, fordi de oftere end mænd klarer sig igennem ved at bo hos venner og bekendte, og kan risikere at blive udsat for psykiske eller fysiske overgreb, som de har svært ved at slippe fra, da de ingen steder har at gå hen.

Det er indtrykket at disse kvinder oftere har mere omfattende og sammensatte psykisk problemer,

Homeless Women in a Men's World:  
"Good mothers wouldn't have to go to a shelter.' There's a moral judgement about homelessness, and when you are caring for a child that judgment gets harsher."

herunder en negativ selvopfattelse, som kræver særlige indsatser. Derudover er de i højere grad end mænd udsat for moralsk fordømmelse, ikke mindst hvis de også har børn.

- Minoritet
- Manglende anerkendelse af kønsspørgsmålet

- Særlige behov

## Udokumenterede personer

Det er gennem de sidste årtier blevet mere almindeligt at møde mennesker, der lever som gadehjemløse, og som ikke er registrerede borgere i det land hvor de opholder sig. Disse hjemløse er også i en særlig situation da de af lovgivningsmæssige grunde ikke har adgang til de samme hjælpeforanstaltninger, først og fremmest de offentlige, som hjemløse der er borgere i landet kan benytte sig af. Det er i høj grad et problem for mennesker, der på grund af psykisk sygdom rejser til et andet land end deres eget og dér lever som hjemløs på gaden. De har kun i begrænset omfang ret til de særlige ydelser de har behov for, men derimod tilbydes de ofte helt basale ydelser som mad, tøj og ved vintertide ophold i akutherberger.

Nogle er EU-borgere andre ikke. Det er åbenlyst at de har massive behov. Den afsluttende case i dette kapitel viser behovet for samarbejde mellem forskellige institutioner og organisationer i landet de opholder sig i og mellem organisationer og socialarbejder i landet de opholder sig i og dem, i deres hjemland.

- Basale behov
- Tværeuropæisk netværk
- Tværeuropæisk samarbejde

## Stigmatisering

EU kommissionen mod rasisme and intolerance:

"Det anbefales at medlemsstaternes regeringer [...] respekterer de grundlæggende rettigheder af udokumenterede migranter i forhold som uddannelse, sundhed, omsorg, bolig, sociale ydelser, arbejdsforhold og retfærdighed..."

Mennesker der er hjemløse betegnes ofte bare med ordet 'hjemløs' uden hensyn til, at den enkelte er et menneske med mange forskellige sider. Hjemløs relateres for ofte til farlighed, uproduktiv og personlig svag. Det viser sig svært at bryde denne stigmatisering. Men det er nødvendigt når man vil skabe veje til integration. At genkende det hjemløse menneske som et menneske med samme muligheder, samme ønsker og samme drømme som

alle andre er en af de betydelige barrierer og udfordringer i det resocialiserende arbejde.

- Hjemløse er mennesker også mennesker

## Aggressiv adfærd

At være tæt på et menneske betyder at man også er tæt på hinandens følelser, glæder og smerter. Sommetider kan socialarbejderen være målet for en aggressiv adfærd fra en hjemløs person, eller berørt af den andens lidelse og afmagt.

Det bør være en del den professionelles træning at kunne forudse og forholde sig til sådanne følelsesmæssigt svære situationer, som det generelt er svære at forholde sig til og at holde til.

- Forebygge aggressiv adfærd
- Håndtere stærke følelsesreaktioner

# God praksis

Hvis indsatsen over for socialt udsatte grupper inklusive hjemløse skal forbedres kræver det strategier, der reducerer og fjerner de faglige barrierer på den ene side på den anden side fattigdom og isolation.

Vi må som professionelle social- og sundhedsarbejdere må vi bevæge os væk fra fordomme og sikre at vores indsats er ikke-diskriminerende og sikre adgang til såvel sociale og sundhedsmæssige tilbud. Vi må sikre os at vi støtter den socialt udsatte borger i at tage sine egne beslutninger og dermed ansvar for sig selv, og at vi ikke i vores iver for at hjælpe ikke i sidste ende øger risikoen for skuffelse og afhængighed af socialarbejderen.

Vi finder det vigtigt at gøre os nogle overvejelser om elementer der kan indgå i overvejelserne omkring god praksis:

## Nysgerrighed

- Nysgerrighed er et basalt udgangspunkt for at skabe indsigt i kompleksiteten i forholdet mellem hjemløshed og psykisk lidelse.
- Lær, at ethvert menneskes måde at være på, er et resultat af en lang proces der styres af valg, traumer, erfaringer, succeser, fejltagelser.
- Forstå, at ethvert menneske har sin værdi og ret til respekt uanset sit sociale status og sundhedsforhold
- Vent nogle og giv tid til at se fremfor at gennemføre en hurtig indsats, når der ikke er et absolut akut behov
- Der er sjældent et indiskutabelt rigtigt svar på et problem, så lyt med nysgerrighed

## Valg af metode, måle kvalitet og dokumenter resultatet

- Den arbejdsmetode som en organisation vælger som sin må være en metode, som svarer til problemerne og behovene hos den gruppe hjemløse borgere, man ønsker at hjælpe
- Det er vigtigt at en organisation klart gør opmærksom på, indadtil og udadtil hvilken teoretisk og metodisk grundlag der er for deres arbejde
- Det sociale arbejde som udføres over for mennesker, der er hjemløse må bygge på en kontinuerlig måling af den kvalitet arbejdet udføres med
- Enhver indsats må og skal dokumenteres løbende.

## Proaktiv holdning og forventning

- At være proaktiv er en måde at tænke på og at arbejde ud fra.
- En indsats der bygger på opmærksomhed og forudseenhed vil sikre at en indsats løbende justeres og lægges om, hvis det viser sig nødvendigt

## Kommunikation og synlighed

- Socialt gadeplansarbejde er ofte usynligt og resultaterne er svære at måle. Derfor er det god praksis at gøre opmærksomt på at der bliver taget hånd om en sag
- God kommunikation med myndigheder og det politisk system kan sikre fælles mål i kampen for at minimere social udstødelse af mennesker, som er hjemløse og lever med psykiske problemer.
- Konferencer og andre begivenheder/events afholdt for at skabe opmærksomhed og hjemløshed og de mennesker, der lever i hjemløshed kan hjælpe med at gøre forholdt synligt for almindelige borger, fagfolk og politikere
- Det bør være en fundamental del af det sociale arbejde med hjemløshed at advokere, at drive lobbyvirksomhed, at arbejde på at større og styrke lokalmiljøet
- Vælg og udvid valgmulighederne
- I den daglige rutine kan det være lettest at vælge forpakkede løsninger. I langt de fleste situationer er det muligt at giv tid og mulighed for den person, der skal hjælpes at lægge sit eget ønske frem
- Vær dog også opmærksom på, at det ofte kan være svært for et menneske, at se alle mulighederne, så hjælp med at udvide antallet af valgmuligheder og giv tid til at overveje fordele og svagheder ved hvert enkelt mulighed

## Skræddersyet indsats

- Før man kan hjælpe den enkelte med respekt for vedkommendes særlige behov og ønsker, er det vigtigt at have tid til lære den anden at kende
- En skræddersyet indsats kræver fleksibilitet. Er det ikke vilje eller tid til det risikere indsatsen at blive rigid og bureaukratisk. Ellers risikerer man, at klienten bliver 'syet om' i stedet for at indsatsen bliver syet til klienten.
- Mennesker, der er hjemløse og samtidigt har en psykisk lidelse risikerer at blive indlagt på psykiatrisk afdeling flere gange. Er det tilfældet må den sociale indsats tilpasses dette, så der skabes kontinuitet og ikke gentagne brud i hjælpen
- Kommer den hjemløse person fra udlandet må det overvejes om og hvornår man skal hjælpe personen tilbage til vedkommendes hjemland

## Relationer

- Socialarbejderen har det privilegium at deres arbejde tillader dem at tilbringe tid, nogle gange megen tid med de personer de hjælper. Mosat sundhedspersonale hvor indsatsen er målrettet og oftest klart defineret.
- Socialarbejderen har dermed mulighed for at skabe længerevarende relationer, der kan bygge på gensidig tillid. De kan lære det hjemløse menneske at kende, have tid til at lytte. Dele øjeblikke, være fælles om oplevelser
- Det er nok et af de vigtigste redskaber som socialarbejderen har

# Case

## Claire (projekt UDENFOR, København)

Jeg fandt Claire en sen aften, via det opsøgende arbejde, på gaden i København. Hun sad på en bænk på Vesterbro Torv. Hendes tøj var pjaltet og beskidt og hun virkede meget udsat og sårbar. Hun havde ikke nogen sko på og hun var så beskidt, at det var tydeligt at se, at det var lang tid siden hun havde været i bad.

Hun råbte og bandede af forbipasserende og det virkede som om, at hun så noget eller nogen, som vi andre ikke så. Hendes stemme var dyb og monoton og hun blev ved med at gentage de samme tre eller fire linjer igen og igen. Hendes adfærd var iøjefaldende, hvilket betød at hun tiltrak sig en masse opmærksomhed, hvilket gjorde hende endnu mere sårbar og udsat.

Jeg tog kontakt til hende på bænken og tilbød hende en cigaret. Claire var ikke afvisende, hvilket jeg til at starte med blev lidt overrasket over. Hun talte kun fransk, hvilket gjorde det udfordrende at forstå hinanden. Vi formåede dog at kommunikere, via fagter og Google translate. Det virkede som om hun var glad for min tilstedeværelse og i det hele taget glad for at have nogen at snakke med.

I de efterfølgende dage, besøgte jeg Claire på bænken. Jeg hjalp hende blandt andet med en sovepose og jeg købte også et par sko til hende. Yderligere fik jeg vores mobile café til at køre forbi med et måltid mad hver aften.

Efter noget tid lykkedes det at få Claire ind på et overnatningstilbud for kvinder. Normalt tager de ikke imod kvinder uden dansk ophold, men da det kun var midlertidigt og vi arbejdede på at finde en permanent og holdbar løsning for Claire, så tog de imod hende. Under hendes ophold havde vi et møde med en tolk, så Claire fik muligheden for at forklare hvorfor hun var her i København, hvad hendes plan var og hvordan vi bedst kunne hjælpe hende. I samtalen blev det tydeligt at Claire var meget plaget af hendes tanker og måden hun opfattede verden på. Hun fortalte os, at hun blev forfulgt af fransk-arabiske mænd på gaden og at de ikke ville lade hende være i fred. Derudover fortalte hun, at hendes familie boede i Norge og at hun undervejs derop var strandet i København. Yderligere fortalte hun at hun tidligere havde været indlagt på et hospital i Oslo. Det var Claires ønske at rejse til Norge og bo hos hendes familie mens hun bestemt ikke ønskede at rejse tilbage til hendes hjemland, Frankrig.

Mødet resulterede i at jeg, i samarbejde med en medarbejder fra overnatningstilbuddet, besluttede os for at involvere et psykiatrisk gadeplansteam. Teamet havde muligheden for at kontakte det psykiatriske hospital i Norge og spørge dem om, hvorvidt de havde haft kontakt med Claire tidligere. De fortalte at hun tidligere havde været indlagt og at hun havde et indrejseforbud i Norge. De fortalte desuden at hun ingen familie havde i Oslo, men at illusionen om at have familiemedlemmer i Norge var en del af hendes psykose og psykiske lidelse.

Efter sygeplejerskerne fra det psykiatriske gadeplansteam havde mødtes med Claire et par gange, lykkedes det os at sætte et møde op med Claire, de to sygeplejersker, en psykiater fra

gadeplansteamet, en medarbejder fra overnatningstilbuddet, en tolk og mig. Udfaldet af mødet var, at Claire lod sig indlægge frivilligt på et psykiatrisk hospital i København, så efter mødet var færdigt tog Claire og jeg sammen til psykiatrisk akutmodtagelse. Efter en samtale med en læge blev Claire indlagt.

Da Claire havde været indlagt i ca. en uge blev jeg kontaktet af en socialrådgiver fra hospitalet. Vi arrangerede et møde med Claire, psykiatrisk gadeplansteam samt en psykiater, sygeplejerske og socialrådgiver fra hospitalet og mig. Vi fik den besked, at Claire var klar til at blive udskrevet, men at de inden da ville høre hvilke planer der var lagt for hende. Det psykiatriske gadeplansteam og jeg advokerede for, at Claire skulle have en lang indlæggelse og først når hun begyndte at respondere positivt på den medicinske behandling ville vi snakke med hende om at vende tilbage til Frankrig, da dette var hendes eneste reelle mulighed.

Claire endte med at være indlagt på hospitalet i to og en halv måned og jeg besøgte hende minimum en gang om ugen. For hver gang jeg besøgte hende, fik hun det bedre og efter ca. to måneder indvilligede hun i at rejse tilbage til Frankrig. Med hjælp fra det franske konsulat i København fandt det psykiatriske gadeplansteam og hospitalet ud af, at Claire havde familie og et sted at bo i det østlige Frankrig.

Vi arrangerede efterfølgende at jeg skulle rejse med Claire til Geneve, hvor vi ville blive mødt af to repræsentanter fra et psykiatrisk hospital i Frankrig. Claire kendte allerede dem begge fra tidligere, så det var tydeligt at hun følte sig i trygge hænder. De lod hende indlægge på hospitalet i Alperne og efter endt behandling ville de udskrive hende og hjælpe hende tilbage til sin lejlighed.

### **Spørgsmål til overvejelse**

- Hvilke styrker og hvilke svagheder kan findes i denne beskrivelse af socialt arbejde med mennesker der er hjemløse?
- Hvad kan være kritisable forhold i den måde socialt arbejde beskrives på her?
- Ud fra dine erfaringer, kan du da forestille dig and anden måde at arbejde på? hvis ja, da hvilken?

Sundhed

# Introduktion

Der er en stærk forbindelse mellem psykiske og fysiske sundhedsproblemer og hjemløshed. Men det betyder ikke, at årsagen til hjemløshed er sundhedsmæssige forhold. Mennesker, der er hjemløse udgør den yderste ende af spektret social udstødelse. Nogle af de stærkeste sundhedsdeterminanter, som normalt ikke er direkte påvirket af sundhedsinterventioner, er indlejret i sociale uligheder (Pickett og Wilson, 2009).

Ligesom andre socialt udsatte grupper dør mennesker der er hjemløse tidligere og har en højere forekomst af psykiske og fysiske sygdomme end den generelle befolkning (Fazel, 2014, Aldridge 2017). Ikke mindst migration, der i dag er en væsentlig del af hjemløsheden, er forbundet med en række sundhedsproblemer, herunder psykiske sundhedsproblemer (EPRS, 2016). Ligesom andre grupper i den nederste ende af den samfundsøkonomiske skala, vil de være i risiko for at blive underlagt en omvendt 'omsorgslov' og dermed modtage færre og dårlige sundhedstilbud end de faktisk har behov for (Tudor Hart, 1971).

Psykoze, multiple traume og afhængighed af rusmidler er ofte årsager til hjemløshed, mens følelsesmæssige nød, angst og depression kan være svar på hjemløshed (Leng, 2007).

Fysiske sundhedsproblemer kan opstå direkte fra den specifikke risiko, der ligger i at være hjemløse. Det kan være en mangel på indsigt i hvad der er den normale antagelse af sundhed eller det kan være på grund af en begrænsning i adgangen til behandling. Det kan være svært at passe på sit helbred som hjemløse, ikke mindst gadehjemløse fordi:

- Man vil være mere sårbar over for ekstreme temperaturer, mere tilbøjelige til at blive våde og der vil være større sandsynlighed for at blive overfaldet.
- Der generelt vil mangle mulighed for at etablere og vedligeholde de grundlæggende rutiner til at opretholde sundhed. Det kan være at sikre en sund kost, rent tøj, passende hvile, opbevaring af ejendele og eventuelt at have sin medicin med sig, samt at sikre et privatliv.
- Det vil ofte ikke være muligt at passe tidspunkter for sundhedsaftaler, fordi de fleste sundhedstilbud per tradition har begrænset kontakt med denne befolkning og derfor ikke tilrettelagt deres arbejdsform så den også i tilstrækkelig omfang dækker denne gruppe af borgers behov.

Der har været udtrykt holdninger i EU angående behovet for nødvendig og tilstrækkelig sundhedspleje til de befolkningsgrupper der, er hjemløse eller socialt udelukket. I 2016 udstedte Europa-Parlamentet en erklæring om ret til sundhedsydelser til flygtninge eller asylansøgere, med eller uden papirer.

Samme år publicerede Mental Health Europe (MHE, 2016) et dokument, der stærkt argumenterede for at flygtninge og asylansøgere burde have fuld adgang til passende sundhedsydelser, især hvor det drejer sig om akutte tilstande.

På trods af dette har PROMO-undersøgelsen (Canavan et al., 2012) vist, at der er store problemer med adgang til sundhedspleje for hjemløse i Europa. I rapportens resumé skriver PROMO: "Fra



*fagligt kvalificerede psykiatrisk sundhedspersonale blev der rapporteret om et lavt og utilstrækkeligt aktivitetsniveau hvad angår opsøgende og udgående psykiatrisk arbejde. Manglende koordinering mellem tjenester og de vanskeligheder, som de hjemløse står over for, for at opnå sundhedsforsikring blev identificeret som væsentlige barrierer for at levere de rette serviceydelserne”.*

Derudover er der tegn på, at der i sundhedsvæsenet kan være betydelig stigmatisering af visse grupper af patienter, herunder hjemløse (Jeffrey, 1979).

# Væsentlige overvejelser

## Tilgængelighed

Direkte adgang til pleje og ressourcer er afgørende, også til udokumenterede personer. Hjemløse har ofte flere samtidige helbreds- og sociale problemer, så de kommer let til at blive opfattet som så vanskelige at behandle og derfor let bliver set som uønskede. Forstærket af at mennesker der er hjemløse har en tendens til at finde det svært at håndtere bureaukratiske barrierer, ventelister og komplicerede behandlingsplaner. Jo mere stive og komplekse en tjeneste er, jo mere sandsynligt er det at hjemløse vil blive udelukket fra denne tjeneste eller for snart at miste kontakt med den. Sundhedsvæsenet bør være opmærksomt på, at:

- Mens befolkningen i almindelighed kan have svært ved at overholde behandlingsplaner, har hjemløse ofte yderligere vanskeligheder med at gøre dette.
- Tjenesteydelser ikke bør være vanskelige at få adgang til deres tjenester - adgang skal være så let og med så kort ventetid som muligt (for alle, ikke kun for hjemløse).
- Myter om hjemløse må ikke skabe barrierer for at modtage sundhedsydelser. Hjemløse har brug viden om deres rettigheder vedrørende adgang til sundhedsydelser.
- Efterbehandling og opfølgning efter udskrivning fra hospitalet giver særlige problemer. Uden et fysisk hjem at vende tilbage til, eller et støttende socialt netværk, skal man overveje om udskrivelse af en hjemløse er forsvarlig og om det er i orden at udskrive til et herberg.
- Det er særligt vigtigt, at en hjemløs borger sikres er en klar og holdbar plan for efterbehandling. Uden en sådan risikere man, at den bedring som hospitalsindlæggelsen har medført let kan gå tabt. Alligevel bliver hjemløse ofte udskrevet uden sådan en plan.

## Opmærksomhed på relationer

I nogle sammenhænge og med nogle socialt udsatte personer kan det være uden relevans, hvis man undlader at inddrage forholdet mellem klienten / patienten og den sociale indsats. Men sådan er det aldrig når det drejer sig om mennesker der er hjemløse. Så er det en central del af sundhedsindsatsen. At være opmærksom på interpersonelle og relationelle aspekter er lige så vigtig som andre, mere tekniske forhold. De betegnes ofte som 'bløde' færdigheder, men er lige så vigtige at få lært som de 'hårde' færdigheder.

Gode relationer og samarbejde er nødvendige for at etablere et godt behandlingsforløb. Evnen til at skabe og opretholde et bæredygtigt forhold bør ses som en teknisk indsats i sig selv. Gruppeinterventioner kan også være effektive, da de fremmer en følelse af tilhørsforhold og aktiverer en ikke-hierarkisk læring.

## Udgående og opsøgende arbejde

Udgående arbejde består i at mødes med måske potentielle patienter eller klienter uden for kontoret eller klinikken uden nogen invitation, i stedet for at vente på at de selv kommer.

I betragtning af den næsten universelle medicinske tradition er, sundhedsarbejderen afventer at

en person selv opsøger sundhedssystemet og fremlægger sine sundhedsproblemer er det en overskridelse at gå ud og opsøge. Hvordan kan dette retfærdiggøres etisk? Er vi ikke i fare for at tilbyde uønskede behandling på en paternalistisk måde? Den traditionelle model for at tilbyde lægehjælp er baseret på at lægen / sygeplejersken er tilgængelig. Praktisk erfaring og forskning i hjemløse befolkninger viser, at denne antagelse oftest ikke gælder mennesker der er hjemløse.

Udgående og opsøgende sundhedsarbejde kan både være en strategi for:

- Skabe kontakt med mennesker der har behov for sundhedsydelse
- Opfølgning og fortsættelse af igangværende behandling (se kapitlet om udgående og opsøgende arbejde).

I sundhedsarbejde er det en model som både kan bruges i forhold til fysisk og psykisk sygdom. Den form for sundhedsarbejde kan gribes an på forskellige måder. Det kan være i form af en aktiv tilgang eller i en mere gradvis deltagende og modtagelige form, afhængig af individuelle, nationale, kulturelle og økonomiske forhold. Specifikke ideologier om psykisk sygdom og hjemløshed, og lovgivningen der sætter rammerne for psykiatrisk behandling, spiller også ind på hvad man kan og må foretage sig. Det er derfor ikke muligt at give konkrete og anvendelige metodebeskrivelser for udgående og opsøgende sundhedsarbejde som kan bruges i alle lande, men der er alligevel universelle principper, der kan anvendes i de fleste situationer (se kapitlet om udgående og opsøgende arbejde).

Strukturelt kan sundhedsfremmende foranstaltninger involvere en række fagfolk og ikke-professionelle, herunder:

- Mobile klinikker.
- Dedikerede klinikker i eksisterende sundhedsinstitutioner.
- Klinikker i hjemløsebotilbud
- Aftaler om konsultative tilbud med ikke-medicinske hjemløseorganisationer.
- Besøg hos praktiserende læger.
- Peer support, peer uddannede, arbejde 1: 1 eller i grupper.

Intensiteten i og frekvensen af sådanne interventioner afhænger både af de ressourcer, der er til rådighed og af holdningen hos personalet. (se afsnittet om adgang til hospitalet). En assertiv opsøgende tilgang (Coldwell & Bender, 2007) har vist sig at være en effektiv model for behandling af hjemløse med psykiske problemer.

## **Netværksarbejde**

Netværksarbejde er en absolut vigtig del af arbejdet fordi langt de fleste hjemløse har flere samtidige og sammensatte sundheds- og sociale problemer. Hvis man i sundhedsvæsenet løser det eller de væsentligste sundhedsproblemer på en tilfredsstillende måde, vil det aldrig være virkningsfuldt ret længe, hvis ikke der samtidigt tages fat på de sociale problemer eller for den sags skyld på de mindre påtrængende sundhedsproblemer. Hvad angår hjemløse, må man se i øjnene, at multiple sundhedsproblemer, det kan være somatiske, psykiske og misbrug, snarere er det normale end en undtagelse. Så - ingen enkelt professionel faggruppe er tilstrækkelig til at varetage hjælpen alene. Selv ikke team med flere faggrupper kan i mange tilfælde ikke være tilstrækkelig.

Et åbent netværk, hvor man har adgang til hjælp fra løst tilknyttede eksperter i særlige tilfælde kan være løsningen på de behov for sundhedsindsatser som en hjemløs person kan have. Det betyder at det ideale må være, at ethvert tilbud til mennesker der er hjemløse har ansatte der kan indgå i en individuel person til person relation og fungerer som brobygger til særlige sundhedstjenester. Alle slags professionelle og andre der arbejder med hjemløse bør trænes i hvordan man etablerer og vedligeholder netværk og aktivt samarbejde (se afsnittet om netværk).

## **Kommunikation**

Telefon og mails er naturligvis vigtige redskaber i netværkssamarbejde, men kan ikke stå alene. Uden også direkte kontakt mellem samarbejdspartnere bliver det aldrig helt så velfungerende.

## **Følgeskab/brobygning**

En stor del af de mennesker der lever som hjemløse har dårlige erfaringer med sundsvæsenet og har det tilfælles med socialt udsatte i det hele taget. Støtte til og samtaler om brug af sundhedsvæsenet spiller her en væsentlig rolle for at sikre fortsat behandling og genoptage afbrudte behandlingsforløb.

## **Akutbehandling**

Skadestuer og akutoptagelser er vigtige veje ind i sundhedsvæsenet for hjemløse. Derfor er det en u hensigtsmæssig reaktion at begynde kontakten med mistro til den hjemløses motiv, at vedkommende mest søger skadestuen for et måltid og en seng at sove i. Sådanne fordomme kan forhindre en mere grundig undersøgelse af helbredsproblemerne.

Det er vigtigt at skadestuer og lignende akutte sundhedstilbud ved om det lokale sociale gadeplansarbejde, og er villig til at etablere samarbejde. Ligesom det er vigtigt at akutsundhedstjenesterne er bekendt med de lokale sociale hjemløshedstilbud.

## **Information**

Ligesom med alle andre patienter er det essentielt, at der føres ordentlig sygeplejenotater og lægejournaler. Herunder en fyldestgørende sundheds- og socialanamnese, samt en god beskrivelse af aktuelle sociale forhold.

Da samarbejde med andre organisationer uden for sundhedsvæsenet er det nødvendigt at der er dokumentation for og lovgivningsmæssig tilladelse til at dele af oplysninger – og selvfølgelig informationer om vidensdelingen til patienten/klienten. Samt at overholde både fortrolighedspligt og -aftaler.

Hvis patienten er kendt er det vigtigt at være opmærksom på hvilke instanser og organisationer der ellers har kontakt med patienten og at man informerer dem, med patientens samtykke, eller i enkelte tilfælde blot om at patienten er indlagt.

## Hospitalsindlæggelse

Det meste sundhedsarbejde med hjemløse kan og bør så udføres der hvor den hjemløse befinder sig. Men selvfølgelig skal også mennesker der er hjemløse indlægges hvis der er behov for det, når personen:

- har helbredsproblemer som ikke kan behandles ambulant
- har mistet evnen til at tage vare på sig selv
- er til fare for sig selv eller andre (sjældent)

Det bør være i de sjældneste tilfælde, og kun når der også kan diagnosticeres en alvorlig psykisk lidelse, at man benytter tvangsindlæggelse, samtidig med at den lovlige procedure følges. Beslutningen tages grundlæggende på lægelig indikation, men der bør inddrages overvejelser fra de sociale tilbud, som kender patienten.

Udskrivelser bør aldrig foregå direkte til gaden. Og hvis det skulle være nødvendigt, fx på patientens forlangende, så gerne, hvis muligt med information til de sociale myndigheder. Hvis dette ikke, af forglemmelse, uvidenhed eller modstand for patienten må man se i øjnene at behandlingen kan blive uhensigtsmæssigt afsluttet.

Det er i den sammenhæng vigtigt at den socialarbejder der 'har en bruger indlagt' kan påtage sig 'indgående arbejde', altså besøge en klient mens denne er indlagt og ikke mindst kan deltage i en udskrivelsessamtale.

For at optimere indlæggelsesproceduren kan det være en hjælpsom, at have et sammenfattende social notat om klienten, som kan gøre det muligt for hospitalspersonalet hurtigt at kunne forstå essentielle hvad der er patientens problemer.

Det kan være brugbart for socialarbejderen at have en huskeliste:

- en kortfattet redegørelse over årsagerne til indlæggelse, og hvad der har og ikke tidligere har virket behandlingsmæssigt
- forslag om regelmæssige fælles møder mellem hjemløse- og sundhedsholdet.
- bevare intensiteten af kontakt under hospitalsindlæggelse.
- have første kontakt på afdelingen inden for 24 timer efter indlæggelsen.
- se optagelsen som ikke kun som en mulighed for beskyttelse og behandling, men også som en mulighed for forandring.
- vær meget klar over klientens grad af evne til at træffe vigtige beslutninger - som om man kommer ud for at skulle kunne under indlæggelse, fx om udskrivelse eller ej, om at tage medicin eller ikke.

## Udgående sundhedsarbejde

Sådanne ydelser er vigtige, fx i form af åbne klinikker eller mobile enheder

## **Koordination og fælles arbejde med sociale tilbud**

Det er afgørende, at der samarbejdes mellem sundhedstilbud og sociale tilbud. Der er ingen undskyldninger for ikke at sikre at mennesker der er hjemløse kan modtage de samme ydelser som andre. Begge parter – og den hjemløse selv – profiterer af sådan et samarbejde. Både når det drejer sig om somatiske og om psykiske sundhedsproblemer.

## **Tvangsindlæggelse**

Tvangsindlæggelse og tvangsbehandling er altid – og bør ses som – en kompleks og vanskelig sag. Den kræver aktiv forberedelse omkring den individuelle sag og den fremems af et godt og gensidigt forstående principielt samarbejde mellem sociale myndigheder og sundhedsmyndighederne.

Forskning, uddannelse og læring

Ethvert team, der arbejder med mennesker der er hjemløse bør indbygge vidensopbygning i deres system, i form af løbende diskussioner ud fra cases og evaluering af indsatserne. Ikke bare en gang i mellem, men som en fast praksis.

# Udfordringer

## ”Svære at inddrage”

Set fra de almene tilbud kan det synes vanskeligt at inddrage mennesker der er hjemløse i behandling og behandlingsplaner. Men det vil i almindelighed være et udtryk for vanskeligheder med at adgang til de basale rettigheder, socialsikring og sprog

## Samtidig somatisk og psykiatrisk lidelse og rusmiddelmisbrug

De almene institutioner har som regel skarpe grænser mellem somatik, psykiatri og misbrugsbehandling. Især hvad angår de to sidste vil der være et betydeligt behov for behandling af begge samtidigt hos mange hjemløse, og det samme synes i stigende grad at være tilfældet for den del af befolkningen, der har en bolig.

## Behandling på gaden

Diagnosticering og behandling på åben gade er ikke en optimal måde at arbejde på hvad angår at sikre fortrolighed, ordentlighed, ro og den nødvendige tid. Men det retfærdiggøres hvis det ikke er muligt at gennemføre indsatsen på anden måde. Problemerne er:

- Mangel på privathed
- Mangel på kontrol over omgivelserne
- Vanskelighed med at få personen til at blive
- Mangel på andres (fx politiets) forståelse for psykisk sygdom
- Vanskelige forhold for samtalen pga af støj fra omgivelserne
- Ren og skær ubehag ved situationen

Så det er i høj grad vigtigt at det er erfarne sundhedsmedarbejdere, som er i stand til at håndtere sådanne komplekse situationer, der udfører sådant arbejde.

## Tvangsindlæggelse

At indlægge en hjemløs person ved tvang på baggrund af en psykisk lidelse skal og må være en krævende og kompleks proces, ikke bare noget man gør uden videre undtagen under særlige akutte forhold. Sundhedsarbejdere, læger og sygeplejersker der arbejder uden for psykiatrien og i den kan ofte have et meget modsætningsfuldt synspunkt på tvangsindlæggelser. Fx kan en hjemløs person på gaden blive vurderet som alvorlig psykisk syg og med behov for indlæggelse for at undgå forværring af tilstanden, mens den samme person i den psykiatriske modtagelse eller afdeling ikke ses som opfyldende disse kriterier for tvangsindlæggelse og tvangsbehandling. Symptomerne spille i denne sammenhæng en stor rolle for forståelse af situationen. Hvis der alene ses på det enkelte symptom og det ikke inddrages i en mere global vurdering kan personens grad af psykose blive overset. De ter derfor vigtigt at sikre en formel beskrivelse af personens evner til at tage vare på sig selv og vurderer virkeligheden (Pathway, 2016), forhold som normalt vil være klart svækket og give indikation for psykose, selvom de almindelige symptomer er vanskelige at

få øje på.

## **Kommunikation**

Hvis man kun og alene har sit fokus på enten sociale forhold eller sundhedsforhold når der samarbejdes mellem sundhedsvæsenets eksperter, sociale medarbejder og andre organisationers medarbejdere vil man miste mulighederne for et godt samarbejde. Når læger kun taler med læger eller socialarbejdere kun med socialarbejdere, risikere man misforståelser, at der mangler nødvendige oplysninger, manglende forståelse for den samlede indsats med dårlige resultater til følge. Ligesådan hvis ikke også den hjemløse inddrages og bliver mødt af alle faggrupper

## **Kulturelle forskelle**

Mange hjemløse er immigranter, flygtningen eller vandrende EU-borgere. Forskellig kulturel baggrund, forskellige måder at fungerer på og at tænke på kan gøre det vanskeligt at stille den rette diagnose og give den rette behandling.



# God praksis

## Udgående

Opsøgende og udgående arbejde er en fundamental når man beskæftiger sig med sundhedsarbejde over for mennesker, der er hjemløse og som for en stor dels vedkommende ikke eller kun nødtigt har benyttet sundhedsvæsenet.

## Adgang til sundhedsvæsenet

Det almene sundhedsvæsen bør gøre adgangen for hjemløse lettere gennem fx at have en fri adgang uden ventelister.

## Indlæggelse på hospital

Både hvad angår frivillig og ufrivillig indlæggelse bør der være enighed om en protokol, som indeholder:

- Fremsende de relevante dokumenter om patienten til hospitalet inden indlæggelsen
- Aktivt sikre, at der er en plads, og ikke bare overlade det til modtagelsen
- Hjemløseteamet bør fastholde jævnlig kontakt med hospitalspersonalet
- Afholde udskrivningsmøde [med deltagelse af patienten] før udskrivelsen, så både sundheds- og socialarbejdere sammen kan planlægge hvad der skal ske efter udskrivelse
- Sundhedsarbejderne bør trænes i at forstå betydningen af at være opmærksom på kulturelle og sproglige udfordringer

## Professionel træning

Det kan betyde noget for arbejdet med hjemløse med psykisk lidelse at tilbyde information, undervisning og praktisk træning til sundhedspersoner under uddannelse.

## Støtte til medarbejdere

Ikke alle indsatser ender lykkeligt, så risikoen for udbrændthed er tilstede. Det er en vigtig del af arbejdet at der gives supervision og personalestøtte (se afsnittet om personalestøtte)

## Forebyggelse

Forebyggelse beskrives som tre niveauer (WHO) sådan:

Primær: *"forbedre befolkningens sundhed"*. Det er ikke det primære mål med indsatserne over for hjemløshed, men princippet kan modsat virke i form af at antallet af personer med psykisk sygdom bliver hjemløse

Sekundær: *"opsøre og begrænse sygdomme i befolkningen"*. Indsatsen her kunne være

forebyggelse af sygelighed i sammenhæng med hjemløshed der er forbundet med en række risikofaktorer. Sekundær forebyggelse sker mange steder som i lokalsamfundet, i herberger og på andre relevante institutioner, fordi det også er her, at man kan opspore problemerne og sætte ind for at mindske problemets omfang.

Tertiær: *"at hindre tilbagefald, udvikling eller forværring af et sundhedsproblem"*. Specialiserede psykiatriske sundhedstjenester til hjemløse kan ses som en måde at reducere virkningen af sundhedsmæssige problemer, der har medført eller fastholder mennesker i hjemløshed.

# Case

Neida (ESMES Team Barcelona)

En 54-årig finsk kvinde, der forlod Finland i 2017 efter et nært familiemedlems død, og kom alene til Barcelona. Hendes far, hendes halvsøster, hendes søn og hendes datter bor i Helsingfors. Hun holdt op med at kontakte dem et år før de kom til Barcelona.

Hun siger, at hun har været sygeplejerskeassistent og arbejdet i Frankrig og Sverige, men har ikke haft arbejdet i lang tid. Hun siger at hun taler otte sprog og nød at rejse, at læse og lytte til musik.

Psykiske problemer: Paranoid skizofreni / skizoaffektiv sygdom med flere psykiatriske indlæggelser i flere EU-lande i løbet af de sidste 15 år på grund af hendes psykotiske symptomer. Mental og adfærdsmæssig lidelse som følge af afhængighed af alkohol.

Tidligere stofmisbrug: iv heroin fra 17-27 år, med perioder i stoffri behandling og i perioder i behandling med Metadon og buprenorphin. Desuden misbrug af iv kokain i samme periode og lejlighedsvis aktuelt brug. I ungdommen brug af LSD og amfetamin. Tobaksafhængig.

Andre sundhedsproblemer: Cor pulmonale, astma, diabetes, HBV og positiv HCV. Epileptisk anfald i forbindelse med cerebral neoplasi for år siden, og narkolepsi.

December 2017: Hun blev henvist til vores team fra et herberg hvor man havde mistanke om selvskadende adfærd. Men før vores første besøg, var hun blevet indlagt på hospital på grund af en opiatoverdosis. Fra intensivafdeling blev hun kort efter udskrevet til herberget uden at der forinden var blevet henvist til psykiatrisk afdeling. Fra herberget blev hun indlagt på en lungeafdeling og kort efter udskrevet tilbage til herberget, hvor vi [psykiatrisk gadeteam] fortsatte med at følge hende.

Februar 2018: Blev hun blev af læge fra lungeafdeling henvist til en psykiatrisk enhed uden vores viden og blev igen udskrevet uden nogen planer for fremtidig opholdssted. Hun havde da mistet sin plads på herberget, så der blev skaffet ophold på et nødherberg med hjælp fra en socialarbejder efter en akut henvisning fra vores team.

Marts 2018: Opholdt sig stadig i akutherberget, selvom en uholdbar placering af hende pga. hendes vejtrækningsproblemer.

April 2018: Indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor hun indtog en overdosis heroin, muligvis i selvskadende øjemed. Hun var rundt om en intensiv afdeling og derefter til en anden psykiatrisk afdeling.

Juni 2018: Udskrevet og genplaceret i samme herberg som tidligere, idet ingen anden herberg ville acceptere hende. Vores team begyndte derefter at arbejde på at hun kunne vende tilbage

til Finland, hendes hjemland.

September 2018: Endnu en indlæggelse på lungeafdeling. Ved udskrivelse fik vi plads til hende på en rekonvalescensafdeling, hvor hendes lungekondition kunne stabiliseres så hun var klar til at flyve hjem til Helsingfors.

Oktober 2018: Flyver til Helsingfors. Turen er arrangeret af vores ESMES-team.

Konklusion: Det har drejet sig om en udenlandsk kvinde med både alvorlig psykisk og fysisk sygdom og et misbrug af hårde stoffer. Hun ville gerne modtage hjælp, men hjælpen blev det meste af tiden fragmenteret og uden plan og mål. Den langsigtede plan blev afbrudt af akutte situationer, som gjorde det vanskeligt at planlægge.

På den anden side var vanskeligheder med og ineffektivitet i koordineringen mellem de forskellige faggrupper et vedvarende problem trods mange e-mails, telefonopkald og møder.

### Spørgsmål:

- Hvilke styrker og problemer kan ses hos denne patient
- Hvilke var de vanskelige tidspunkter i processen
- Hvilke professionelle handlinger kan ses som positive og hvilke som negative
- Hvilke professionelle handlinger mangler

### Case

#### Alan (START Team London)

38 årig engelsk mand, der gennem adskillige år har boet på et stort nat-herberg for hjemløse mænd i Syd-London. Han var blevet tildelt en seng, men valgte i stedet at sove i en bred vindueskarm i en stor sovesal på første sal. Han dækkede sig med klude, som han samlede på gaden i stedet for de tæpper, personalet tilbød ham. Han havde et nationalt forsikringsnummer og var dermed berettiget til ydelser. Hans ophold blev betalt automatisk af hans socialhjælp, men han hævdede aldrig andre af sine penge.

Han talte aldrig og undgik kontakt med både personale og beboere. Han gik ud tidligt om morgenen og vendte tilbage sent om aftenen. Han var klædt i laset tøj, som han aldrig vaskede. Han ville aldrig i brusebad, og ansigtet og hænder var dækket af indgroet snavs. Han spiste aldrig på herberget, og det var uklart hvor han fandt sin mad. Som årene gik var personalet blevet mere og mere bekymret over hans ekstrem social isolation, hans tilsyneladende fornægtelse af sin tilstand og af et væggtab. De henviste ham derfor til START-teamet, et psykiatrisk udgående team mennesker der er hjemløse.

Vi forsøgte først gang at henvende os til ham en morgen - hans svar var at stå op og forlade huset, uden at tale med os overhovedet. Vi bemærkede, at han under snavset så meget bleg ud og at hans klude fra nattelejet var inficeret med lus. Vi forsøgte os tre gange, og hver gang stod han straks op og forlod herberget.

På grund af hans ekstreme fornægtelse af sin tilstand og vægttabet vurderede vi at det var sandsynligt, at han led af en form for mental lidelse, sandsynligvis en psykose. Vi besluttede at begynde en sag om tvangsindlæggelse i henhold til lovgivningen og han blev kort efter indlagt på en psykiatrisk afdeling. Fysiske undersøgelser viste, at han var dækket af insektbid, formodentlig fra lus, og at hans hæmoglobinniveau var 3g/dl (sammenlignet med en normal på 13-17 g/dl). Det betød at han var i fare for at blive blind på grund af den ekstreme anæmi. Han fik blodtransfusion og blev efterfølgende behandlet for psykotisk sygdom. Man mente at han senere kunne komme til at leve i støttende boenhed.

Punkter der kan fremhæves:

- Denne mand bad dels aldrig om hjælp - og i faktisk undgik han det aktivt.
- Hans alvorlige psykiske sygdom var aldrig blevet identificeret i løbet af de mange år.
- Selvom han var ekstremt socialt isoleret, var hans problematik kendt for NGO'en, der drev natherberget.
- Selv om han aldrig var en umiddelbar fare for sig selv eller andre, lå der i hans varetagelse af egne sociale og fysiske behov en betydelig risiko en forværring af hans tilstand, fysisk såvel som psykisk. Og der var en betydelig risiko for at hans lus kunne gives videre til andre i herberget.
- Selv om han havde ret til sociale ydelser gjorde hans psykiske sygdom, at han ikke kunne eller ville bruge dem.
- Det opsøgende psykiatriske team gjorde flere forsøg på at skabe kontakt med ham, inden man satte gang i en tvangsindlæggelse.
- Det opsøgende psykiatriske team indgik i et tæt samarbejde med det personale på natherberget, der kendte Alan bedst.
- Indsatsen fra det opsøgende team betød at Alan modtog en specifik hjælp, som han trods behov ikke modtaget i de foregående årtier.



Bolig

# Introduktion

En bolig er et grundlæggende element i den 'pakke' som udgør støtten og hjælpen til en menneske der er hjemløs og som har psykiske problemer. En bolig kan ses som bestående af to aspekter.

- Det første og mest indlysende er det at have tag over hovedet - med de moderne bekvemmeligheder, der følger med (passende temperatur, rindende vand, elektricitet, passende møbler og udstyr). Det er sådanne forhold der giver betingelserne for at man kan sikre godt helbred og fysisk og mentalt velbefindende.
- Det andet aspekt vedrører det ikke-fysiske, det vil sige det, man kan bygge skabe i 'huset', altså det, der kaldes et 'hjem' – Huset er nødvendigt for at man kan skabe et hjem og hjemlighed, og med det opbygge en følelse af at høre til 'derhjemme, hvor man har sit privatliv. At have et hjem er stærkt forbundet med ethvert menneskes værdighed.

Det er gennem det at have sin egen bolig at muligheden opstår for at komme sig eller i hvert fald få det bedre på baggrund af en psykisk lidelse.



# Væsentlige overvejsler

## Bolig som en ret

Flere lande i EU har retten til tag over hovedet og retten til en bolig indskrevet i lovgivningen. Men det er alligevel ikke nogen garanti for, at de, der har behov for et hjem får et hjem. Det er en ret diffus lovgivning, som oftest skal forstås som retten til at søge en bolig, at ingen kan afvises pga. af personlige forhold. Men uanset det, er det vigtigt at man som socialarbejder tænker retten til en bolig ind i det sociale arbejde. Det hører med til at advokere for bekæmpelse af hjemløshed. DEN EUROPÆISKE UNIONS CHARTER OM GRUNDLÆGGENDE RETTIGHEDER siger i artikel 34.3: *"For at bekæmpe social udstødelse og fattigdom anerkender og respekterer Unionen retten til social bistand og boligstøtte, der skal sikre en værdig tilværelse for alle, der ikke har tilstrækkelige midler, efter de bestemmelser, der er fastsat i EU-retten og national lovgivning og praksis".*

**Det har konsekvenser at beslutte sig for en rettighedsbaseret tilgang:Strakshed.** Kravet om en bolig som det første skridt i en indsats støder mod barrierer. At en hjemløs skal huse så hurtigt som muligt, eventuelt bare i form af en midlertidig bolig, kræver ikke bare at der er tilgængelige boliger, men også boliger som kan opfylde de behov den hjemløse har, som fx kæledyr, kærester og mere vigtigt mulighederne for skadesreduktion.

**Valg.** Den person som vi tilbyder hjælp skal have muligheder for at vælge, særligt når det drejer sig om blivende bolig. Hvis man blot kommer med et tilbud, der lyder på 'tag det eller ingen bolig' og man derfor lader hånt om personens ønsker er ingen hjælp i forhold til at sikre personens følelse af føle sig godt tilpas eller forbedre han/hendes psykiske stabilitet. Selvom der kun er få valgmuligheder skal den hjemløse involveres så meget som muligt og respekteres for sit valg. Et godt valg taget på et tidspunkt kan være dårligt på et senere tidspunkt, det må man også som hjælper se i øjnene og respektere.

**Praktisk eksempel:** SLI Nua Apartments, der drives af Midlands Simon Community i Athlone i Irland tilbyder boliger til mennesker, der har oplevet hjemløshed, og som også har brug for hjemmebesøgs og støtte for at bevare deres lejemål. Før de flytter ind har den kommende beboer mulighed for at lejligheden, de får tid til at stille spørgsmål og de har en periode på nogle dage efter besøget i lejligheden til at overveje om stedet og lejligheden passer til deres behov. Selv hvis den hjemløse bor på herberg og ikke har andre realistiske muligheder for at få en bolig følges denne proces. Man føler sig overbevidst om denne mulighed for at tænke sig om vil have en positiv effekt på den hjemløses tillid. I 2018 besøgte Taoiseach, Leo Varadkar T.D (premierminister for republikken Irland) og Mairead McGuinness M.E.P, Første næstformand for Europa-Parlamentet en ny boligform som var kombineret med et støtteprojekt i Longford Town (som er finansieret af Department for boliger, samfund og kommuner og Longford amtsråd) hvor 10 mennesker med en række støttebehov og en fortid som langtidshjemløse fik tilbudt deres eget bolig/hjem. Vigtigt for denne model er, at mennesker ses som aktive deltagere i deres egen udvikling og ikke som passive modtagere af en service. Desuden bygger modellen på forestillingen om retten til bolig.

**Støtte.** Man kan ikke, når det drejer sig om en hjemløs person med psykisk lidelse, tale om en ordentlig bolig uden samtidig at tale om en passende støtte, tilpasset behovene hos beboeren. Det er det et godt resultat afhænger af. Støtten skal svare til den plan som er lagt sammen med beboeren og fungerer så længe beboeren har behov for det. Støtten skal sagstyes og forskellige faglighed skal indgå i tilrettelæggelse og praksis. Den skal være åben, fleksibel og tilpasses til de eventuelt ændrede behov hos beboeren og den skal ikke være tidsbegrænset. En stor udfordring er det at have modet til at lade den person, vi støtter sætte tempoet. Dette drejer sig om de trin, der tages fra gaden til boligen og hvor hurtigt denne rejse skal gå. Dette er en udfordrende måde at arbejde på især når finansiering af ydelserne oftest er forbundne med at opsatte mål nås til den fastsatte tid. Det er vigtigt at fastholde, for at sikre trivsel og bedring tør stole på, at han/hun er den rette til at vælge sit eget tempo.

**Praktisk eksempel:** projekt UDENFOR i København udfører socialt gadeplansarbejde på den etiske og praktiske grundholdning, at "tilbyde hjælp ud fra den enkeltes behov i øjeblikket uden at der knyttes krav til hjælpen. Det betyder at vi ikke kræver nogen særlig opførsel, og at vi ikke straks opstiller mål og resultater for indsatsen." (Preben Brandt, grundlægger af projekt UDENFOR, i sin bog Udenfor – erindringer fra et liv på kanten)", Denne måde at arbejde på er ikke kun respektfuld og rettighedsbaseret, men også social bæredygtig og fører også oftest til

**Boligkvalitet.** Boligen der tilbydes til mennesker, der er hjemløse bør være af god kvalitet. Hvis man vil inddrage de psykologiske forhold, som også tager hensyn til de traumer og psykologiske problemer som den hjemløse har oplevet tidligere i livet, må den fysiske indretning af herberger, natherberger, dagtilbud også indgå som en del af den sociale indsats. Den fysiske indretning må udstråle at man er velkommen og at der vises forståelse for den hjemløse, i stedet for at være funktionelt, koldt, upersonligt og institutionelt. I det mindste skal boformerne vi tilbyder hjemløse ikke virke traumegenkaldende. Ved indflytning bør man mødes af en stemning af varme og tryghed. Forebyggelse. At forebygge udsættelse af en bolig bør have førstehedsprioritet, som det effektive middel der er at sikre mennesker et hjem.

#### Tjekliste til brug i en rettighedsbaseret tilgang:

- Har de, der leverer ydelsen formelt tilsluttet sig ideen om at også hjemløse mennesker har ret til en bolig.
- Er der en sikkerhed for at den hjemløse er orienteret om denne ret.
- Er medarbejderne trænet i at undgå formynderi.
- Når en hjemløs flytter ind i en bolig er der så altid en aftale om støtte uden udløbsdag.
- Opfylder de boliger hjemløse flytter ind i minimumsstandarder for lejede boliger?
- Er der en adfærdskodeks for professionelle standarder, som medarbejderen er forpligtet til at overholde?
- Er hjemmet indbydende og rart, er der fx en velkomst pakke til nye beboere?

#### Vigtigheden af personaleuddannelse

Personaleuddannelse er en nøgelfaktor. En rettighedsbaseret tilgang kræver uddannelse i personcentrerede interventioner, sådan at medarbejderen kan være i stand til at levere empati på et højt niveau og har rummelighed til at engagere sig i følelsesmæssig og have evnen lytte.

Medarbejderen skal vide, hvornår man skal rådgive og instruere, men altid kunne kommunikere forståelse og være ubetinget positiv hensynstagende og følelsesmæssig varme. Disse færdigheder kræver en reflekterende praksis og muligheder for at reflektere med en vejleder, som har de nødvendige færdigheder og kvalifikationer.

Fagfolk, der ønsker at støtte mennesker, der er hjemløse eller er i risiko for hjemløshed med psykiske problemer, bør deltage i træning i anti-undertrykkende praksis. Denne træning vil sikre, at der skabes bevidsthed om, hvordan ens egne værdier kan have en negativt effekt på kvaliteten af den støtte, der tilbydes.

### Tjekliste for personcentreret intervention:

- Er medarbejdere, der arbejder med servicebrugere, orienteret om/trænnet i at bruge personcentrerede interventioner?
- Er medarbejderne kompetent i basale lyttefærdigheder?
- Er medarbejderne blevet uddannet i anti-undertrykkende praksis?
- Er der en reflekterende praksis og muligheder med kvalificerede at reflektere over denne metode?

Hjælp til mennesker med psykiske problemer bør specifikt tage højde for mulige fortidstraumer, som de har oplevet. Dette kaldes for traumainformeret omsorgsforanstaltning. Peter Cockersell, skriver i FEANSTA-magasinet "Homeless in Europe" (Vinteren 2017) en illustrativ beretning om de traumer, som mennesker der er hjemløse risikere at have med sig. Han skriver: *"Enhver, der har arbejdet med mennesker der enten gennem lang tid har været udesovne eller er kronisk hjemløse ved, at en stor del af disse har levet et liv fyldt med vanskeligheder, ofte begyndt tidligt i barndom med misbrug, omsorgsvigt, forældrenes vanskelige skilsmisser, dødsfald, med forældres alkohol- og stofmisbrug, ofte efterfulgt af vanskelige skolehistorier, måske problemer med politiet, med vold, narkotika eller alkohol eller mentale helbredsproblemer (ofte udefinerede), og nogle gange med alle disse ting. Derefter møder de i voksenlivet social udstødelse og de farer og udfordringerne som der er ved kronisk hjemløshed og ved at sove på gaden. Forståelse af hjemløshedens grundlag hos professionelle, der arbejder med hjemløse, om en klar forbindelse mellem sammensatte traumer og langvarig eller gentagen hjemløshed er blevet bekræftet af en række akademiske studier i Storbritannien, Europa og over hele verden"* (Maguire et al., 2009; Cockersell, 2011). Cockersell argumenterer ikke for at patologisere eller psykologisere hjemløshed og e tjenester, men til at socialarbejderen bør have opmærksomhed på virkningen af traumer og have bedre indsigt i, hvordan man også på det område kan støtte den hjemløse.

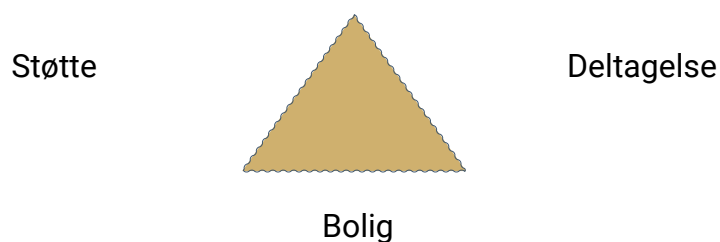
### Tjekliste for en boligjeneste, der fungerer fra en 'Trauma Informed Care Model'

- Er personalet uddannet i modellen?
- Har herberger og krisecentre en standard at sikre en psykologisk informeret udlejning?
- Er de eksterne miljøhaver og fællesarealer velholdte?
- Medarbejdere bør tilbydes uddannelse i:
  - Forandringsprocesserne
  - Hvad der er følgerne af traumer
  - måder at motivere på
  - involvering og støtte mennesker;

Derudover er der behov for regelmæssige (mindst månedlige) formelle reflekterende øvelsessessioner for medarbejderne.

## Boligtrekanten

Der er en 'hård' og en 'blød' side af den støtte, der tilbydes en person. Begge er uundværlige, komplementære og sammenflettede. Der er en upersonlige, objektive, uforbeholdne måde at yde hjælp på, og en måde, der bygger på en personlig og subjektiv tilgang og som tilpasser sig til de individuelle omstændigheder. Begge er meget iøjefaldende i arbejdet med at sikre bolig og meget vigtigt at tage hensyn til, når vi arbejder med mennesker med behov for mental sundhed. 'Hård hjælp' vil dreje sig selve den fysiske bolig, medicinsk aspekter, medicinhåndtering, tidsbegrænsninger og formel dokumentation af socialt arbejde og støtten der gives. 'Blød hjælp' vil bygge på rummet, omgivelserne og mulighederne for at gøre boligen personlig inden for de givne rammer. Indtænke det menneskelige aspekt og benytte sig af interaktionen mellem den hjemløse og socialarbejderen, læge, psykiater, psykolog osv. Denne menneskelige dimension muliggør en meningsfuld udveksling med den hjemløse og giver brændstof til et gensidigt forhold, stimulerer den hjemløse til at komme i kontakt med sig selv, virkeliggøre hans/hendes egne beslutninger og dømme. 'Blød hjælp' støtter den hjemløses til den deltagelse, som er en uundværlig faktor for at gøre en bolig til et hjem. Det er ved deltagelse, man begynder at eje stedet hvor man bor. Det kan beskrives i en figur over en boligtrekant.



Inddragelse og deltagelse er for en stor del af de hjemløses vedkommende betinget af den større han/hun modtager fra socialarbejderen.

## Boligen og kontinuerlig støtte

Lad os se hvad den virkelige verden tilbyder i forhold til at sikre bolig til et menneske, der er hjemløst. Man ser for sig, at der er tale om en proces, der skrider normalt frem fra det enkle til det mere komplicerede, men det vil ikke nødvendigvis være en foretrukken kronologi for en individuel sag. Faktisk er den grundlæggende antagelse i Housing First, f.eks. at ignorere tidsskalaen. Hjælp bør ikke ydes i et formelt og på forhånd planlagt forløb, men bygges op om relevante svar på den hjemløses aktuelle behov og kapacitet, her og nu, uanset den plan, der er lagt. Det er støttearbejderens opgave at understøtte de ressourcer, der aktuelt er til stede bedst muligt til fordel for den enkelte hjemløse.

**Før-bolig.** Der er situationer 'udenfor' hvor forestillingen om et hjem kan dukke op. At der ikke er en bolig endnu betyder ikke, at disse indsats er nyttige eller meningsfulde i processen hen mod at få en bolig. Den første antydning i at tænke på et hjem kan komme i form af at en opsøgende socialarbejder på gaden tilbyder en kop kaffe. En varm kop kaffe som kan føles som et beskedent indtryk af den sikkerhed og menneskelighed der kan forbindes med et hjem.

Der er suppekøkkener og drop-in centre. Ingen boliger endnu, men allerede her er der en første mulighed for at tale om bolig og hjem. Det kommer sammen med et smil fra den person, der rækker mad ud med kvaliteten af hjemmelavet mad, med mulighed for at vaske og vaske ens tøj på en måde, der minder om af hjemmet, med invitationen til et festligt måltid til jul, med den indbydende aura, med mulighed for at tilbringe tid i noget der kan give privathed i ens eget hjørne. Sådanne beskedne, uformelle, fleksible antydninger af bolig og hjem, af varme og velkomst er ikke mindst vigtige i kontakten med personer med psykiske problemer.

**Herberger.** Natherberger sikrer hovedsageligt overlevelse. De leverer tag over hovedet for en nat, men giver ikke et sted at være om dagen. Alligevel kan et natherberg have en vigtig rolle som forbindelse mellem en hjemløs, der bor på gaden og mere omfattende former for hjælp, herunder boliger. Det afhænger af udvalget af ydelser som natherberget kan levere (f.eks. psykiater, socialarbejder), og kendskab til hvor der kan henvises til for yderligere indsats.

Herberger med døgnfunktion kan være den hjemløses første en form der giver en vis hjemlighed. Et herberg ses ofte som en utilstrækkelig og forældet måde at håndtere hjemløshed på. Kritik kan være berettiget, men handler så mere om stedets praksis end om selve ideen med at have boliger med direkte adgang fra gaden. Bestemt, ingen form for nødboliger bør blive kronisk. Men husly kan muligvis spille en vigtig rolle for at sikre fysisk og psykologisk overlevelse og stabilisering for et hjemløst menneske ved at give socialarbejderen og beboeren en mulighed for sammen at vurdere hans/hendes faktiske tilstand og videre muligheder. Ideelt set bør opholdet være kort, men i det virkelige liv kan der på grund af mangel på andre muligheder blive tale om langvarigt ophold.

Det skal nævnes, at nogle ser ud til at klare sig ganske godt i et herberg. Struktureret dag, opgaver at tage sig af, elementer af disciplin, mangfoldige interaktioner med andre mennesker - alle disse ting karakteriserende hjemlighed kan være i mere fraværende selvstændige boliger. Ensomhed, pres over daglige problemer, uvelkomne eller skadelige omgivelser - herberget beskytter mod dette.

Der er en tydelig tendens til stadig bedre forhold i herbergerne. Ideelt må det være, at:

- Hver person skal have ret til et værelse uden at skulle dele det.
- Brusere og toiletter skal deles mellem beboerne i maksimalt forhold 2: 1.
- Beboerne skal inddrages i beslutningen om den daglige kost og eventuelle diætkrav.
- Brugere skal have adgang til deres værelser døgnet rundt.

Højere standarder skal imidlertid ikke føre til at beboerne mister lysten til et mere selvstændigt liv. Det kan især være et problem der hvor der er mangel på mere almindelige varige boliger, også sådanne hvor der er knyttet social støtte til boligen.

**Støttende boligformer.** Valget mellem, enkelt sagt, en bolig der giver mulighed for meget lidt privatliv og en bolig med ingen støtte kan løses ved særlige boliger med støtte. Det er her boligtrekanten kan bruges fuldt og kreativt, så den passer til de behov som en hjemløs person med psykiske problemer har.

Der kan konstrueres mange former for boligløsning på det tredobbelte mønster:

- En samlet blok med lejligheder til enkeltpersoner eller par af private karakter der muliggør
- både privatliv og et fælles rum til socialisering, hvor plejepersonale er til stede om dagen.
- Store, individuelle lejligheder, normalt spredt rundt i byen, hvor hver person bor i sit eget rum med fælles toilet, køkken og dagligstue; sådanne lejligheder kan være i forskellige størrelser, og de giver mulighed ved et familieagtigt liv.
- Individuelle almindelige lejligheder til enkeltpersoner eller par.

Her må støtte også komme i et treformet mønster:

- Hjælp og støtte fra socialarbejdere, der har fast dagligt arbejde i enheden
- Hjælp og støtte af forskellige relevante faggrupper som kommer i enheden efter aftale
- Sagsbehandlere hjælper på et individuelt niveau, enten i hjemmet eller i et socialcenter

Der er selvfølgelig alle mulige blandinger af disse tre både så vidt angår beboerne som støttestruktur. Begge kan variere mellem mere til mindre støtte og kontrol. Om en person kommer ind i en bolig fra det helt basale niveau og bevæger sig lineært frem eller bare hopper ind på et andet niveau er af sekundær betydning, bare hjælpen er tilrettelagt efter individuelle behov.

**Praksiseksempel:** Sophia i Irland driver en centraliseret service i Dublin, hvor der tilbydes bolig for 18 par, der har en historie med langvarig hjemløshed. Disse par ville typisk ikke have adgang til tjenester for hjemløse, som et par og ville derfor være blevet henvist til at bo adskilt eller på forskellige herberger. Mange af parrene har betydelig og igangværende afhængighed af rusmidler og psykisk lidelse med behov for psykiatrisk behandling. Parrene tilbydes et eget hjem uden forudgående krav og betingelser og med 24-timers støttepersonale på stedet. Til dato har 36 personer boet her siden 2015, de 32 af dem har med succes fastholdt deres hjem.

**Housing First.** Housing First er en intervention, der anbefaler, at mennesker, der lever som hjemløse bør sikres adgang til et eget hjem så hurtigt som muligt og uden forudkrav om at være ædru eller overholde behandling. Housing First er en paradigmeskift ved i stedet for at følge en lineær model eller en trappetrinsmodel, hvor mennesker bevæger sig frem fra gaden til et herberg og siden et eget hjem med støtte, og samtidig følge en behandlingsplan. Kort sagt, personer, der støttes gennem en Housing First skal ikke vise, at de er klar til bolig; det er deres behov for en bolig, der er det afgørende. Housing First er især relevant for mennesker med mentale sundhedsproblemer. Housing First betyder ikke kun bolig og ikke andet, understreger Dr. Sam Tsemberis, (førende international ekspert på Housing First). I sit vigtige arbejde "Housing First: The Pathways Model for at stoppe hjemløshed hos mennesker med mental sygdom og afhængighed" skitserer Dr. Tsemberis i detaljer de metoder og interventioner, der er nødvendige for at støtte mennesker med psykisk lidelse til at komme videre fra hjemløshed. Der er en betydelig mængde af international forskning, der understøtter modellen som fører til positive og bæredygtige boliger og gode sundhedsresultater for mennesker med psykisk lidelse og hjemløshed. I den nærværende rapport tillader pladsen ikke en fuldstændig beskrivelse af Housing First modellens metoder, etik og værdier, men opsummerende:

- Bolig som en basal rettighed
- Respekt og nærhed



- Støtten gives så længe den er nødvendig
- Boligerne spredt ud i byen
- Boligen lejes af serviceudbyderen og gendulejes til brugeren
- Recovery-orienteret
- Skadesreduktion
- Kunsten at udføre hjemmebesøg

Erfaring fra de, der har arbejdet med Housing First siger, at styrken i denne model er, at der trækkes på alle i de tværfaglige indsatser, der er nødvendige. Det er psykiater, psykiatrisk sygeplejerske, boligansvarlig, socialarbejder, specialist i afhængighed og peer specialist.

## Nogle forhold af betydning

**Hjemmebesøg.** Et hjemmebesøg er et af de vigtigste tilbud i forbindelse med en støttende boligindsat. Det er her i sit hjem at beboeren møder den professionelle. Selvom det i sig selv kan virke som et afslappet og hyggeligt møde er det fokuseret og et af de vigtigste terapeutiske indgreb i Housing First såvel som i andre boligstøtteforanstaltninger.

Følgende punkter er vigtige for det vellykkede hjemmebesøg:

- Besøget skal være planlagt på forhånd og ikke foretages uventet.
- Støttemedarbejderen skal ankomme forberedt og få de kliniske notater læst forud for besøg.
- Det skal være afslappet og ikke forhastet.
- Der skal være en god stemning, varm og med en afslappet tone, både verbalt og ikke-verbalt.
- Hjemmebesøget skal give støttemedarbejderen mulighed for at vurdere beboerens velvære. Støttemedarbejderen bør huske sine observationer og ikke sætte gang i en debat med beboerne om hver en ting.
- Støttemedarbejderen bør have øje for behov for nødvendige reparationer og vedligeholdelser, så boligen fortsat kan være et rart hjem.

For at afslutte dette afsnit er et resumé af dr. Sam Tsemberis beskrivelse af hjemmebesøget på sin plads: *"Hjemmebesøget, både i sin form og indhold giver et væld af informationer om klienten, klientens leverforhold, personalet og betingelserne for behandlingsforløbet. Det er et mikrokosmos af hele programmet. Det meste af arbejdet foregår under hjemmebesøget, teamet fortsætter skal fortsætte med besøge deres klient, at yde omsorg og at tale med dem og stille spørgsmål som "Hvordan har du det?", "Hvordan kan jeg hjælpe dig?" ... for at vedligeholde tilliden til teammedlemmer skal de formidle accept og vurdering-ikke-dom"* (Tsemberis S, 2010 P86 / 88).

**Udskrivning fra hospital, fængsel eller andre institutioner.** Denne vejledning til bedste praksis foreslår det der skrives notater mellem den udskrivende institution og hjemløsetjenesten til brug i udskrivningsplanlægningen så udskrivning til gaden forhindres.

**Kvinder og mænd i bolig tjenester.** Der er fordele ved at begge køn bor sammen i de institutionelle botilbud. Kønnene kan komplementere og hjælpe hinanden. Gensidig accept begrænser stigmatisering. Men det kræver en høj grad af opmærksomhed om begge gruppers behov og sårbarheder. Kvinders sårbarhed og deres oplevelse af kønsbaseret vold betyder, at der skal gøres

et væsentligt arbejde for at sikre, at kvinder føler sig trygge og sikre.

**Brobygning mellem beboerne.** Det er vigtigt at introducere samboerne i boligenhederne baseret på at skabe en forståelse af de fælles vanskelighederne som nogle af de mere problematiske beboere kan skabe. På den måde skabes der letter gode og konstruktive forhold i boenheden.



# Udfordringer

**Stigende huspriser:** Huspriserne steg med 4,3 % både i euroområdet og i EU i tredje kvartal 2018 sammenlignet med samme kvartal året før (Kilde Eurostat). Det har indflydelse på at finde boliger til overkommelige priser for mennesker, der er hjemløse.

**Manglen på overkommelige huslejer:** Et er manglen på boliger det er muligt at betale, noget andet er de lokale myndigheders manglende vilje til at være en aktiv spiller i at sikre betalbare boliger. Udover selve manglen på boliger er der typiske vanskeligheder i form af bureaukratisk procedurer i forhold til at etablere særlige boliger, og mangel på vilje til at etablere en bred vifte af varierede boligformer i forhold til brugernes forskellige behov. Det er vanskeligt at arbejde på en personrettet måde når der ikke er noget at vælge mellem.

**Bureaukratiske udfordringer:** På den ene side kan der være lange ventetider, på den anden side kan der være ting, som skal klares hurtigt og præcis til tiden, og hvor det at komme for sent kan få betydelige konsekvenser i form af ny ventetid. Det er især vanskeligt at forholde sig til for mange mennesker der lever i hjemløshed.

**Fra hjemløs til ikke-hjemløs:** Der er en tendens til at betragte en person, der har været hjemløs, men nu har fået en bolig som ikke længere hjemløs. Personen har stadig brug for nogle ydelser, som pludselig med den nye status falder væk. Det er et vanskeligt vendepunkt at klare for en person, når han eller hun pludselig forventes at gøre meget mere for sig selv end før. Denne forandring kræver særlig opmærksomhed fra støttemedarbejderen. Muligheden for stigmatisering og afvisning fra naboernes side er også et muligt problem som ikke må overses.

# God praksis

Vores synspunkt er, at den ideelle model baseres på den hjemløse borgers ret til at vælge om de ønsker et bolig for dem selv, sådan som det forskrives i Housing First modellen.

Det ultimative mål er at stræbe efter at opnå, det som bolig-trekanten beskriver, nemlig at hjælpe borgeren ind i en bolig, der opfylder hans/hendes krav og ønsker, og som kan blive borgerens hjem. Det kan lyde simpelt, men i virkelighedens verden er det en langvarig proces, der er afhængig af andet end af det, som bostøttemedarbejderen har indflydelse på. Først og fremmest er der beboeren selv, og hans/hendes familie og venner der har ret til at have deres meninger og planer. Også andre serviceydere og udlejer kan gribe ind i processen. På godt og ondt. Derfor er bostøttemedarbejderens evne til at balancerer og vise fleksibilitet afgørende.

Først og fremmest skal han/hun finde en balance mellem borgerens livsstil og ønsker om hvordan der skal se ud og den og arkitektur og indretning af boligen, som ikke kan ændres. Som beskrevet i det foregående kapitel kan boligen være i et lejlighedskompleks, i en delt lejlighed eller i en individuel lejlighed. Det ville være godt om der kunne vælges frit ud fra borgerens ønsker osv. men det må erkendes, at de faktiske valgmuligheder næsten altid er begrænsede. Der skal findes en balance! Brug den tilgængelige arkitektur til fordel for borgeren, hjælp med indkøb af møbler og andet til udsmykning, men bevar borgerens ønsker som det vigtigste.

Som i andre forhold i socialt arbejde er heller ikke dette let. Der må tænkes forebyggelse af misforståelser eller usikkerhed når en borger er på vej til at få egen bolig. Hjemmebesøg må planlægges og overholdes, og have som mål at skabe en varig god kontakt. Det er vigtigt at socialarbejderen har et godt netværk i alle former for institutioner, som hospital, politi, arbejdsmarked og for den sags skyld til naboer og udlejer.

Det er vigtigt at der er én central professionel, case-manegeren som har opmærksomhed om borgerens sag og kan koordinere de andre medarbejdere, der kun har opgaver i forhold til dele af borgerens behov for sociale og sundhedsydelser.

Når man så ofte bliver konfronteret med begrænsninger i muligheder og mangel på gode løsninger på svære valg, bør socialarbejderen ikke tilføje sin ufleksibilitet til den ufleksibilitet der ofte er ude i samfundet. Generelt er al god praksis skabt ud fra en agil og uortodoks måde at arbejde på, og gennem dristige beslutninger og handlinger at få det bedste ud af omstændighederne.

# Case

## Flat Zero - Arrels Foundation – Barcelona

Bedst praksis service. Midlertidig bolig for mennesker der er hjemløse uden visitation.

Flat Zero er et herberg i Barcelona hvor mennesker der er vedvarende hjemløse kan møde op og hvor der ikke er nogen specielle krav til dem. Projektet sigter mod at give en alternativ måde at sikre adgang til ophold og overnatning boliger. Hver dag/nat er der ti personer der henvender sig. Det er med vilje et lille sted og det er opmærksomt på både at respektere privatlivets fred og at bygge videre på tillidsforhold med organisationen Arrels medarbejdere.

Herberget er en almindelig lejlighed, som blev renoveret og omdannet til en 'gadebolig'. Den retter sig mod den gruppe mennesker, der er afvist i andre herberger, og udgør de 20 % som ikke kan indgå i et Housing First program, eller som ikke er i stand til at tilpasse sig de regler, der kræves for at bo andre fællesskaber. Lejligheden er indrettet som et sted, der kan opfattes som halvvejs mellem gaden og herberg. De hjemløse har mulighed for at komme og sove her med sine hunde, alkohol og de poser og pakker, som de normalt bærer rundt på.

En særlig gevinst for organisationen Arrels, som det er værd at pege på, er at lejligheden udover at være en kollektiv gadebolig om natten og om dagen, også bliver brugt til uddannelse af frivillige. De har tilpasset rummet så det imødekommer behovene hos dem, de støtter; Her sigtes ikke mod

at ændre en hjemløs livsstil, så kommer til at passer til en servicemodel, snarere tilpasser de frivillige sig til de mennesker der kommer på stedet. Det er et tilbud som har de forhold som kan ses som bedste praksis i forhold til at skabe en personorienteret service, der skaber mulighed for at brugerne dels bevarer en personlig værdighed og kan føle sig i sikkerhed.

Flat Zero Links:

<https://www.arrelsfundacio.org/piszero/>

<https://youtu.be/favwHgzwZjY>

[https://youtu.be/\\_OtmYhwVdp0](https://youtu.be/_OtmYhwVdp0)

## Case Studies

### Case-profil Jack: START Team London

Jack var en 34 år gammel mand fra Newcastle, en by i det nordøst England, som havde udviklet en alvorlig psykose i sine sene teenageår. Han havde levet i London, på gaden og i skiftende herberger i omkring 10 år før han mødte START Team. Han flyttede ind i en lejlighed i et af vores første-fase projekter og fik det væsentlig bedre af dels en lille dosis antipsykotisk medicin dels støtten som var en del af hjælpen. Han flyttede videre til en lejlighed hvor han kunne bo langvarigt og med et højt støtteniveau, nogle miles længere væk i Bermondsey, i et traditionelt arbejderklasse kvarter i Sydlondon. Han virkede som om han fandt sig til rette på stedet, i en af de 12 lejligheder, der udgør bostedet og som ligger rundt om en indre gård. Stedet havde medarbejdere på stedet 12 timer dagligt.

En dag sagde han til sin faste socialarbejder at han havde tænkt på at flytte tilbage til Newcastle – han havde planlagt at tage toget allerede ugen efter. Han havde derudover ikke planlagt noget, men var sikker på at alt ville gå godt når han var tilbage i Newcastle, som han klart anså for sin hjemby. Socialarbejderen advarede ham mod at tage af sted uden at have aftaler om et sted at bo og kontakt med den lokale socialservice, og de begyndte sammen at planlægge turen tilbage til hans hjemby. I løbet af de næste uger fik de arrangeret med de lokale boligmyndigheder at der ville være en lejlighed til ham, at han ville kunne modtage sin socialhjælp og at det lokale psykiatriske team ville tage sig af ham.

Man blev enige om, at han inden han formelt tog afsted, besøgte byen sammen med sin socialarbejder og psykiater. De tre tog afsted uden nogle egentlige aftaler.

Vi tog afsted og fandt frem til lejligheder, som var i god stand men total tom for møbler og andet inventar. Jack synes ikke rigtigt at kunne kende byens geografi. Derefter tog vi til den psykiatriske enhed, præsenterede os og havde et godt møde. Efter frokost i byen tog vi toget tilbage til London. Jeg var opmærksom på, at Jack havde været ret stille dagen igennem. Efter et par timer spurgte socialarbejderen om der var noget i vejen. Jack svarede, at "Jeg tror alligevel ikke at jeg vil tilbage til Newcastle". Han følte sig ikke tilpas dér, fordi byen havde ændret sig så meget siden han forlod den. Derudover havde han kontaktede sin familie, som lod vide at de ikke ønskede at have kontakt med ham. Så, han havde ikke genkendt byen, som han huskede den og han havde ingen relationer til familie og venner at genoptage kontakten med. Besøget havde fået ham til at indse virkeligheden.

Så han forblev boende i lejligheden i London, hvor han kunne blive boende så længe han ville. For os var det værdifuldt at have taget med ham. Der have været brugt megen energi på at planlægge flytningen og man kunne ikke udelukke at der kunne opstå en vi irritation. Men ved at have fulgt ham og set hans skuffelse og ubehag blev det så klart at det ikke ville have gået. Så relationen mellem Jack og temaet kunne fortsætte på samme positive måde som tidligere.

## Case profile Mr D (team : Infirmiers de rue)

Vi møde mr. D I juni 2010

Han var da 45 år gammel, hjemløs, levede på gaden. Han var næsten altid beruset og var sommetider aggressiv. Det tog sin tid at skabe kontakt til ham og at få hans tillid. Der blev arrangeret at han kunne modtage sociale ydelser og sundhedsydelser.

Men det var vanskeligt at yde ham yderligere hjælp, da han som regel ikke var velkommen i herbergerne og Housing First var endnu ikke et tilbud i Bruxelles.

I 2015 lykkedes det os at få ham ind i et Housing First program og han var meget glad for at flytte ind i en lejlighed, den første i over ti år. De første måneder gik alt godt. Han stoppede med at drikke og investerede med megen entusiasme sin energi i sit nye liv.

Men så begyndte han at drikke igen og de næste to år var et mareridt både for ham og for os i teamet. Vi var meget bekymrede fordi vi ofte fandt ham voldsomt beruset, nærmest i coma i lejligheden. Flere gange forsøgte han at stoppe drikkeriet enten ved egen vilje eller i afslutningsbehandling i institutioner. Det eneste positive var, at forholdet og tilliden mellem ham og medarbejderne i teamet forblev godt, tværtimod blev det bedre. Han ville meget gerne fortsætte med at bo i en lejlighed. Han flyttede til en billigere og mindre lejlighed, som han synes godt om.

Senere, efter endnu en hospitalsindlæggelse, sagde han at han havde indset at det ikke var godt for ham at bo alene i en lejlighed. Vi foreslog et plejehjem, hvor han for så vidt var for und til at bo, men alle kunne se meningen i det, også han selv. De sidste to år har han boet der og har i al den tid ikke drukket alkohol. Han føler sig glad. Han får det stadig bedre og bliver bedre fungerende og taler nu om, at finde en eller anden form for en kollektivbolig, hvor han kunne bo med mennesker på hans egen alder.

### Spørgsmål:

- Hvilken styrke og hvilke svaghed finder du i de indsatser der er beskrevet her
- Hvad kunne være de svære udfordringer i processen
- Med udgangspunkt i din egen hverdag kan du så forestille dig andre former for indsats, hvis ja, så beskriv dem



Recovery

# Introduktion

Mennesker, der oplever situationen langvarig hjemløshed har ofte, i deres livshistorie en, lang social proces med eksklusion og med sammensatte traumer (Cockersell, 2018).

Forskning viser konsekvent, at mennesker, der er hjemløse ofte som er vokset op i dysfunktionelle hjem og har været udsat for fysisk og/eller seksuelt misbrug som spædbørn, forældres alkohol- eller stofmisbrug eller forældres psykiske problemer. De har oftere end andre unge været løbet hjemmefra og været anbragt i familiepleje og på institutioner. I voksen alder har hjemløse ofte oplevet at miste deres job, været kortvarigt ansat, at have gentagne økonomiske kriser, dårligt helbred, dårligere fysisk og psykisk helbred end gennemsnittet, alkohol- og stofmisbrug, udsathed for fysiske eller seksuelle overgreb og mangel på sociale netværk. (Munoz, Vásquez e Panadero i Levinson e Ross, 2007).

Det betyder, at arbejde med hjemløse ikke kun er et spørgsmål om at give afhjælpe manglen på en bolig, tilbyde behandling eller skaffe arbejde. Det er også et spørgsmål om at tackle processen med social udstødelse og hjælpe dem med at genvinde en følelse af et stabilt selv, en følelse af at høre hjemme, en følelse af tilknytning til stabile relationer og sociale netværk og følelse af personlig værdi, at have noget værdifuldt at dele med andre og føle anerkendelse for det.

Det er svært at beskrive denne proces og dens mål med et enkelt ord. Man kan fx tale om 'deltagelse', 'genopbygning', 'genetablering', 'empowerment', 'rehabilitering', 'genopretning', 'beskæftigelse'.

At bruge begrebet recovery, at komme sig, har den fordel at det er et emne der fylder meget i den aktuelle litteratur men så alligevel ikke er det helt dækkende begreb. På den ene side fremkalder det associationer til sygdom –fx at komme sig efter en sygdom. Men det handler jo ikke om en medicinsk model, så det kræver et forståelsesmæssigt skift til at dække en social ændring, der fokuserer på trivsel, styrker og muligheder snarere end underskud og svagheder.

På den anden side fører begrebet recovery tanken hen på at vende tilbage - vende tilbage til den sociale og psykiske tilstand, der var engang og som personen gerne vil have tilbage. Det er så vigtigt at være opmærksom på, at mennesker med langvarig hjemløshed og psykiske problemer måske aldrig har oplevet stabile og normale sociale og økonomiske forhold, og derfor ikke har noget at vende tilbage til, så det snarere bliver et spørgsmål om at bygge et liv op fra grunden.

Ifølge Repper & Perkins (2006) er recovery en personlig proces, som er forbundet med håb til fremtiden og at finde en ny mening i livet, af empowerment, af udvikling af personlige færdigheder og strategier, af et sikkert økonomisk og socialt grundlag, af støttende forhold og social integration. Så recovery er ikke en indsats, som professionelle udfører, men en personlig rejse, der skal må forstås fra brugerens synspunkt. Den professionelles rolle er at fungere som støtte, og at skabe det miljø og de muligheder, som personen kan bruge på sin recovery-rejse snarere end at forstyrre og blokere den rejse med at komme med krav til planer og løsningsmodeller. Det kræver evnen til at lytte, til at respektere borgerens ret til at vælge og at turde samarbejde med borgeren.



# Væsentlige overvejelser

**Recovery er ikke behandling:** Recovery og behandling er to helt forskellige ting. Recovery bygger på selv at tage ansvar for sin bedring. Personen risikerer noget. Personen vælger fx at tage arbejde. Det er ens egen beslutning. Familien, hvis der er én, og den professionelle yder hver især den støtte de kan. (Chamberlin, 2005). Borgen må selv have ansvaret for deres recovery,

**Recovery er en proces, ikke en tilstand.** Det er en forandringsproces gennem hvilken den enkelte forbedrer sit velbefindende, sin livskvalitet og arbejder frem mod en højere grad af autonomi. Muligheden for at gennemføre dette er afhængig af at han/hun bliver behandlet som et menneske og ikke som en patient.

**Det er en personlig rejse.** Enhver kommer sig i sit eget tempo, støttet, men ikke styret, af en professionel.

Den første grund til dette hænger sammen med det faktum, at en persons behov og en faglig mening til det samme individ kan variere meget (Lasalvia al., 2005; Thornicroft & Slade, 2002). Derudover de behov, som borgeren selv ønsker dækket, er meget bedre indikatorer for en ønsket livskvalitet end dem, den professionelle kommer med (Slade, Leese, Cahill, Thornicroft & Knipers, 2005).

Den anden grund til disse statements er den enkeltes ret til at tage sine egne beslutninger, uanset om det var det forkerte valg, eller at hans/hendes beslutninger synes skadelige og risikable. Retten til at tage personlige risici og genvinde kontrollen over ens eget liv gennem fri vilje hører til i metoden recovery og bør respekteres, selv når der er en betydelig uenighed eller bekymring for resultaterne af dette valg (Slade, 2009).

Derudover skal man være opmærksom på, at:

- **Den professionelles engagement og vilje til at etablere et tillidsfuldt og meningsfuldt forhold** til mennesker, der er hjemløse er centrale for at recoveryprocessen. Det kræver at der vælges de rette valg af hvem der skal påtage sig at støtte. Det er af kritisk betydning i opsøgende arbejde (se kapitlet om opsøgende arbejde).
- Vejen til recovery er aldrig lige, og der er **ingen forudbestemt mål**. Den professionelle skal holde sig for øje ikke at tvinge borgeren til et slags ideal (fx: få et hus, få et job, få en familie) på trods af borgerens vilje og muligheder. Det er vigtigt at huske på, at normalitet ganske vist kan ses som et statistisk begreb, men hver enkelt af os har en subjektiv tilgang til det, som skal tages i betragtning, når man arbejder med mennesker, der har været udsat for alvorlige livsbegivenheder og som har skabt en bestemt personlig måde at leve på og omgås sit netværk.
- Professionelle, der arbejder ud fra et recovery, må **indgyde håb og hjælpe med at opbygge en positiv og realistisk opfattelse** af, samtidig med at respektere behov og valg, i stedet for at have fokus på symptomer og underskud. Det er en helhedsorienteret tilgang, som ser borgeren som menneske snarere end som patienter.

- For den, der skal **genvinde selvrespekt, selvtillid og mening i livet**, er det vigtigt at føle sig inkluderet, at føle, at han/hun hører til i samfundet, og at han/hun er en person, ikke kun accepteret men også værdsat som en der er værdig. Alt det ovenstående kan mere eller mindre opnås gennem øget kontakt til andre, gennem at deltage aktivt som borger og have et arbejde.
- **Adgang til job** kan være meget vigtig i recoveryprocessen. Det kan føre til ses yderligere selvhjælp, uafhængighed og anerkendelse. Derudover kan det at modtage løn / tjene penge også knyttes til værdighed. Desuden kan den hjemløse gennem et job få struktur i sit liv og e set formål. Således kan et job for nogle mennesker bestemt være et skridt mod bedring.
- På den anden side er det vigtigt at understrege, at **det langt fra er tilstrækkeligt at have et job**. For nogle er det vigtigt at have et job (fx. ældre eller meget syge). Der må være plads til en mangfoldighed i planer og ønsker. Der skal også være plads til værdighed uden et job. Hvis et job anses for at være et krav og en forudsætning for et værdigt liv, kan vi ende med at svigte dem, der ikke er i stand til at arbejde. Man kan godt leve med værdighed selvom man modtager pension eller andre sociale ydelser, og fylde sit liv med aktiviteter en hobby eller andre sociale og meningsfulde aktiviteter.

# Udfordringer

- **Tidsfaktor.** Der er ofte i organisationerne indbygget en frygt for at gøre brugernes afhængighed af systemet, og at det kan føre til, at der lægges pres på socialarbejderne for at levere hurtige resultater og gøre klienter selvhjulpne hurtigere end godt er. Dette bidrager til for mange kortvarige løsninger og for stive planer. Den form for tilrettelæggelse af arbejdet kan let føre til et system, der beskylder, straffer og udelukker mennesker i stedet for at bekymre sig, støtter og hjælper mennesker med at få dækket deres behov.
- De professionelle har ofte et for **stort caseload**, hvilket gør det vanskeligt at sætte den hjemløse i centrum og personskræddersy indsatsen. Det nytter ikke når man beskæftiger sig med mennesker, med en baggrund i en lang social proces af udstødelse som har behov for at der fokuseres relationsarbejde i et tæt, regelmæssigt og tillidsfuldt forhold mellem den professionelle og borgeren.
- Frygten for at tillade foranstaltninger der bygger på **langsigtede indsatser** skaber et paradoks ved at øge risikoen for institutionalisering, hvor det at være klient bliver et fuldtidsjob, og lader borgerne leve vedvarende i midlertidige akutherberger eller i store institutioner for hjemløse.
- Professionelle socialarbejdere bør ikke overveje at bruge en **trappetrins model**, hvor folk først bliver bedt om at deltage i erhvervsaktiviteter eller faglige uddannelseskurser, inden de får lov til at prøve det rigtige jobmarked. Sådant en model kan føre til mennesker bliver fanget i ond cirkel uden chance for at komme ind på jobmarkedet. Kunne man tænke en 'Job First' model, hvor folk bliver hjulpet til at finde et rigtigt arbejde og støttes og trænes, mens de er på deres arbejde?
- Flere og flere europæiske lande står, på grund af den socioøkonomiske krise, over for en situation med mangel på job som kombineret med mindre tætte familierelationer samt færre investeringer i social velfærd, efterlader de meste sårbare i nød. Samtidig står vi overfor et mere og mere **konkurrencestyret frit arbejdsmarked**, hvor der kun er plads til de mest effektive og veluddannede, og dermed udelukker mange der kunne arbejde, selvom de ikke er de hurtigste eller de yngste. (Sociale kooperativer virksomheder kunne være et alternativ).
- Spørgsmålet om **arbejde kan imidlertid være kontroversielt** i den forstand, at arbejde kan være noget andet end et lønnet job. Meget ofte ses det, at have et arbejde som noget der inkluderer i samfundet og ikke som havende betydning i sig selv. Arbejde / beskæftigelse anses som stærkt identitetsskabende, også hvis identitet opnås gennem et særligt job, der er målrettet mennesker med psykisk sygdom og hjemløshed, men i hvilket omfang identificerer vi dem så med deres sygdom, og i hvor høj grad gør det dem, i deres egne øjne til borgere uden rettigheder og ansvar?
- Der er en risiko for at medarbejdere **kan blive frustrerede over recoveryprocessen**, hvis de ikke er uddannede og trænet i metoden. De skal have tid til refleksion om teamarbejde, mentaliteten og kulturen i netværk og kommunikation inden for og uden for teamet. Dette er vigtigt at forstå, at recovery tager tid, og at det undervejs er nødvendigt at kunne tackle

frustrationer, skridt frem og tilbage og samtidig respekterer borgernes ressourcer. Et recovery-team skal støttes kontinuerligt for at være fleksibelt. (se også næste kapitel om medarbejdertræning).

# God praksis

- De personer vi møder har ofte været gennem en lang proces med social udstødelse. Derfor er vigtigt at opbygge et miljø, hvor er skabt **sikre og stabile rammer og man møder medarbejdere man kan stole på** og have tillid til at komme til, når der er behov for hjælp.
- Indsatsen skal have et sit absolutte **fokus på relationen** og forsøge at fremme kontinuitet, tillid, fællesskab, positiv hensyntagen, respekt, lydhørhed, ikke-gengældelse, have en særlig opmærksomhed på magtdynamik, undgå aktivering af følelser af skam, ydmygelse og vrede ved at tilbyde alternativer, som personen kan vælge og ikke påtvungne løsninger i form af 'tag det eller forlad det'.
- Det er vigtigt at borgeren har en **fast og stabile sagsbehandler** og ikke møder en ny sagsbehandler hver gang. Det er også vigtigt, at sagsbehandlere har et caseload, der giver dem mulighed for at se deres klienter regelmæssigt og foretage sig ting sammen med dem.
- **Grundlaget for arbejdet skal være personcentreret.** Det er vigtigt at møde mennesket hvor de er, lytter til ham/hende og anerkender vedkommendes synspunkt, behov og håb. Samtidig bør socialarbejderen give relevante information om muligheder og yde vejledning i forhold til den skræddersyede plan, som er aftalt med borgeren i henhold til hans/hendes valg, muligheder og ønsker.
- Der bør **tilbydes det nødvendige niveauer** for støtte og hjælp i recovery-processen i forhold til den enkeltes behov. Man må være opmærksom på ikke at pakke borgeren ind i omsorg, så der opstår risiko for langtidsafhængighed, gradvis tab af autonomi og empowerment - samtidig med, at man sikrer tilgængelighed og fleksibilitet hvis der opstår kriser og tilbagefald.
- **Netværksarbejde** er af vital betydning, også i det personcentrede arbejde i form af samarbejde mellem de forskellige tjenester baseret på hver persons særlige behov. Komplexiteten af de problemer, som hjemløse mennesker står overfor, kræver progressiv assistance og støtte fra forskellige fagfolk inden for sociale tjenester, sundhedsydelser osv. Så, det er vigtigt at vigtigt samarbejde mellem ngo'er offentlige myndigheder, noget der stiller krav om et højt niveau af ekspertise blandt fagfolk, fleksibilitet og vilje til at tænke ud af kassen. (se kapitlet om netværk).
- Recovery kræver som anden indsats **kontinuitet i indsatsen** og dermed mulighed for en løbende tilpasning af de fælles mål. Det skaber mulighed for tidlig anerkendelse af problemer og usikkerhed i processen. Kontinuitet i pleje er forankret i et langsigtet partnerskab, hvor den professionelle (eller teamet) kender personens historie og let kan inddrage nye oplysninger og beslutninger. Det hjælper til at undgå fragmenteret støtte. Kontinuitet i pleje er stærkt forbundet med den løbende opfølgning og forudsætter at der er skabt stabile netværk.
- **Selvhjælpsgrupper, bruger-støtte specialister, bruger styrede programmer:** det er vigtigt at støtte grupper eller programmer, som er igangsat af personer, der har oplevet hjemløshed og

eventuelt har afhængighedsproblemer eller en psykisk lidelse. I disse grupper eller programmer skabes åben dialog og debat. Brugerstøtte skabes ved at mennesker (peer) giver viden, erfaring, følelsesmæssig, social eller praktisk hjælp til hinanden. En peer er i stand til at tilbyde støtte i kraft af relevant erfaring. Peer'en har været der, har gjort det, og kan dermed forholde sig til andre, der nu er i en lignende situation. Selvhjælpsgrupperne skabes nogle gange på initiativ fra uddannede socialarbejdere (selvom peers godt kan klare det uden træning).

- **Aktivt medborgerskab:** En bred vifte af interessenter bør være involveret i udvikling af programmer til recovery. Mennesker der har oplevet (eller stadig oplever) hjemløshed bør inkluderes i beslutninger, der påvirker dem og bør have mulighed for at være aktive i lokalsamfundet og være i stand til at gøre brug af de ressourcer samfundet eller andre stiller til rådighed for at styrke båndene mellem borgerne.

# Case

**“Red Sin Gravedad”:** Et samfunds- og brugerprojekt, der er udviklet af foreningerne 'Radio Nikosia', 'Saräu', 'ActivaMent' og 'Cooperativa Aixec'.

Projektet er oprettet som et netværk af workshops og laboratorier for kunst, kultur, velvære osv. i et samfundscenter i Barcelona, der er åbnet for alle borgere, og som skaber et naturligt kreativt miljø for mennesker med og uden psykiske problemer. Netværket er etableret på baggrund af et behov et 'let' sted at komme uden at der forlanges en diagnostisk kategorisering og dermed åbne et reelt rum for interaktion og deltagelse.

For yderligere information: <https://redsingravedad.org/>

## Sociale kooperativer med begrænset ansvar (SCLL)

De sociale kooperativer med begrænset ansvar (SCLL) er privatretlige enheder. De er af kommerciel karakter og kan etablere alle slags økonomisk aktivitet, der understøtter erhvervsuddannelsesprogrammer for deres medlemmer, såvel som at yde husly og støttet beskæftigelse i samarbejdende virksomheder. De retter sig mod fattige migranter, flygtninge og psykisk syge borgere.

### Aktiviteterne i SCLL sigter mod:

At sikre virksomhedens overlevelsesmulighed og kontinuerlig at skabe ny beskæftigelse muligheder;

- At være aktiv på det lokale åbne marked.
- At opretholde en balance mellem iværksætterstrategi og sociale mål.
- At bekæmpe og eliminere sociale stigma gennem, blandt andet at sikre medlemmerne arbejde
- At yde efteruddannelse og erhvervsuddannelse til sine medlemmer med psykosociale problemer.

For mere information:

<http://www.socialfirmseurope.org/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846108/>

## Tjekliste:

Spørg dig selv i ethvert forløb med og ved ethvert forslag til en bruger:

1. Hvem er dette rettet til? Hvis interesser prøver jeg at tjene? Brugerens, min egen, min organisations eller en helt tredje?
2. Giver indsats bedre mulighed for recovery, udvikling og læring?

3. Gør indsatsen brugeren stærkere eller svagere? Giver det grundlag for mistillid eller modforsvar?
4. Hvad med magt? Er indsatsen respektfuld eller præget af magtbrug? Tillader den valg eller er den præget af tag det eller gå?

### Case Profile N., SSP&MH, Athen

N. blev født i 1967 på en græsk ø. Da han var to år gammel flyttede han og hans familie til USA. Han er single uden børn. Han har en yngre bror. Hans mor døde for 15 år siden. Hans far giftede sig igen og bor nu i USA.

N. gik i gymnasiet og boede i USA indtil 2014. Efter at moren, som han var tæt bundet til, døde, ændrede han sig. Han ville være rig og uafhængig. Han troede, at hvis hans familie havde penge, ville hans mor ikke være død. Han blev arresteret for besiddelse og brug af narkotika og blev dømt til fire års fængsel. Da han blev løsladt fik han et job i sin onkel restaurant, men han stoppe hurtigt fordi han ikke synes lønnen var stor nok. Han begyndte igen med kriminalitet og blev nu idømt 6 års fængsel for carjacking (røveri af biler fra føreren af bilen) og sort arbejde. Da han blev løsladt blev han også udvist, da han ikke havde amerikansk statsborgerskab. Han fortalte ikke sin far eller sin bror om at han var blevet udvist, fordi han var flov. Sådan endte han i Grækenland, sovende i gaderne.

N. besøgte første gang Day Center for Homeless (D.C.f.H.) for NGO PRAKSIS i Piraeus i juni 2015 for at bede om tøj og bad. Han var begyndt at sove i et herberget UNESCO. Han modtog også rådgivning og støtte hos en NGO 'Epanodos' (= Comeback) for løsladte kriminelle. Mens han brugte Day Center for Homeless af NGO PRAKSIS i Piraeus, kom han også i den samme NGOs Day Center for Homeless i Athen, selvom det ikke var velset. Da det blev opdaget, blev han af socialarbejderen i Athen bedt om at forlade stedet. N. blev rasende og beskyldte personalet for at have til hensigt at skade ham. Det endte med at han blev så ophidset at han blev voldelig og ramte socialarbejderen i hovedet med en noget hård og samtidigt truede han med, at ville dræbe alt personalet i centeret. Han låste sig inde på et kontor og tog en af medarbejderne med sig som gidsel. Man ringede til politiet, der tog ham med, først på politistationen og derfra blev han tvangsindlagt på et psykiatrisk hospital. Under sin indlæggelse fortalte N. at han var blevet bragt til den græske grænse af FBIs agenter. Han gav udtryk for andre paranoide tanker og var ofte præget af aggressivitet. Han blev diagnosticeret som lidende af "Alvorligt psykotisk syndrom, stofmisbrug (sisha og cannabis) og aggressiv adfærd, såvel verbalt som fysisk". Siden da har han været i medicinsk behandling.



Efter et par uger på det psykiatriske hospital, vendte N. tilbage til herberget UNESCO med krav om at møde på den psykiatriske afdeling én gang om måneden. Derudover modtog han støtte fra Day Center for Homeless og fra PRAKSIS Polyklinik. Desværre havde han kort efter endnu et voldeligt udbrud i D.C.f.H. i Piræus. Denne gang blev han af en mandlige sygeplejerske og en socialarbejder i centret overtalt til frivillig indlæggelse. På hospitalet indrømmede han, at han ikke tog sin medicin. Derfor var han stadig plaget af hørehallucinationer og paranoide tanker.

På grund af hans opførsel (han havde et par voldelige episoder og en uroskabende opførsel i herberget) blev han afvist fra herberget UNESCO og endte med at sove i Piræus havn. Heldigvis var der blevet opbygget et stærkt tillidsforhold mellem N. og den mandlige sygeplejerske fra D.C.f.H. Derfor accepterede han at tage sin daglige dosis fra D.C.f.H. og at have samtaler den frivillige psykiater på dagcentret. Takket være sygeplejerskens vedholdende og ægte interesse begyndte N. til sidst at føle sig sikker og at udtrykke sig om sine behov.

På dette tidspunkt var D.C.f.H. begyndt at samarbejde med foreningen "Society of Social Psychiatry og Mental Health" (SSP & MH) med henblik på, at levere mere effektive og integrerede tjenester til hjemløse mennesker med psykosociale problemer. Derfor opholdt en psykolog fra SSP & MH ugentligt i D.C.f.H.

Her begyndte N. at have ugentlige sessioner med psykologen fra SSP & MH (maj 2017 indtil april 2019), der sigter mod at yde ham psykologiske støtte, styrke og vejlede ham. Hans kliniske situation blev gradvist forbedret på grund af denne kombination af rådgivning og medicin. Han blev mindre aggressiv og paranoid, og mere åben for at tale om sig selv. Selvom han i øvrigt ikke besøgte dagcenteret regelmæssigt, var han der til tiden til sessionerne, og han så frem til dem. Han sagde, at det var det eneste fast holdepunkt i hans liv og at det fik ham til at føle sig mere modstandsdygtig. I mellemtiden havde N., med støtte og vejledning fra både psykolog og socialarbejderen fået sit skatteregistreringsnummer, ansøgte om en socialhjælp og var begyndt at tjene lidt penge som gademaler.

Ruten eller skal man kalde det stien til bedring var aldrig let for ham, og det skete mange gange, at han tabte modet. Når han havde det sådan plejede han at sige: *"Fængsel er bedre end hjemløshed. Der skulle man bare sove og spise ... men på den anden side, fængslet påvirker i stedet én fysisk og mentalt. Man føler at du er under et tæppe, som holder én nede. Man glemmer, at man har en krop"*. N. deltog i en gade-fest, der blev arrangeret af D.C.f.H. i 2018 med støtte fra Piræus kommune, og i løbet af festdagen malede han for første gang foran et publikum.

Hans maleri var imponerende og det blev købt af kommunen for et relativt højt beløb. Det fik ham til at genvinde sin selvtillid og til at se sig selv som en kunstner i stedet for som en hjemløs og håbløs person.

På nuværende tidspunkt, efter mange tilbagefald og skridt bagud, har N. taget betydelige skridt i sit liv. Hans er blevet godkendt til at modtage økonomisk socialhjælp, og han har fundet sig et job som rengøringsmand i et socialt kooperativ. Desuden blev han, med hjælp fra socialarbejderen i D.C.f.H. igen accepteret Unescos herberg. De sidste måneder har han endda indledt et forhold til en ung kvinde, og det gør ham rigtig glad. Derfor sparer han penge op, så han kan få opfyldt sin drøm om at leje en lejlighed, som ifølge ham er: *"at det mest værdifulde i livet er at have ennøgle og åbne døren til dit eget hjem ... ellers føler du dig "tabt" og alt kan se ud til at være forgæves"*.

N.s historie kan ses som udtryk for et levende eksempel på en vellykket recovery, som er hjulpet på vej af et effektivt samarbejde mellem professionelle, en personcentreret tilgang, en skræddersyet plan og frem for alt en persons stærke vilje til at ændre sin skæbne.

### Spørgsmål:

- Hvilke styrker og risikofaktorer identificerer du hos denne borger?
- Hvad var de kritiske øjeblikke i recovery-processen?
- Hvilke professionelle indgreb tilføjede noget – eller gjorde det modsatte – til recovery-processen?

Opsøgende og udgående

# Introduktion

Såvel det offentlige som ikke-offentlige institutioner har i århundreder tilbudt basal hjælp, som mad, husly og beklædning til mennesker, der lever på gaderne. Man kan anses hjemløshed og fattigdom som en uundgåelig tilstand af tilværelsen for nogle i ethvert samfund. Hjemløse mennesker blev overvejende set som mennesker der var uheldige på det individuelle niveau og ikke som nogle hvor deres tilværelse var en konsekvens af ulighed i samfundet.

I dag øges fattigdommen overalt i Europa. Mere end 22,5 % af den europæiske befolkning er i risiko for fattigdom eller social udstødelse (Eurostat 2018) og mere end 4 millioner europæiske borgere er hjemløse (FEANTSA estimering). Hjemløshed er blevet en politisk prioritet, dog mere i form af retorik snarere end konkrete handlinger.

Undersøgelser i England, Tyskland og andre EU-lande har vist at der er en betydelig overforekomst af psykiske lidelser hos hjemløse.

Der er på den ene side et stigende antal mennesker, der er berørt af hjemløshed og psykisk sygdom, og på den anden side har denne gruppe store problemer med at modtage den hjælp de har brug for. Det kan være administrativt, et resultat af psykisk sygdom eller hænge sammen med erfaringer fyldt med dårlige oplevelser omkring indsatserne.

Udgående socialt arbejde var før i tiden først og fremmest et spørgsmål om at forsyne mennesker, der levede på gaden med mad og tæpper. Det blev udført af frivillige, der ikke havde nogen social eller medicinsk erfaring i at møde hjemløse, men først og fremmest var optaget af at gøre noget for andre. Men siden 1980'erne har mange af de organisationer der udfører udgående arbejde fået øjnene op for de udfordringer, der ligger i virkelig at hjælpe hjemløse og har skiftet kurs og også ansat professionelle social- og sundhedsarbejdere til udgående og opsøgende arbejde.

Det var en bekymring, at sådant arbejde kunne medføre flere hjemløse, som en slags stærekasseeffekt (1) og kortvarigt så det også sådan ud. Men sådan blev det ikke, det viste sig at den salgs tjenester virkelig hjalp nogle. Så sådanne tjenester er blevet en essentiel del af arbejdet med hjemløse. Derfor også dette Erasmus+ projekt som har til formål at øge den viden og samle den erfaring, som er nødvendig for at sikre kvalificeret udgående arbejde rettet mod mennesker, der er hjemløse.

De forslag dette kapitel indeholder, bygger på praktiske erfaringer omkring de egenskaber, det kræver at møde den hjemløse borger ude på gaden, at lytte til dem og forstå deres situation. Og at hjælpe dem med at komme til at modtage de ydelser de har ret og brug for. Hvad er udgående og opsøgende arbejde?

Grundlaget for udgående og opsøgende arbejde er programmer, der vælger at finde de mennesker, der lever på gaden og har behov for hjælp eller rådgivning i stedet for at vente på at de opsøger hjælpen selv. Det er altså opgaven at bringe såvel sundheds- som sociale ydelser til mennesker, som ellers ikke har adgang til disse ydelser, der hvor de lever i stedet for at vente til de møder op i en klinik eller socialcenter.

Udgående arbejde forbinder andre serviceydelser til hjemløse og fungerer som hjælp til at bevæge sig fra at være udstødt på gaden til blive socialt inkluderet.

Udgående arbejde er:

1. At finde, at møde og at involvere sig med mennesker som behøver hjælp
2. At vurdere behov og give den basale hjælp
3. At bygge broer til andre myndigheder og ngo'er og følge den hjemløse over broerne

Moderne udgående og opsøgende arbejde involverer professionelle og specialister, læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og socialarbejdere – som er villige til at gå ud af deres kontorer og møde den hjemløse, der hvor han/hun er.

# Væsentlige overvejelser

## Attitude – Metode – Praksis

- a. **Udgående arbejde er en form:** mere end det er en metode, og den kræver, at socialarbejderne er:
- **Åbne**
  - **Opmærksomme**
  - **Imødekommende**

Over for mennesker der ikke har adgang til sundhedsydelser og sociale ydelser

- b. **Godt udgående arbejde er karakteriseret ved:**
- Tilbydes, hvor personen opholder sig - gader, krisecentre, herberger, hjemmet - hvad enten stedet synes velegnet af socialarbejderen.
  - Tilbydes hvis selvom tilgængelighed er et problem.
  - Tilbydes selvom borgeren ikke beder om det.
  - Tilbydes uden at der er brug af en henvisning fra nogen anden service.
  - Uformelt, man mødes som i et personligt forhold.
  - Socialarbejderen er sammen med klienten, ikke en iagttager og tilgangen er ikke-hierarkisk og baseres på relation.
  - Baseret på, at borgeren og socialarbejderen arbejder sammen.
  - At være normalt og en integreret del af det sociale arbejde og ikke en undtagelse.
  - Tilgængelig - dette ses som vigtigere end specialisering.
  - At førsteprioriteten er at etablere et person-til-person hjælpeforhold - hvor tid og ressourcer afsættes til dette.
  - At det tilbydes udelukkende til for at støtte og hjælpe borgeren hen mod social inklusion – og aldrig for at opfylde politiske eller bureaukratiske mål.
  - At være opmærk på at sikre respekt for borgernes værdighed, deres ret til at være anderledes, deres ret til at blive hørt og vise respekt for deres plads og deres tid.
  - At kunne se alle muligheder, både hvad angår borgeren og i forhold til andre væsentlige aktører og tjenesteudbydere
- c. **Ændre praksis til en udgående arbejde**

Vi er som tjenesteudbydere vant til forudsigelige, organiserede (måske behagelige) miljøer, som vi i en eller anden forstand føler, at vi 'ejer'. Effektivt opsøgende arbejde finder imidlertid sted i mindre planlagte, mere spontane måder og ikke mindst i andres rum.

Derude lægges vægt på at etablere et varmt og tillidsfuldt forhold til borgeren end på i første omgang at stille en diagnose eller at indsamle oplysninger.

Opsøgende arbejde kræver, at en socialarbejder kan lytte til en borgers bekymringer og være opmærksom på både deres verbale sprog deres kropssprog. Samt at være fleksibel og imødekommende, kan acceptere deres følelser og ønsker og kan respektere hvad de fortæller før

der handler.

Dette er almindelig god standard for arbejde såvel i social- som i sundhedssektoren, men når arbejdet skal udføres under mindre konventionelle, mindre private og (muligvis) mere farlige omgivelser såsom gaden kræver det mere bevidsthed om kravene end når arbejdet udføres i de normale rammer.

Mennesker, der er hjemløse har oftest behov for flere sektorers indsats samtidigt, som kræver at de samarbejder og støtter hinanden, selvom det måske medfører mindre effektivitet. Samarbejde og koordinering er absolut vigtige for kvaliteten af det opsøgende arbejde. For at undgå unyttig konkurrence mellem de forskellige tjenester der er involveret, eller at borgeren 'falder mellem' tjenesterne, skal samarbejdet bygge på et mandat på ledelsesniveau.

# Socialt og sundhedsmæssigt udgående arbejde

## A. Faser i udgående arbejde

### At finde en borger i nød på gaden

Den opsøgende medarbejder ser når vedkommende bevæger sig rundt i byen ser en person, der kunne se ud som at han/hun er i behov for hjælp. Men det kan også være, at et familiemedlem, politiet, en forretningsdrivende eller en tilfældig borger gør den udgående medarbejder eller en organisation, der arbejder på gaden opmærksom på personen.

### At etablere kontakt:

Socialarbejderne begynder kontakten med at præsenterer sig og beder om lov til at tale med borgeren. Man sætter sig og begynder en samtale, hvis borgeren overhovedet er interesseret i at tale. Kontakt kan til at begynde med være nonverbal og giver begge parter en mulighed for at 'se hinanden an'. Måske over en kop kaffe. Man må væbne sig med tålmodighed og prøver igen en anden dag. At skabe en kontakt kan være en langvarig proces. Det er et ensomt arbejde. At arbejde parvis har sine fordele, men kan af borgeren opfattes som et overgreb.

### At afklare problemerne og lære borgeren at kende

At møde nogen flere gange, selvom det kun er kort tid, skaber grundlaget for at opnå tillid og gensidig forståelse. Møder kan være så korte eller lange, som borgeren ønsker, på en bænk, i en park, på en café. Udgangspunktet for overhovedet at møde den hjemløse med psykiske problemer er selvfølgelig det dobbelte, at på den ene side at have den naturlige forestilling, at vedkommende, som alle andre har krav på et andet liv og på den anden side at acceptere at der er måder at leve på som ikke er i almindelighed synes værdige. Dette kan fremkalde modstridende tanker og følelser hos arbejdstageren. Det kan til tider se ud som om, at denne livsstil er frit valgt, og at man ikke bør blande sig. Men samtidig må det ikke glemmes, at en person kan blive fanget i hjemløsheden på grund af den psykiske lidelse og ikke har valgt af fri vilje.

### At intervenere og tilbyde den rette hjælp

Denne fase begynder oftest med, at man tilbyder den form for hjælp, der er allermest simpel og som der synes allermest behov for. Det kan være at udlevere noget tøj, noget mad eller tæpper og plastic, Eller behandling for nogle grimme skinnebessår. Efterhånden konkretiseres ønskerne og der kan skrives anmodning om bi-standshjælp og eventuelt pension, søges om sygesikringsbevis, laves ansøgning om bolig eller skaffes en midlertidig bolig. Der kan opnås tilladelse til at der tages kontakt til andre mere etablerede hjælpeforanstaltninger som socialkontoret, det psykiatriske hospital, familien, eller andre hjælpeorganisationer. En samlet og målrettet indsats kan begynde at tegne sig. Gerne og helst i et samarbejde mellem den enkelte og de øvrige institutioner og organisationer, der har et ansvar.



## Vedholdende støtte og kontakt

Når borgeren kommer fra gaden i en eller anden form for bolig vil vedkommendes behov for støtte ændre sig. De konfliktuelle forhold, der i sin tid var med til at udstøde opstår selvfølgelig let igen. Det er derfor vigtigt at bevare kontakten og være med til at sikre, at disse oftest simple konflikter ikke får lov til at udvikle sig.

## Afslutte kontakten

Det er en kunst at afslutte kontakten på det rigtige tidspunkt. Det er vigtigt at tage i betragtning, at forholdet til borgeren kan være det eneste væsentlige relation, vedkommende har haft i mange år. Så skal afslutningen af kontakten med borgeren må planlægges i god tid, så borgeren får tid til at vænne sig til at noget nyt er på vej. En god afslutning kan hjælpe med til at sikre, at hvad der er opnået ved det udgående arbejde ikke går tabt. Kontakten bør for nogles vedkommende fortsætte på et lavere intensitetsniveau i mange år. For eksempel i form af besøg et par gange om året eller mulighed for at kontakte teamet telefonisk. Under alle omstændigheder er det vigtigt at give mulighed for en langsom udfasning, mens andre overtager kontakten og hjælpen.

## B. sundhedsarbejderes rolle i gadeplansarbejde.

Alle, der arbejder med mennesker på gaden, skal være opmærksomme på principperne i opsøgende arbejde og have kendskab til de praktiske måder at arbejde på. De skal være i stand til at etablere et positivt og hjælpende forhold til et mennesker, der er hjemløs.

### Sygeplejersker:

- Kan arbejde direkte med en persons hygiejne, pleje, motivation, evaluering af eventuelle helbredsmæssige problemer, samt foretage vurdering af styrke og sårbarhed.
- Kan arbejde som formidlere mellem borgeren og det almindelige sundhedsvæsen (hospital og praktiserende læge) ikke mindst for at afklare og oversætte det medicinske sprog til borgeren.
- Kan støtte opfølgende behandlinger og medicinske aftaler, både gennem direkte ledsagelse og gennem at afklare og afhjælpe bureaukratiske forhindringer.
- Kan mødes regelmæssigt med personen.

### Psykiatriske sygeplejersker:

Kan møde borgeren regelmæssigt

- Foruden rollen som generalistsygeplejersker, arbejder den psykiatriske sygeplejersker i en specialistrolle, uanset hvilken sted borgeren opholder sig.
- Kan udføre brobygning til sundhedsvæsenet på baggrund af det gensidige tillidsforhold, der er etableret med borgeren
- Retningslinjerne for arbejdet må være at følge borgerens krav, ønsker og behov uden at være forudindtaget og at sætte tidsbegrænsede mål. Det gøres ved hjælp af en proaktiv tilgang og at tænke helhed og værdighed ind i arbejdet.

### **Alment praktiserende læge: Deltager på gaden for at:**

- Forbedre borgerens engagement i forhold til sundhedsydelserne
- At nedbryde hindringer som bygger på mistillid på grund af tidligere dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet
- Giv klinisk rådgivning i ikke-akutte forhold

### **Psykiater: Deltager på gaden for at:**

- 
- Hjælpe med til at forbedre borgerens vilje til at modtage hjælp
- Vurderer en om der er en eventuel psykiatrisk lidelse, stille diagnose og beskrive tilstanden
- Foretage ikke-akutte og akutte (tvangsindlæggelse) interventioner, om muligt
- Letter adgang til psykiatriske ressourcer, hvad enten det er på hospitalet eller ej.

### **Psykolog: Deltager på gaden for at:**

- Være med til at etablere god relationer med borgeren
- At stille afgive en psykologisk rapport .
- Støtte og rådgive teamet om de psykologiske aspekter af deres daglige arbejde med borgeren

**Socialarbejdere:** deltager ligesom sygeplejerskerne. Vil ofte fungere som sagskoordinator og møde borgeren regelmæssigt for at:

- Udfører det sociale arbejde
- Deltage som brobygger til såvel sundhedsvæsenet og de sociale tjenester

### **Spørgsmål, der skal overvejes i forbindelse med at flytte i bolig:**

- At være aktiv i forhold til at opretholde kontakten med borgeren
- At være opmærksom på de paradoksale farer der er ved at flytte til en bolig - f.eks. lavere aktivitetsniveauer som kan øge risikoen for blodprop
- Øget risiko for overdoser (alkohol eller andre stoffer) på grund af manglende opmærksomhed fra andre på grund af det privatliv, som jo er ønskeligt i sig selv

### **Ensomhed**

At skabe, informere og støtte at der etableres et netværk af social- og sundhedsfagfolk fra det normale system, der er i stand til at følge disse patienter og yde fortsat hjælp når det er nødvendigt.

# Udfordringer

## I forhold til de hjemløse

- 'Ildslukning'. Det sker ofte at man fokuserer på at gøre noget ved de umiddelbart påtrængende behov uden at forholde sig til de underliggende problemer. Risikoen ved det er, at den hjemløse bliver ved med at have de underliggende problemer og med det bliver afhængig af hjælpen,
- Gentagne akutte sociale og sundhedsmæssige uden at de underliggende forhold ændres
- Afvisning af hjælpen, endda afvisning af overhoved at mødes med og tale med socialarbejderen
- By-hygiejne. Hjemløse fjernes fra dele af byen af politiet eller andre myndigheder uden anden indsats
- Frygt og mistro. Hjemløse tør ikke stole på nogen form for autoriteter

## I forhold til gadeplansarbejdere:

- Skuffelse. Trods gode indsatser mister man kontakten med den hjemløse eller han/hun afgår ved døden
- Institutionelle barriere. Klinikkers og kontorers åbningstider, vanskelige adgangsforhold
- Konkurrence mellem NGO'er og de offentlige tilbud. Forskellige kulturer, mistillid ved samarbejde og organisationernes selvovervurdering
- Mangel på gensidighed i forhold til at give og modtage
- Tid, travlhed og manglende ressourcer begrænser mulighederne for længerevarende indsatser
- Stigmatisering af de hjemløse på gaden. De kan blive set som nogle der ikke kan hjælpes eller ikke fortjener hjælp.

## Samarbejde og koordination

Af indgå i netværk og at samarbejde er grundlæggende vigtigt både på organisationsniveau og i forhold til hver enkelt sag. Desværre er det sådan at systemet fremmer konkurrence mellem de forskellige serviceydelser.

Konkurrence      Samarbejde      Koordination

### Konkurrence

Konkurrence er en næsten naturlig del af organisationernes måde at tænke på i forhold til finansiering og antal brugere. Det kan være med til at øge den faglige standard. Men, det meste arbejde men mennesker, der er hjemløse har brug for andet end effektive metoder i en enkelt organisation. Det er vigtigere at der er gode samarbejdsrelationer.

### Samarbejde

Samarbejde er det mest rationelle redskab i forhold til komplekse problemer hos mennesker med hjemløshed og psykisk sygdom. Ideelt er samarbejde mellem to eller flere enheder, såvel private som offentlige. Det vil sikre bedre indsatser end det en enkelt organisation kan tilbyde, hvad angår

kvalitet og bedre arbejdsmiljø.

I et samarbejde deler man kundskab og viden, informationer og ressourcer og vælger et fælles mål.

Da det er sandsynligt at samarbejde går imod organisationens instinkt, er samarbejde ikke bare noget der sker. Det kræver formelle godkendelser og aftaler. Samarbejde må planlægges, være struktureret og monitoreret – og rette sig mod resultater.

### **Koordinering**

Koordinering mellem forskellige organisationer kan samle indsatsen og forhindre dobbeltarbejde, og dermed skabe komplementaritet mellem de forskellige organisationers faglighed. Dermed skabes der forskelligsidige løsninger på de fælles indsatser.

# God praksis

## Specifikt udgående arbejde

### Faser i udgående arbejde

#### 1. forberedelse til mødet med borgeren ude i gaden

- Indsamle så mange informationer som muligt før den første kontakt
- Involvere et flerfagligt team sammensat af mindst en koordinator, social- og sundhedsarbejdere og både frivillige og professionelle
- Planlægge et forløb for indsatsen
- Vælge en medarbejder som har det særlige ansvar for kontakten til den hjemløse. Det kan være praktisk at der er to om den funktion, så de kan afløse hinanden under ferie og sygdom.

#### 2. Planlægge det møde ude i gaden

- Der bør afholdes et møde, hvor risiko, muligheder og selve arbejdets form ved mødet med den hjemløse diskuteres

#### 3. Opfølgen på recovery.

- Der bør løbende afholdes møder for at monitorere forløbet

### God praksis i udgående og opsøgende arbejde:

**Tid:** Det første man skal gøre i det opsøgende arbejde er at glemme sin egen tidsfornemmelse og hvordan socialt arbejde almindeligvis fungerer. Den tidsfornemmelse man får af at arbejde i rationelle systemer, hvor man kan aftale at noget er færdigt til en bestemt tid, hvor mødetider bliver aftalt og overholdt, og hvor man "udnytter" tiden bedst muligt. I opsøgende arbejde på gaden må man overgive sig til "den tid det tager" - eller nærmere overgive sig til den tid, som personen kræver.

**Tålmodighed:** Det kan tage uger og måneder at komme tæt på et andet menneske, og går man på gaden med en forventning om at opnå et bestemt resultat bliver man kun skuffet. Igen er det vigtigt at sætte sig selv til side og skubbe grænserne for ens egen tålmodighed, og lade den anden bestemme tempoet. Et afslag behøver ikke at være et afslag - hvis man har tålmodighed til at vente.

**Opmærksomhed:** Man må vise respekt og have opmærksomheden rettet mod borgerens egne ønsker og behov

**Tillid:** Tillid skal bygges op. Det er aldrig nok at gå på gaden med gode intentioner, for dem har gadens mennesker mødt hele livet - i institutioner, hos velmenende socialarbejdere og så videre. At opbygge tillid hos mennesker, der har mistet den, kræver lidt mere. Det kræver nemlig at sætte sig selv i anden række. At bruge tid og tålmodighed på at lytte, ikke at være fordømmende, og ikke presse egne krav og forventninger ned over hovedet på folk. Har man tid og tålmodighed til at

vente, kommer tillidserklæringen af sig selv.

**Troværdighed:** Troværdighed hænger sammen med tillid, og kan også kun opbygges gennem tid og tålmodighed. Mennesker der lever på gaden har mødt mange hjælpere over tid- og er stadig på gaden. Troværdighed er noget der opstår mellem mennesker, og det vigtigste er ærlighed både over for sig selv og overfor den man møder på gaden.

**Timing:** "Det rigtige tidspunkt" er essentielt i opsøgende arbejde, og igen skal man lade sig selv træde i baggrunden. Det rigtige tidspunkt for kontakt er når den anden ønsker det; det rigtige tidspunkt for at søge om pension er når den anden ønsker det osv. Igen kan man ikke medbringe sine egne ønsker og handleplaner, men må time sin støtte og kontakt når den anden er parat.

**Turde:** Den opsøgende medarbejder skal turde bryde nogle personlige grænser. Rent praktisk handler det om at turde nærme sig en kontaktafvisende person og om at turde komme igen efter et afslag.

**Modstandskraft:** Holdningsmæssigt skal den opsøgende medarbejder turde lægge sin person og profession til side - og turde give det andet menneske ansvar for sit liv.

**Minimere hierarkiet:** Lægge den professionelle holdning til side og mød borgeren som et menneske, så der kan etableres en ligeværdig en kontakt som muligt.

**Nysgerrighed:** Vær ærligt optaget af at forstå det andet menneske.

**Supervision:** Opsøgende gadeplansarbejde er krævende. Man kan føle sig alene og man kan føle at man mister det kollegiale samvær. Derfor bør ingen organisation eller projekt, der arbejder med opsøgende og udgående arbejde være uden at sikre medarbejderne en velorganiseret og regelmæssig supervision.

### **Projekt UDENFOR, København**

Projekt UDENFOR udfører opsøgende og udgående socialpsykiatrisk arbejde primært i København, men også andre steder i landet. Organisationen beskæftiger sig med marginaliserede grupper, hjemløshed, stof- og alkoholmisbrug og psykiske lidelser. projekt UDENFOR er en ikke-profit organisation etableret i 1996 og organiseret som en fond i 1999.

#### **Målene er:**

- At forbedre tilværelsen for socialt udsatte gennem at identificere og dokumentere faktorer som fører til social udstødelse og forebygge yderligere udstødelse
- At formidle viden om sådanne faktorer og sikre forebyggelse af udstødelse af borgere og forbedre tilværelsen for de der allerede er udstødte
- At udvikle metoder i arbejdet med mennesker, der er socialt udstødte
- At udføre gadeplansarbejde og derigennem forbedre de sociale livsvilkår og helbredet for socialt udsatte

Aktiviteterne i projekt UDENFOR skal arbejde med forskellig faglig baggrund, svarende til behovene hos mennesker, der er hjemløse

### 'Infirmiers de rue', Bruxelles (gadesygeplejersker).

- Et sundheds- non-profit projekt, der arbejder med at opsøge og at få de mest sårbare hjemløse mennesker i Bruxelles gader under tag.
- Organisationen har udviklet en specifik tilgang baseret hovedsageligt på hygiejne, medicinsk behandling og vurderer ressourcer og talent hos de borgere de møder.
- Hold på to sygeplejersker går ud i gaden for at møde hjemløse og øge opmærksomheden omkring vigtigheden af hygiejne som grundlag for trivsel og inklusion, og for at hjælpe dem trin for trin i en proces til at genvinde godt helbred og evne til egenpleje.
- Samtidig er de opmærksomme på behov for medicinsk behandling og de behandler mennesker på stedet når det er nødvendigt, men prøv så meget som muligt at bringe dem videre til det almene sundhedsvæsen og støtte dem i at fortsætte eventuel behandling dér.
- I kontakten med borgerne lægges der meget vægt på at finde og støtte deres evner, ressourcer og ønsker for at fremme deres selvtillid.
- De udfører regelmæssigt træning af andre gadeplansmedarbejder, om vigtigheden af at arbejde med helbredet og egenpleje, hvordan man taler om det, og hvordan man udfører det. Grundlæggende sigter træningen mod at socialarbejderne ser sundhedsydelse som et nyttigt værktøj i deres arbejde, snarere end som en hindring.

# Case

## Psy-med-soc Team of Ostello - Termini. Et herberg tæt på Termini Station i Rom

**Baggrund og kontekst:** Det denne case drejer sig om skete i en vinterperiode med kommunal nød-kold-alarm (november- marts). Sådant en nødalarm fører til dels et øget antal nat-senge til hjemløse og dels et øget antal af mobile enheder til gadeplansarbejde.

**Rapport:** Politiet rapporterede til kommunens sociale service om en kvinde, af en vis alder som levede på gaden under ynkelige forhold, og som afviste enhver form for kontakt og dialog. Mobil enhed: Den mobile enhed 'Coop Soc X', som er sammensat af en frivillig (chauffør), en socialarbejder og underviser, blev sendt ud for at vurdere situationen.

**Første møde:** Socialarbejderen forsøgte forsigtigt at etablere en kontakt, et par ord. Kvinde var i en helt åbenlys tilstand af elendighed med et inficeret sår på benet. Hun nægtede at tale, reagerede ikke på deres hilsen og svarede ikke på spørgsmål. Hun reagerede heller ikke på et tilbud om en varm drik, så den blev efterladt ved siden af hende. Teamet sagde godnat, og at de ville komme igen næste dag.

**Evaluering og kort rapport:** Vurderingen var, efter denne første kontakt, at hun havde et påtrængende og alvorligt helbredsmæssigt problem, der skulle gøres noget ved hurtigst muligt. Hun havde ingen penge, med en utilstrækkelig beklædning og uden en bolig. Hun var i dårlig helbredsmæssig tilstand og modtog ingen behandling for såret på benet. Hun var ikke været i stand til at holde sig selv ren og havde ikke nogen ejendele der gjorde det rimeligt at sove ude i en kold nat. Disse information blev delt med andre nattjenester, der hovedsageligt opererede omkring centralstationen, et område hvor mange hjemløse holder til.

**Team møde** i herberget med deltagelse af en læge. Sagen blev vurderet som presserende og en socialarbejder fik ansvaret for det videre forløb. Det umiddelbare mål blev aftalt til dels at arbejde på hurtigt at skabe en god relation til kvinden og dels til at prøve at overbevise hende om at komme væk fra gaden og at acceptere behandling for såret på sit ben.

**Plan:** Der blev aftalt hyppige efterfølgende møder, hvor socialarbejderen kunne få støtte til at vinde kvindens tillid, og forhåbentlig få hende til at acceptere, at der bliver lagt forbindelser på benet at medarbejder fra herbergets sundhedsteam, for at undgå koldbrand og eventuel amputation.

**Resultater & opsummering:** Efter det næste møde accepterede hun at der blev lagt forbindelser af sygeplejerske fra herberget. Det foregik på herberget og hun blev på herbergets sygestue og sov siddende på en stol. Derefter flyttede hun til et fire-sengs værelse - og ironisk nok klagede hun over, at de andre gæster ikke var rene nok.



Så på trods af hendes første afvisning at det opsøgende team, var hun efter omkring 10 ugentlige besøg villig til at acceptere medicinsk behandling af såret på sit ben og indkvartering i et herberg.

**Konklusion:** Den indledende proces med det opsøgende og involverende sociale arbejde – at møde, at lytte, at hjælpe og at yde grundlæggende hjælp (den varme drik) – sikrede at en ukendt hjemløs kvinde fik den hjælp hun havde behov for.

**Spørgsmål:**

- Hvilke styrker og risikofaktorer finder du i det beskrevne forløb?
- Hvad kan være de kritiske øjeblikke i processen?
- Kan du ud fra din erfaring forestille dig en anden måde at gribe ind på? Hvis ja, kan du beskriv den?



Netværk

# Introduktion

Det er altovervejende forbundet med at være hjemsløs, at have flere samtidige problemer, som kræver flere samtidige indsatser. Det kræver også ofte og samtidigt flere forskellige organisationer og myndigheder at yde deres særlige indsats samtidigt.

Yderligere er det ofte sådan, at en hjemsløs sjældent direkte og i klare vendinger udtrykker ønske om at få gjort noget ved sin situation. Behovet bliver oftest påtrængende når den fine balance mellem at klare sig og ikke gøre det bliver ustabil.

Derudover er det ofte andre borgere, myndigheder som fx politiet der retter henvendelse om en hjemsløs, der er i nød.

Det betyder at hjælpen ofte til at begynde med må være akut og uspecifik, selvom det er specifikke problemer der ligger bag.

## **Kompleksitet**

Et eksempel: en borger ser en person, der kunne se ud som at være hjemsløs, i sin påklædning og adfærd. Han/hun er måske også påvirket af alkohol eller andet rusmiddel eller virker psykisk syg, så vedkommende har en ejendommelig adfærd eller virker forvirret eller truende.

Det vil ofte være sundhedsvæsenet, der er de første der tilkaldes i form af en ambulance og vejen går så til hospitalets akutmodtagelse, hvor kompetencen til at se og forstå borgerens komplekse problemer.

Hvis den hjemløse indlægges til videre behandling vil han møde et system af eksperter, men modsat de fleste andre patienter har han/hun ikke et privat netværk af familie og venner, der besøger og tager sig af praktiske dagligdags problemer der kan opstå under en indlæggelse.

Derudover kan forhold, der ikke er direkte relateret til det specifikke sundhedsproblem ofte ikke løses på grund af administrative eller praktiske grunde. Det kan ramme alle, men ikke mindst rammer det det voksende antal af hjemløse migranter.

Hvis nu man havde tilkaldt organisationer der arbejder på gadeplan med socialt arbejde, [oversætters tilføjelse: det kunne være Sociolancen] kunne forløbet have været, at borgeren var blevet tilbudt plads på et herberg, hvor indsatsen med udgangspunkt det faktum, at det drejede sig om en person med tunge sociale problemer kunne koordineres med andre fagområder.

Det ville altså i sig selv ikke være nogen varig hjælp, hvis en herbergsplads var den eneste ydelse. Måske endda tværtimod.

## Forskellige aktører der kan involveres

Ovenstående viser, hvilke forskellige professionelle og myndigheder der kan være behov for at involvere:

- Sundhedsvæsenet
- Politiet
- Retsvæsenet
- Sociale myndigheder
- Ambassader
- Frivillige organisationer

Det vil nogle gange, for ikke at sige ofte, være sådan at ingen af disse alene vil føle at de har ansvaret for den hjemløse borger, som risikerer at blive en kastebold mellem dem.

Netværksarbejde er flerlaget

Netværksarbejde er en "proces, der fremmer udveksling af information, ideer og praksis blandt personer eller grupper, der deler en fælles interesse" (<https://www.investopedia.com/terms/n/networking.asp>).

Netværksarbejde betyder at optimere ressourcer og kompetencer og at undgå modstridende eller overlappende indsatser.

### At etablere et netværk vil ofte:

- Give mulighed for en mere omfattende og sammensat forståelse af problemet.
- Give mulighed for at yde en bedre hjælp.
- Gøre alle relevante involverede opmærksom på deres del af ansvaret, og at acceptere at ansvar deles mellem alle de involverede organisationer.
- Kunne støtte organisationerne i valg af måde at hjælpe på.
- Kunne støtte kontinuiteten i arbejdet.
- Hjælpe med at overvinde begrænsningerne i de enkelte organisationer.
- Hjælpe med at undgå huller i forløbet.
- Hjælp de enkelte organisationer med at fortsætte indsatsen. De føler sig ikke alene med problemerne, og dermed bedre rustet til at fortsætte indsatsen

### Strukturelt og operativt netværksarbejde

At tale om et netværk indebærer to forskellige niveauer - det strukturelle og det operative. På det strukturelle niveau deltager hele organisationen i et netværk i en eksplicit og aftalte form. Netværket kan bestå af formelle og uformelle institutioner, og statslige og ikke-statslige. På det operative niveau udgøres netværket af professionelle og frivillige, der arbejder i organisationen, som er med i netværket, og som er direkte involveret i den konkrete sag.

Som sagt skal disse to niveauer hænge sammen. Det operative niveau, i form af det praktiske arbejde, udføres på baggrund af de strukturelle netværksaftaler, og sikrer at de værdier, som parterne deler, overholdes.

## Begrundelse for at arbejde i netværk

### A. Begrundelser relateret til borgeren

Den hjemløse er af gode grunde ikke i stand til selv at skabe et sådant netværk til at hjælpe sig. Han/hun har brug for en anden til at oprette forbindelserne mellem de forskellige serviceudbydere og give den nødvendige individuelle støtte. Socialarbejderen kan sikre at de relevante informationer deles, kan koordinere, henvise og ledsage den hjemløse.

### B. Begrundelser relateret til samfundet

- Borgeren har multiple sociale og helbredsmæssige som ingen enkelt service kan eller bør have kapacitet til at levere
- Borgeren har, helt fra tidspunktet hvor indsatsen begynder og måske over lang tid behov for hjælp på forskellige tidspunkter og forskellig art. Den opgave kan være svær at klare alene
- Der opstår ikke sjældent situationer hvor det hele bliver ganske svært, kompliceret eller vanskeligt, og her er det godt at kunne dele ansvaret mellem flere organisationer og forskellige medarbejdere
- Det kan tage længe at komme sig. Derfor er det godt at der deles om opgaven
- De forskellige organisationer der være i stand til at arbejde samme:
  - Uden at udføre det samme arbejde to gange (komplementaritet).
  - Uden at udføre modstridende arbejde (sammenhæng).
  - At sikre, at alle relevante behov imødekommes korrekt (tilstrækkelig).

# Væsentlige overvejelser

## Netværksarbejde som en mulighed

- At være med i et netværk kan give mulighed for:
- At undgå følelsen af at arbejde alene og ikke at være kvalificeret, som det ofte sker at man føler ved gadeplansarbejde
- At være mere opmærksom på hinandens opgaver og værdier, sprog, værktøjer og vanskeligheder
- At føle sig synlig og værdsat
- At have overskud til aktivt at arbejde med komplicerede problemer sådan som hjemløshed
- At forebygge forsvarsreaktioner
- At undgå udbrændthed
- At undgå unødvendige gentagelser og overlappning i arbejdet, som fx mislykkede udskrivelser pga. manglende planlægning, utilstrækkelig dokumentation osv.

## At opbygge et netværk

Det at opbygge et netværk kan ikke gøres uden videre, det kræver både vilje og vedholdenhed. Det første det kræver er at finde 'knuderne' i nettet, det vil sige de organisationer som deler opgaver og visioner med ens egen organisation.

### Det er vigtigt, at:

- Kende de roller som hver især arbejder ud fra: deres mission, kompetencer, begrænsninger og værdier
- Respektere samarbejdspartnerne
- Anekende de frivillige hvis indsats er vigtig men som ikke er en fast del af organisationernes struktur
- At være klar til at sikre at processen fører til fælles mål og evnen til at skabe velkoordinerede opgaveløsninger

I den første fase i opbygningen af et netværk vil man ofte føle sig mistænksomme over for den anden organisation, eller misforstået, eller endda undervurderet. Der vil rejse sig spørgsmål om hvem der bliver pålagt fleste pligter og mest ansvar, og hvor meget man mister af retten selv at tage beslutninger. Det er en følsom periode ved begyndelsen af et samarbejd, hvor målet er at skabe en følelse af gensidig tillid og at opbygge en "win / win" situation.

En "win / win"- tilgang hviler på strategier, der kræver at man gør sig det underliggende behov, anerkendelse af individuelle forskelle klart. At man er åben for at forstå og at tilpasse ens egen position, svarende til det at dele information og holdninger. At man går efter problemet, ikke medarbejderne. Hvor begge parter vinder og begge parter er bundet til løsning, og hvor de føler sig engagerede i arbejds måden, fordi den faktisk passer til dem hver især.

## Netværksarbejde internt i organisationen:

Det er ikke altid indlysende at det er sådan, men det kan være ganske svært at netværksarbejde inden i en organisation af de samme grunde som at netværksarbejde med andre organisationer. Individuelle færdigheder kan være meget specifikke, sådan at medarbejder ser deres egne kompetencer som 'deres silo' og ikke synes at have behov for andres viden. Der kan opstå usikkerhed om grænserne mellem de roller hver professionel spiller og endda mistillid mellem forskellige dele af organisationen.

Flere færdigheder kan bidrage til evnen til at sikre samarbejdsnetværk inden for organisationen:

### 1. At tale sammen:

Der skal være et sted, hvor møder og diskussioner kan finde sted - ikke kun i korridorerne. Det skal være en del af kulturen, at sådanne samtaler finder sted - og at folk af forskellige kompetencer taler med hinanden. Det skal ses som normalt og ikke som noget særligt (fx skal en sygeplejerske eller socialarbejder kunne tale med en læge på lige vilkår om en borger de begge har noget at gøre med). Dette indebærer en holdning af respekt for andre professionelle og ikke-professionelle medarbejdere og for forskellige grader af erfaring. Medarbejderne er nødt til at erkende, at de alle er en del af løsningen, og at alle har et syn på borgerens problemer og skal høres.

### 2. At fastlægge fælles mål for borgeren:

Alle parter er nødt til at enes såvel implicit som eksplicit om målene. Det kan være generelle mål: *"for borgere, vi møder i vores organisation forventer vi at nå det eller det"* og det kan være meget specifikt: *"for denne borger, er vi enige om, at vi skal sigte mod x, men ikke for øjeblikket sigter mod y."* Undertiden er man nødt til at opstille midlertidige mål for borgeren, hvis han eller hun selv er uklar på sine mål.

### 3. Deling af oplysninger:

Nødvendige oplysninger skal deles - ikke nødvendigvis alt, men bestemt det, der er nødvendigt for at hjælpe borgeren [oversætters tilføjelse: lovgivningen på området skal overholdes!]

### 4. Sammen om arbejdet:

Medarbejdere skal erkende, at de ikke kan være tilgængelige hele tiden, alle ugens dage og døgnet rundt. Der skal være en anden medarbejder i organisationen der kan tage over om nødvendigt.

### 5. Komplementaritet:

Samarbejde fungerer bedst, når det er helt klart for alle parter, hvad samarbejdspartnerne har til fælles, hvad de hver især gør forskelligt, og hvordan man trods disse forskelle kan arbejde effektivt sammen.



## 6. Leder eller case-manager:

Det skaber bedre samarbejde og dermed resultater, når der er en medarbejder, der tager ansvar for forløbet for hver enkelt borger.

### Netværksarbejde mellem forskellige organisationer:

Det er noget mere vanskeligt og tidskrævende at arbejde med netværk uden for en institution. Det er skal passe ind i hverdagens opgaver, det tager tid og energi og kan skabe konkurrence, misforståelse og fordomme.

Organisationerne bør være opmærksomme på, hvor nyttigt det er at tage denne opgave alvorligt og eksplicit anerkende det, som en del af det daglige arbejde. At have en person i teamet der specifikt er ansvarlig for at opbygge og vedligeholde netværk, vil hjælpe organisationen med at sikre tid og ressourcer til opgaven. Det kan endda spare andre medarbejders tid.

### Egenskaber ved effektivt netværksarbejde:

1. **Klare informationer om, hvad der er muligt:** at være klar over hvad partnerne kan gøre, hvor de arbejder og hvordan man kontakter dem. Det kan tage et stykke tid at kende alle netværkets-muligheder. \
2. **At dele informationer:** der skal være enighed om, hvilke oplysninger der kan deles og hvilke der ikke kan. Når der deles mellem organisationer må man være opmærksom på lovgivningen omkring fortrolighed. I det hele taget bør man altid kun dele de informationer, der er absolut nødvendigt for at løse opgaven.
3. **Klarhed over hvem der gør hvad:** alle, der er involveret i partnerskabet, skal kende opgavens art og hver især bidrag til indsatsen.
4. **At være fælles om målene:** det er lettere at koordinere indsats og handlinger, hvis alle er enige om det specifikke fælles mål.
5. **Win-win-indsatsen:** Netværksarbejdet fungerer bedst, når begge organisationer også har deres egen særlige interesse i at samarbejde. Dette opnås, når der er en klar komplementaritet mellem de deltagende tjenester. En "win / win" -tilgang er afhængig af:
  - a der er opmærksomhed om de underliggende behov
  - b man anerkender af de individuelle forskelle
  - c man er åben for at tilpasse sine synspunkter i lyset af ny information
  - d at man arbejder med problemet.
  - e at begge institutioner vinder, når opgaven, der passer til dem

# Udfordringer

## Netværksarbejdes problematikker

Der er flere problemer ved netværksarbejdet der kan risikere at skade den gode effekt. Forskellige professionelles forskellige værdier, kulturer og sprog kan forhindre deling af mål som det ellers har været aftalt mellem parterne.

Magtbalancen mellem offentlige og private organisationer kan kompromittere samarbejdet. I nogle tilfælde ser man, at de medarbejdere der repræsenterer en organisation ikke har den fornødne beslutningskompetence og dermed svækker netværket.

Antallet af deltagere kan også udgøre et problem. At være 'for mange på båden' kan påvirke beslutningstagningen

Dårligt kommunikationsflow, et begrænset eller kun delvis informationsniveau og dårlig koordinering mellem organisationerne kan i alvorligt grad påvirke kontinuiteten i enhver plan, men især hvis den er langsigtet.

Tendensen til at give alt ansvaret til den, der faciliterer netværket (meta-organisationen) kan udvikle sig til en belastning for netværket.

Selv hvis netværksarbejdet fører til gode eller i hvert fald rimelige beslutninger, kan resultatet mislykkes ikke der er en case-manager i frontlinjen, der har ansvaret for at lede og overvåge indsatsen.

I nogle tilfælde kan hullet mellem det strukturelle og det operative niveau skabe

problemer. Det strukturelle niveau bør fastholdes som en ramme, der giver bevidstheden om at være i stand til at overvinde grænser, der ellers er uovervindelige takket være de forskellige institutioners deltagelse. Hver gang det strukturelle netværk i urimelig grad fastholder bureaukratiske krav, går ind i magtkampe, viser mangel på samarbejdsvilje og mangel på en fælles forståelse kan der udvikle sig en alvorlig trussel mod hele funktionen af netværket. Det kan påvirke det operative niveau.

Beskyttelse af personoplysninger (General Data Protection Regulation, UE 2016/679) kan være en kompleks sag at styre med flere involverede organisationer med behov for at dele data.

Udfordringerne kan forebygges Netværk opbygges trin for trin. Der skal etableres en gensidig forståelse, og det kræver ikke kun udveksling af formel oplysninger, men også møder af mindre formel art.

Det er vigtigt at alle parter er med til møderne og at der efterfølgende skriftligt refereres hvad der er diskuteret under mødet og hvad der har været mødets resultater.

Der må være plads til fleksibilitet, fx i form af ikke-planlagte møder i forbindelse med pludselige og uforudsete begivenheder.

Møderne og kommunikation bør foregå frit og være både 'top down' og 'bottom up'.

Enhver medarbejder, der deltager som repræsentant for sin organisation, skal have mandat til at træffe beslutninger på vegne af organisationen.

Der bør udformes et aftalememorandum mellem netværkets organisationer. Dette skal normalt være en egentlig kontrakt, men et dokument, der gør det klart for alle berørte parter, hvad de kan og kan ikke forvente af hinanden. Dokumentet kan med jævne mellemrum ændres, når der er behov for det.

Det er en god vane at der i netværkets rutinerne er indbygget, at man besøger hinanden på de steder man arbejder. Det kan være på gaden for sygeplejersker, læger, socialarbejdere, på kontorerne for koordinatorene og sammen besøger de hospitaler, klinikker herberger og varmestuer som man samarbejder med.

Når netværksdeltagerne deltager i fælles undervisning og træning styrkes sammenholdet og forståelsen af hinandens arbejdsformer på både på administrativ- og praksisniveauet.

At der oprettes af klare protokoller og dermed et delt fælles 'rum', hvor kontakter og kommunikation kan ske hurtigt og effektivt og uden forsinkelse.

# God praksis

## Forslag

- Orientering når borgeren bliver bedre fungerende til samarbejdspartnerne styrker engagement i samarbejdet.
- Særligt tæt samarbejde mellem netværkspartnerne kan i visse tilfælde være nødvendige for det gode samarbejde, en bør altid aftales i en ånd af ligeværdighed.
- Hver partner skal seriøst påtage sig ansvaret for sin del i samarbejdet.
- Koordinering af indsatsen er og skal være et redskab til at forbedre borgerens tilstand og absolut ikke kun en måde at styre arbejdet på.
- Nødvendige oplysninger og kun nødvendige oplysninger skal deles.
- Tillid skabes gennem at samarbejdspartnerne viser, at de er i stand til at gøre, hvad de lover.
- Win-win-modellen maksimerer involveringen af hver partner.
- Samarbejdspartnerne må give sig tid til at præsentere sig for hinanden når de mødes i et konkret samarbejde.

## Hvem skal involveres

Et godt samarbejde mellem nogle få dedikerede organisationer er mere effektivt end mange deltagere, der er mindre dedikerede, men:

- ~~Et vist antal partnere er nødvendigt for ikke at risikere overbelaste den enkelte organisation med vanskelige forløb~~
- Forskellige ydelser er nødvendige fordi den samme form for hjælp ikke passer til alle borgere
- Der bør arbejdes med at afprøve nye veje og nye metoder

# Case

## Et konkret eksempel: NPISA i Lissabon

Dokumentet, NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção com Pessoas Sem-Abrigo) blev vedtaget som den nationale strategi for hjemløse, og offentliggjort i 2009 af det Socialministeriet. På baggrund af dokumentet blev flere NPISAS'er oprettet i forskellige regioner i landet. NPISA i Lissabon blev oprettet i 2015. Det havde taget flere år at forberede oprettelsen. Det var foregået som et samarbejde mellem Lissabon Kommune, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa og Socialministeriet samt andre ngo'er og foreninger, der arbejder med hjemløse i byen.

NPISA ejer en bygning, hvor alle organisationer er repræsenteret, og hvor de hjemløse kan vurderes for behov. Arbejdet med opsøgende teams fra forskellige organisationer foreninger bliver organiseret og planlagt sammen. Det drejer sig om tildeling af områder, ansvar, sagsbehandlere. Her deles også information og ressourcer. Den borger, der søger om hjælp taler samtidigt med en socialarbejder og en psykolog. På dette møde aftales skitsen til en plan for den videre indsats svarende til borgerens behov og uanset om der er tale om at de er fysiske, psykiske, bolig-mæssige eller angår arbejde. Recoveryprocessen understøttes derefter af alle partnere i netværket, som herefter kan kommunikere direkte mellem sig og planlægge interventionerne sammen.

Dermed reduceres tidsforbruget og omkostninger i væsentlig grad ligesom de bureaukratiske hindringer reduceres. At yde hjælp gennem et netværk af tjenester gør positive resultater mere sandsynlig, og de uundgåelige fiaskoer mere tålelige.

## Case: Filipe, CHPL Lissabon

Filipe var en 40-årig, høj, sort, hjemløs mand, der havde boet på gaden i årevis, i Lissabon i det kvarter hvor han var vokset op, og hvor hans søster og bror stadig boede i familiens hus. Hans forældre var døde. Søsteren var det eneste velfungerende medlem af familien. Hun var fysioterapeut (deres far havde været sygeplejerske), og tog sig egenhændigt af en teenagesøn og hendes to brødre, Filipe og en anden bror havde været arbejdsløs i årevis. Mens Filipe nægtede at gå hjem og derfor sov på gaden, nægtede hans bror at gå ud og havde lukket sig inde på sit værelse i årevis.

Filipe var anledning til stor bekymring i lokalsamfundet. Han drak stærkt og var så ligeglad med sig selv, at man ofte så ham have afføring, mens han gik! Han var tidligere blevet diagnosticeret som skizofreni præget af betydelig bevidsthedsforstyrrelser.

På det psykiatriske hospital i Lissabon, hvor man havde regelmæssige møder hver 2. uge, for at diskutere sager, hvor der var særlig bekymring for hjemløse med psykiske helbredsproblemer, hørte man om ham gennem et kommunalt opsøgende team. Derefter begyndte hospitalsteamet regelmæssigt at besøge denne familie.

En lokal kirkegruppe var meget involveret i sagen og prøvede at hjælpe Filipe og hans familie. De havde opfordret det opsøgende sociale team for at se Filip og også bad om at Filipes bror blev vurderet, da ingen forstod, hvorfor han isolerede sig derhjemme. Det psykiatriske team, en psykiater og en psykolog, besøgte hjemmet. Man talte med søsteren og broren til Filipe. Han var også en imponerende høj mand, kunne det ses, selvom han under samtalen ligger i sin seng. Hans værelse var ildelugtende, og han sagde kun lidt og var åbenlyst mistænksom og anspændt. Hans søster fortalte os, at han nægtede at spise noget af hendes mad og ikke havde taget et bad længe. Det var mistanken, at Filipes bror havde haft et psykotisk sammenbrud. Samtale derefter med søster om hendes muligheder.

Lige efter dette besøg blev det oplyst, at Filipe overraskende havde accepteret at sove i et lille dejligt herberg i centrum, med gode faciliteter og dygtigt personale. Kvinderne fra kirken, der havde passet ham gennem mange år passet havde sammen med det opsøgende team formået at overtale ham til at forlade gaderne'. Alle var glade og fulde af håb.

Men denne glæde varede ikke længe. Efter et par dage blev Filipe voldelig inde på herberget og smadrede en masse vinduer. Midt i hans voldsomme raserianfald formåede han at skade sig selv ved at falde og brække et ben. Han blev sendt til et alment hospital i byen, hvor benet blev behandlet og der blev foretaget en psykiatrisk undersøgelse. Inden for et par dage blev han udskrevet tilbage til herberget.

Personalet i krisecentret var ret bange for at have Filipe tilbage så kort efter at han var blevet indlagt og følte, at muligheden for at give ham ordentlig psykiatrisk behandling ikke var blevet udnyttet.

Så den ansvarlige for herberget ringede til chefen for den psykiatriske tjeneste, som i øvrigt også var den psykiater, der havde besøgt Filipes hjem. Det blev besluttet, at Filipe blev sendt direkte til det psykiatriske teams hospital efter at være blevet udskrevet fra det andet hospital. Så det gjorde han i taxa!

Filipe forblev som indlagt i tre uger. I løbet af denne tid fik han diagnosen, og blev behandlet for sin skizofrene lidelse. Han var stilfærdig og fredelig og forårsagede ingen problemer på afdelingen. Samtidig fandt de sociale tjenester et plejehjem, der var specialiseret i at tage sig af personer med alvorlige psykiske problemer. Så da det var tid til at komme ud af hospitalet var der fundet en god løsning. Det må tilføjes at prisen på en plads på dette plejehjem var lidt højere end sædvanligt, men de sociale tjenester formåede at få særlig tilladelse at gå lidt højere end det almindelige budget, fordi de var klar over, at Filipe havde brug for specialiseret pleje.

Et par uger senere besøgte det psykiatriske team ham på plejehjemmet. Han var mere talende og hilste på os, (på hans mangelfulde måde) og viste os sit nye hjem. Hans søster besøgte ham

regelmæssigt, og han gik dagligt fra plejehjemmet og ud i nabolaget og hjem på plejehjemmet igen.

Dette var en meget vanskelig sag, der gennem mange år ikke havde været mulig at ændre på. Med samarbejde med flere partnere (familie, lokalsamfund, opsøgende team, sociale tjenester, psykiatrisk hospital, plejehjem) der var i stand til at flette deres indsatser og ekspertise sammen lykkedes det at give en meget bedre hjælp, end det tidligere havde været anset for mulig. Regelmæssige møder med henblik på at diskutere vanskelige sager mellem fagfolk i den sociale og i den psykiatriske sektor kan være frugtbare og ændre situationer, der har været uløselige i årevis.

Samtidig er det vigtigt at have midlerne til at gribe ind og tilliden mellem partnerne. For eksempel i dette tilfælde tilliden til, at det sociale system ville støtte patienten, når han var blevet udskrevet fra hospitalet, gjorde det muligt for den psykiatriske tjeneste have ham indlagt uden frygt for ikke at have nogen anden løsning bagefter. Tilsvarende var det sociale system ikke bange for at finde usædvanlige og dyre løsninger (plejehjem), fordi de stolede på, at teamet fra psykiatrien forsat ville give al den nødvendige behandling.

## **Fem centrale overvejelser på baggrund af casen**

### **1. Er der mennesker, der er umulige at hjælpe?**

Denne sag har været kørt fast i årevis og mange forskellige socialarbejdere og læger har følt sig

hjælpeløs. Men som det ses kan tilsyneladende umulige sager forvandle sig. Det kan nytte at identificere de faktorer, der får nogle sager til at synes umulige at gøre noget ved, og hvilke tiltag, der kan åbne muligheden for ændring.

### **2. Hvad der synes umuligt kan blive muligt ved samarbejde**

Denne sag kom til at samle en gruppe af aktører, både fra den private og den offentlige sektor, og fra det sociale og fra det sundhedsmæssige område. De samarbejdede i tillid og åbenhed og i stedet for en holdning der sagde: "det dit job at gøre dette ...", sagde de: "Hvis du hjælper mig her, vil jeg være i stand at gøre det".

### **3. Det er nyttigt at have regelmæssige møder, der samler fagfolk fra det sociale og det psykiske område for at diskutere vanskelige sager.**

De regelmæssige møder mellem det opsøgende team, der udgik fra kommunen og den psykiater og psykolog, med erfaring med opsøgende arbejde for hjemløse og som arbejdede på et psykiatrisk hospital, viste sig at være nyttig. På disse møder blev det besluttet at besøge Filipe, hans søster og bror, og på grund af denne førstehåndsviden, var det meget lettere senere at samarbejde om hospitalsindlæggelsen.

**4. Det kan være vanskeligt at vurderer, i hvilke situationer, der er brug for hospitalsindlæggelse eller bare tilsyn og i hvilke situationer der først og fremmest er brug for en god social støtte, der passer til de individuelle behov eller begge dele.**

Denne sag viser klart vigtigheden af en god evaluering og en intervention, der tager sig af både de sociale og sundhedsforhold. Hospitalsindlæggelsen åbnede muligheden for at planlægge og finde en god og varig boligløsning.

**5. En succesrig intervention er alle deltagers succes**

I sidste ende følte alle involverede i sagen sig som vindere, og ingen følte, at succes var især vedkommendes.

### **Spørgsmål**

- Hvilke styrker og risikofaktorer ser du i sagen om denne indsats?
- Hvad var de kritiske øjeblikke i netværksprocessen?
- Hvilke professionelle interventioner tilføjede noget til netværksprocessen?



Medarbejderstøtte

# Introduktion

At arbejde med mennesker, der er hjemløse kan nogle gange føles ret krævende. Det kræver at man besidder en lang række af faglige redskaber og det kan være følelsesmæssigt udfordrende, da medarbejderne ikke sjældent konfronteres med mennesker i meget vanskelige situationer.

Hjemløse og især hjemløse med psykiske problemer og/eller afhængighed af rusmidler har oftest en række udækkede behov. De oplever ikke kun social udstødelse, men ofte også udelukkelse fra organisationer eller de stigmatiseres, også fra professionelle. Frontlinjepersonalet bliver gentagne gange konfronteret med lidelser og traumer hos de, der har behov for psykiatrisk behandling og som ikke har noget hjem. Mennesker med sådanne sammensatte behov kan det tage lang tid at hjælpe til et bedre liv, og det kan være frustrerende for medarbejderne og føre til pessimisme og opgivenesshed. Dertil kommer at arbejdet foregår i et ofte uforudsigelig og noget kaotisk miljø.

Specialistarbejde med mennesker der er hjemløse marginaliseres ofte inden for mainstream-tjenester og får de fagpersoner og grupper der arbejder med hjemløse psykisk syge til at føle sig isolerede og ikke støttede og undertiden endda stigmatiserede.

Der er forbunden med et kontinuerligt pres, når man skal magte at tage sig af mennesker med multiple behov, der skal dækkes samtidigt og kan yderligere forstærkes af nødvendigheden af at håndtere uflexible, fragmenterede og ukoordinerede sundheds- og sociale systemer. Disse krav risikerer på kort sigt at distrahere medarbejderne og gøre det vanskeligt at opretholde fokus på borgerens behov. På længere sigt kan medarbejderne rammes af udbrændthed, altså en defensiv reaktion, hvor medarbejderen ikke længere effektivt kan engagere sig i arbejdet.

Så der er altså et klart behov for i særlig grad at tage sig af de medarbejdere, der arbejder med hjemløse.

Formålet med medarbejderuddannelse og medarbejder støtte er at:

- Styrke evnen til at klare arbejdet.
- Vedligeholde arbejdsevnen
- Hjælp medarbejderne til at håndtere stress og frustration ved arbejdet.
- Hjælp medarbejderne til at opretholde en balance mellem jobbet og privatlivet.

Specifikke mål:

- At sikre bedre viden om behovene hos hjemløse med sammensatte behov, herunder psykiske problemer og/eller afhængighed
- At udvikle de forskellige færdigheder, der er nødvendige for at arbejde med hjemløse med flere samtidige og komplekse behov.
- At lette tværfagligt arbejde og bevidsthed om komplementære roller i et team.
- At fremme samarbejdsnetværk på tværs af tjenester og organisationer og at forsøge lave sikkerhedsnet under hullerne mellem systemerne.

# Væsentlige overvejelser

Forståelsen af at arbejdet som relationelt og individorienteret må være en del teamets forståelse, men kan ikke tages som givet.

Uddannelse motiverer, aktiverer og genopmuntrer personalet. Det skal være forebyggende og ikke reaktivt.

Organisationerne skal være opmærksomme på at planlægge deres personales fremtidige træningsbehov og sætte træning ind i et program, og ikke bare træne reaktivt til en opstået situation. På den måde giver træningen personalet de værktøjer, som er effektivt og kan håndteres i situationer, før de udvikler sig.

Personaleuddannelse findes i mange former og kan i det væsentlige være enten formelt eller uformelt.

**Uformel træning** er afslappet, tilfældig og normalt ikke planlagt. Man træner og lærer af erfaring mens arbejdet udføres. Uddannelsessessioner leveret af medarbejderne i en organisation kan betragtes som uformel træning, hvor en medarbejder, der har en særlig kunnen eller kender meget til et bestemt emne kan tilbyde ad hoc-uddannelse til de øvrige medarbejdere. Denne form for træning kan være særlig effektiv, fordi det glider naturligt ind i dagligdagen, og bygger på eksempler og løsninger fra det virkelige liv. Men man skal huske, at sådan uformel træning afspejler organisationens værdier og netop er dagligdagens betragtninger.

**Formel læring** bygger på et fastsat og planlagt program, hvor metoden og målene er fastsat. Det er struktureret og designet og kan resultere i at der uddeles et formelt certifikat eller kvalifikation for den der følger programmet.

Uddannelse skal være baseret på at hjælpe medarbejderne med at udvikle de færdigheder, de allerede har, byggende på eksisterende viden og evner. En sådan tilgang anerkender og styrker evnerne, færdighederne, viden og medarbejderens potentiale.

Evalueringer af uddannelsesbehov bør udføres for at sikre, at enhver træning er relevant for medarbejderens behov og behovene hos deres klienter. Arbejde med mennesker med komplekse behov vil kræve ganske specifikke færdigheder og værktøjer, så det kan være nødvendigt at finde trænere, der kender området. Ud over grunduddannelse for alt personale bør specialiseret personale modtage målrettet uddannelse, så de kan løse problemerne i det der er deres særlige ansvarsområder.

Uddannelse bør kontrolleres i forhold til medarbejdernes jobspecifikationer for at sikre, at uddannelsen er relevant.

Rotationer mellem forskellige stillinger kan give personalet mulighed for at opleve andre måder at gøre ting på.

'Eksperter af erfaring', altså mennesker, der er eller har været hjemløse, og som har en psykisk lidelse, bør opmuntres til at bidrage som undervisere.

## Værdier og visioner

Teamfunktionen og målene skal være klart og eksplicit defineret. Det giver grænser og definition om arbejdet:

### Værdier.

Der skal være klarhed om teamets værdier. I arbejde med mennesker, der er hjemløse inkluderer det:

- Behov - fokus på borgerens behov som et menneske, der er centrum for teamets aktivitet.
- Respekt – se borgeren som et menneske med samme værdi som enhver anden i samfundet. Dette indebærer de værdier der ligger i mangfoldighed, værdighed og ligestilling.
- Optimisme og vedholdenhed.

### Roller

Medarbejderne skal være tydeligt om deres roller i organisationen - klarhed om rolle og vision skaber mere effektive organisationer.

### Holdkultur

Hvert medlem skal føle, at deres viden og synspunkter både bliver hørt og bliver taget alvorligt. En "ingen skyld" -kultur bør fremmes, så problemer og fejl kan deles med de andre teammedlemmer. Fejl er fremragende læringsværktøjer, så det bør ikke kun behandles som fejl, men blive integreret i en proces hvor man lærer af sine fejl.

Denne holdning giver personalet mulighed for at blive støttet og at lære. Desuden er dette et område, hvor konventionelle måder at arbejde på har vist sig at være ineffektive. Hvis medarbejderne aldrig begår fejl, kan årsagen være at arbejdet ikke udføres kreativt nok.

### Holdfunktion

Der skal være plads til refleksion, inden beslutninger tages.

#### Praktiske måder at opnå dette på:

- Planlagte, regelmæssige møder, hvor medarbejderne diskuterer de sager de er i gang med
- Både konkrete beslutninger og følelser skal diskuteres.
- Medarbejderne skal have tid nok til at tale så dybtgående som det behøves og andre medarbejdere skal have mulighed for at komme med deres bemærkninger
- Alle skal kunne give sin mening og alle bidrag behandlet ordentligt
- Et dagligt morgenmøde kan hjælpe med at sikre, at information om borgeren udveksles frit og rettidigt.

- Personalet skal føle sig fri til at udtrykke deres egne følelser omkring arbejdet, om individuelle sager og hvad der ellers falder for
- For at skabe gode løsninger på de komplekse problemer man arbejder med er en udforskende stil med mulighed for refleksion og 'tænkning sammen' vigtig
- Planlagte møder som kommer regelmæssigt er nødvendig for at kunne give mulighed for refleksion sammen med andre teammedlemmer om vanskelige situationer eller problemer
- En fælles ordliste kan lette kommunikationen mellem forskellige fagligheder og støtte en fælles berigende tilgang til arbejdet
- Tydeligt definerede opgaver, som pligter, kommunikation, støtte, roller og grænser, forpligtelser og rettigheder er væsentlige.

# Udfordringer

**Begrænsede ressourcer.** Det kan være vanskeligt at finde tid eller et sted til personlig træning og uddannelse i organisationer, der ofte er underfinansieret og med få ressourcer.

Tid til medarbejdertræning skal lægges ind i organisationens planer.

**Prioritering.** Ofte prioriteres træning og uddannelse lavt

**Organisatorisk byrde.** Træning kan blive set en urimelig belastning af organisationens ressourcer. Store case-load kan begrænse medarbejderens tid og dermed begrænse deres muligheder for at passe på sig selv.

**Tidligere mislykkede** medarbejdertræning kan få uvilje mod nye tiltag til at gå i vasken.

**Medarbejderne kan føle sig utrygge** hvis de får at vide, at de har brug for træning, og opfatte det som at de bliver set som værende ikke-kompetente. Eller føle sig ude af stand til at dele oplevelser i frygt for negative konsekvenser fra andre teammedlemmer eller ledelsen.

**Fordomme omkring psykisk sygdom** i organisationen kan også være hæmmende for medarbejderne og skabe hindringer for en fri diskussion - hvor efterlader det en medarbejder, hvis vedkommende føler sig deprimeret?

**Mangel på organisatorisk engagement** i omsorgen for medarbejderne.

**Kombineret klinisk og ledelsesmæssig** supervision kan hæmme medarbejderne fra at udtrykke bekymringer frit.

**Mangel på eksternt tilsyn** med forhold omkring den enkelte medarbejder, samarbejdet og teamarbejde. Fælles refleksion og teamstøtte er især nødvendigt i de sager der er vanskelige og frustrerende. Her risikerer medarbejderne at bliver bekymrede over, at de ikke er kommet nogle vegne med en borger. Eksternt tilsyn kan hjælpe personalet med at uddybe følelser og vanskeligheder. Adgang til sådan tilsyn kan hjælpe medarbejderne til at handle professionelt og fleksibelt også i vanskelige situationer. Det kan være i forbindelse med for voldsom involvering i en borger eller når der er uenighed i teamet.

**Obligatorisk træning** risikerer ikke at opfylde behovene for alle medarbejdere. Snarere end at have borgeren i fokus, bliver det mere sandsynligt, at det retter sig mod organisationens sundheds- og sikkerhedspolitikker.

**Træneren/facilitatoren** skal være troværdig og have de rette kvalifikationer.

**Team narcissisme:** Dette findes ofte i demoraliserede teams og organisationer, hvor medarbejderne konstruere en mental 'vogncirkel' og projicere alle problemer til andre organisationer for at bevare en følelse af, at "vi ved hvad vi laver, ingen andre gør". U hensigtsmæssig træning: Enhver træning

skal være praktisk relevant for teamets daglige arbejde.

**Fremmøde trods sygdom.** Medarbejderne føler sig trætte, skuffede eller fysisk syge, de er ikke i stand til at fungere godt, men kommer stadig på arbejde.

# God praksis

At have **den rigtige medarbejdergruppe**, som ikke bare har den basale viden og erfaring og som kan arbejde godt og oven i det have entusiasme til at arbejde fast med mennesker der er hjemløse.

Vær sikker på, at **medarbejderens holdninger og værdier** stemmer overens med organisationens.

At man forpligter sig til **opsøgende arbejde og engagement**.

Vær sikker på, at medarbejderen har **de rette færdigheder og erfaringer** til arbejdet.

Tillad medarbejderne **gøre brug af deres stærke sider**. Lad dem gøre de ting, de er gode til i stedet for at insistere på, at alle gør alt.

**En klar struktur**, men med kapacitet til fleksibilitet, så man kan tage fat på nødvendige indsatser hurtigt.

**Et tværfagligt team** med en række komplementære fagligheder og erfaringer.

**Teamarbejde** støttes med opmuntringer til at arbejde med entusiasme og motivation. Det er motiverende at føle at man har været effektiv, at man har gjort noget godt - og som den selvkritisk gruppe af mennesker vi er, har vi en tendens til at glemme eller ignorere de tidspunkter hvor vi har været effektive. Så vi har alle et ansvar for at minde hinanden om de tidspunkter, hvor vi har været effektive. Holdet har et ansvar for at være en fælles hukommelse for dette.

**Sikre ressourcer, værktøjer, et klart styrings- og supportsystem** (dvs. hvem man ringer til når man har vanskeligheder) og er og er læst protokoller for hvordan man bør reagere, når en situation udvikler sig i retning af fare, hvordan man beskytter sig selv og borgerne.

**Have tillid til andre teammedlemmer**. Vi er nødt til at begrænse ideen om, at medarbejderne kan og bør håndtere alt på egen hånd. Teammedlemmer bør opmuntres til at stole på hinanden, både i forhold til opgaver, men også med hensyn til læring. Dette er mere sandsynligt at det vil ske, hvis medarbejderne føler sig frie til at dele uformelt med hinanden og føler sig klar til at bede om kollegaens mening og råd.

**Multidisciplinære teammøder**. Regelmæssigt, mindst en gang om ugen, til diskussion af sager og vanskeligheder, til at tage beslutninger, deling af perspektiver og ansvar.

**Alle situationer bør drøftes åbent**. Alle medlemmer skal have lige status i teamet så de føler sig i stand til at udtrykke deres meninger og problemer. Åbne og reflekterende teammøder er grundlaget for teamwork.

Det er vigtigt for at give regelmæssig medicinsk-klinisk supervision og støtte, både til teamet og til den enkelte medarbejder. Eksterne facilitatorer er nødvendige. Supervision er en vigtig del af den reflekterende praksis og en integreret del af det arbejde, der udføres af gadeplansmedarbejderne.



Ikke alle supervisionssessioner kan være ens i formen. Nogle organisationer kan være underbemandede eller overbelastede med sager og er ikke i stand til at gennemføre en rolig supervisionssession. Supervisionen bør ikke kun være for gadeplansarbejderne, men for hele organisationer og inkluderer ledelses-, understøttelses- og uddannelsesfunktioner.

**Sørg for institutionel t, såvel organisatorisk som administrative tilsyn.**

Bed om at medarbejderne giver feed-back om organisationen - og handle efter det!

**Udveksling af erfaringer med andre teams.**

Fælles supervision med andre organisationer. Det kan også styrke netværket.

Der bør i organisationerne være en **politik og kultur for personalepleje**. Medarbejderne skal føle sig værdsat og støttet på alle niveauer i en organisation. Der bør være en kultur, som medarbejderne kan identificere sig med og føle sig støttet af.

Personalet skal have tid og rum til at reflektere.

Personalet skal have plads til at sikre sig at være klar til arbejdet og som giver plads til at reflektere over det arbejde, de udfører. Personcentreret indsats over for borgeren er forbundet med personcentreret omsorg over for medarbejderne.

**Regelmæssige og konstruktive evalueringer** vil hjælpe med at motivere medarbejderne til fortsat at udvikle og blive bedre til at udføre deres arbejde.

En klar forståelse af forholdet mellem traumer og hjemløshed, så medarbejderne bedre kan forstå borgernes problemer, vanskeligheder og adfærd.

**Reflekterende praksis og delingskultur.**

Dette kan gøres lettere ved:

- En eksternt støttegruppe.
- Fælles arbejdsområder - ingen individuelle kontorer.
- Brug af seniormedarbejdere som modeller

# Case

## Case 1: Personalepleje- Infirmiers de rue

hovedtanken er at kombinere personaleuddannelse og personalepleje gennem teamwork, peer to peer vidensudveksling og fokus på refleksion. Ekstern facilitator og supervision.

Det kan være svært at arbejde med hjemløse, så det giver mening at styrke de positive aspekter (resultater af arbejdet, miljøet, arbejdsforholdene, holdånd). Hvis dette ikke gøres, risikerer medarbejderne at komme til at fokusere for meget på de negative aspekter af deres arbejde - selvom disse selvfølgelig også skal diskuteres.

Teamet er tværfagligt. At have en række af forskellige kompetencer betyder, at teamet med større sandsynlighed vil være i stand til at tackle komplekse situationer. For eksempel kan en borger samtidigt have sociale problemer, psykisk lidelse og juridiske problemer.

- Teamet har to ugentlige møder. Den ene er viet brugerne og planlægning af klinisk arbejde - hver bruger diskuteres regelmæssigt, uanset om de har aktuelle problemer eller ikke. Det andet møde drejer sig om team- og organisationsspørgsmål.
- Der afholdes en månedlig session for at diskutere problemer eller situationer, som gadeteamet møder. En ekstern vejleder leder diskussionen, men tilbyder ikke løsninger ("åbning af døre").
- Disse månedlige møder har vist sig at være nyttige og forfriskende.
- Øjeblikket for Godt nyt: En gang om ugen, lige før holdmødet, er der sat lidt tid af, viet til deling af succeser og fremskridt - store som små - forelagt af brugere og teamet. Medarbejderne forbereder dette i løbet af ugen ved at notere begivenheder i 'dagbogen om gode nyheder' - en stor registrere, hvor alle sætter farvede noter op om de gode nyheder. Medarbejderne fortæller og forklarer for resten af holdet.
- Senere på mødet kan dårlige oplevelser eller problemer diskuteres. Problemer vedrørende enkeltpersoner tales der om på et særligt møde.
- På teammøderne er der dedikerede tidspunkter til at dele både positive og negative oplevelser og følelser. Det prøves planlagt sådan, at disse følelser ikke bryder ud uventet, eller at de ikke kommer til udtryk lidt skjult og kommer til at virke kynisk eller stridbart.
- Der er en daglig tid til at teamet kan reflektere over det sidste døgn. Personalet kan udtrykke følelser af enhver art (job-forbundet eller fra privatlivet). Der er derudover tid til et ansigt til ansigtsmøde med en vejleder om nødvendigt.
- Vi opfordrer til refleksion med kollegaer om enhver situation uden nogen forventning.
- En delt database, der er let at opdatere gør, at information er let tilgængelig, når det er nødvendigt. Personaledagbøger og kontaktoplysninger deles, så teammedlemmer let kan kontakte hverandre.
- Vi tager to dage om året ud af kalenderen for at diskutere og reflektere over, hvordan teamet fungerer. Dette hjælper til at motivere teamet og til at se arbejdet fra forskellige perspektiver.
- Vi opfordrer personalet til at tage fridage regelmæssigt i stedet for at opsamle det.
- Vi støtter medarbejderne i deres karriereudvikling - selvom det kan betyde at de forlader

teamet. Efter fem års gadeplansarbejde får medarbejderen en betalt 'karrierpause' på tre måneder, der giver dem mulighed for at tænke over deres job og deres karrier.

## Case 2: Medarbejderstøtte og uddannelse i en socialpsykiatrisk organisation

'Society of Social Psychiatry and Mental Health' har fra begyndelsen kombineret at levere samfundsbaseede mentale sundhedsydelse og at levere uddannelse af høj kvalitet og træning for medarbejderne i socialpsykiatrien.

Ved starten af hvert 'akademisk' år forbereder den 'videnskabelige enhed' et fælles træningsprogram for alle medarbejdere på alle niveauer. Det er baseret på regelmæssige behovsvurderinger, gennem spørgeskemaer udfyldt af personalet.

Samtidig etablere hver enhed et specifikt træningsprogram tilpasset behovene og kravene fra enhedens team. Denne træning er designet både til at øge viden og at forbedre personalets færdigheder. Brugere er involveret som undervisere, især dem, der bor i beskyttede boliger og rehabiliteringsenheder. De deltager i specifikke træningssessioner og i fælles reflekterende hold, kaldet 'community'. Disse afholdes regelmæssigt.

Vægten ligger på at dele den samme vision og værdier i hele organisationen for at udvikle et stærkt følelsesmæssigt bånd med brugeren, lyt og forstå hans/hendes behov på flere niveauer og som en hele person, og at træne en personcentreret tilgang. Dertil god evne til at navigere i systemerne og i netværk, samt inddrage menneskerettigheder, bevidstgørelse omkring lokalsamfundet, at træne kriseintervention og styring.

Hele organisationens tilgang er psykodynamisk, samfundsbaseeret og personcentreret. Dette giver os mulighed for at forstå de psykologiske behov og konflikter, der kan føre til særlig adfærd.

Parallelt med den fastlagte efteruddannelse arrangerer vi specifikke træningsseminarer, når som helst dette synes nødvendigt, for eksempel når holdet står over for en ny, uvant udfordring. Såvel team som individuel supervision tilsyn tilbydes mindst en gang om måneden, gennemført af eksterne fagfolk. Vægten lægges på medarbejdernes pleje og støtte, samt at undgå udbrændthed.

Der er faste reflekterende teammøder en gang om ugen, hvor der diskuteres brugere og samarbejdet inden for teamet.

Klare retningslinjer, jobbeskrivelser, protokoller er inkluderet, så personalet forstår, hvordan de skal handle i enhver situation.

Netværk, medarbejdernes deltagelse i EU-projekter til udveksling af erfaringer og effektiv praksis er en del af organisationens kultur og personalepleje. Et andet personaleplejeværktøj er muligheden for at arbejde i forskellige enheder (dvs. herberg, beskyttede boliger, dagcentre, mobile psykiatriske enheder). Naturligvis prøver vi at afbalancere de forskellige behov hos

medarbejderne, i teamet og i organisationen og ikke mindst sikre kontinuitet i pleje og stabilitet i de terapeutiske forhold.

Evalueringen af organisationens uddannelsesprogram er blevet udført ved hjælp af et selvbesvaret spørgeskema, der er opbygget til formålet. Analysen af dataene afslørede, at 67 % af deltagerne mente, at træningsprogrammet var meget nyttigt for at udføre deres arbejde, 70 % erklærede sig tilfredse med den generelle organisering af træningsprogrammet, og 85 % var meget tilfreds med underviserne, mens 55 % mente, at kombinationen af teori og praksis var meget givende.

### Case 3: PIE- og TIC-metoden i arbejdet med mennesker der er hjemløse.

Traumainformeret pleje (TIC) og psykologisk informerede miljøer (PIE) er *"[...] begge metoder der sigter mod at bedre det psykologiske velbefindende hos mennesker, der bruger de tjenester der fastsætter et rum og en ramme, hvor personens psykologiske behov vurderes.*

*Psykologisk informerede miljøer (tilrettelagt i Storbritannien) og traumainformeret pleje (en USA nytænkning) inkluderer også den psykologiske velbefindende hos de medarbejdere, der leverer ydelsen. Der fokuseres på medarbejdernes udvikling og positive, styrkende relationer og bedre trivsel. Ingen af fremgangsmåderne forventer imidlertid, at de behandlende og støttende medarbejdere er kvasi-terapeuter eller skal gå i dybden i borgernes traumehistorie. I stedet skal de støtte oprettelse af sikre og styrkende miljøer baseret på en forståelse af hvad gentagne oplevelser af traumer, som ofte startede i barndommen, betyder [...]"*

Det gøres muligt gennem dels en grunduddannelse og dels gennem, at de medarbejder, der arbejder med mennesker, der er hjemløse er trænet i at være opmærksomme på psykologiske faktorer, der kan være forbundet med borgerens problemer. Gennem denne psykologiske forståelse kan medarbejderne bedre arbejde med forholdet til borgeren, være bedre til at henvende sig og forholde sig til sine egne følelser omkring rollen som hjælper.

Citatet ovenfor er fra:

<http://www.homeless.org.uk/connect/blogs/2015/aug/19/do-you-know-your-tic-from-your-pie>

# Uddannelsesforløbet

At sikre værdighed og velfærd  
for mennesker, der er hjemløse og  
har psykiske problemer

## 1. Rationale

At arbejde med mennesker, der er i en situation med hjemløshed kombineret med psykisk sygdom er et krævende arbejde, som ingen er godt forberedt på fra starten. De mange forhold som er en del af helheden (sundhed, sociale, bolig, recovery, opsøgende arbejde, netværk, personalepleje osv.) gør det vanskeligt for en enkelt professionel disciplin eller service, at løse opgaven alene. Det ses ofte at medarbejdere i begyndelsen føler sig voldsomt konfronterede med deres begrænser og føler behov for at gå ud over deres sædvanlige arbejdsmåder og grundlæggende viden ved at udvikle nye færdigheder og blive mere følsomme over for menneskelig lidelse.

En tilbagevendende erkendelse er, at hvad der læres i uddannelsernes almene pensum ikke er nok til at møde udfordringerne i arbejdet med denne gruppe af borgere. Det er af større betydning på dette felt at lære af erfaring, lære af andres erfaringer, og at udvikle en reflekterende praksis, der søger efter egnede løsninger i særlige sammenhænge, er vigtigere end at kopiere færdige løsninger,.

Dette uddannelsesforløb sigter mod at hjælpe faguddannede medarbejdere med at udvikle relevante færdigheder i forhold til arbejdet med mennesker, der er hjemløse og har psykiske problemer, samt tilbyde en model for undervisning af fremtidige professionelle til være mere opmærksomme på udfordringer og dimensioner samt de gode principper for praksis, når man arbejder med mennesker, der befinder sig i en situation med hjemløshed og psykisk sygdom.

## 2. Målgruppe

Professionelle, både de med sundhedsuddannelse og de med sociale uddannelser.

## 3. Mål

1. Styrke færdighederne hos fagfolk, der arbejder på det sociale område og i det sociale og psykiske sundhedsfelter for at forstå og reagere adækvat på hjemløse borgeres med psykiske problemer.
2. Forbedre professionelles evner til at lytte og lytte til den hjemløses egne udsagn om deres behov og ønsker, og til at skabe og foreslå de bedste løsninger til at sikre fysisk og psykisk velvære, samt at styrke værdighed og adgangen til almene rettigheder.

## 4. Læringsmetode

Hvert modul starter med en introduktion til emnet og med en teoretisk tilgang. For at stimulere deltagerens aktive deltagelse, er der i anden del af modulerne brugt dynamiske aktiviteter, såsom diskussioner i små grupper og plenum sessioner eller casestudier.

Hvert modul kan suppleres med et besøg i marken med en mindstevarighed på to timer.

# Moduler

<b>Navn på modulet</b>	<b>Introduktion</b>		
<b>Varighed</b>	<b>2 timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oversigt over undervisningsplanen</li> <li>- Introduktion til de syv moduler</li> <li>- Præsentation af strukturen og metodikken for hver session</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forklaring på de valgte emner</li> <li>- Forståelse for sammenhængen mellem emnerne</li> <li>- Forståelse for den valgte fokus på træningen</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Oversigt over træningsforløbet	Præsentation	Ppt præsentation
	2. Presentation af sessionernes strukturer og metode	Præsentation	Ppt præsentation
	3. Hvorfor disse temaer og hvordan de hænger sammen	Præsentation og gruppediskussioner	Gruppediskussion med baggrund i tidligere ppt
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Relevante dokumenter og PowerPoint præsentationer		
<b>Evaluering</b>	Selvudfyldte spørgeskemaer ved sessionens afslutning		

<b>Navn på modulet</b>	<b>Social</b>		
<b>Varighed</b>	<b>5 Timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: Sociale rettigheder, social beskyttelse, social forebyggelse, social assistance</li> <li>- Væsentligt: Socialuddannede professionelle som igangsætter varetager indsatser; rettigheder og borgerens ønsker.</li> <li>- Problemer: Fattigdom; Problemer med opsporing; Manglende samarbejde mellem sundheds- og sociale tjenester; Køn; Udokumenterede migranter: stigmatisering; aggressiv adfærd.</li> <li>- God praksis: Nysgerrighed; Valg af metode, måling af kvalitet og dokumentation af resultater; proaktiv holdning og forventning; kommunikation og synlighed; vælge, udvide mængden valgmuligheder; skræddersyede tjenester; relationer</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opmærksomhed over for betydningen af sociale faktorer og sociale indsatser i relation til hjemløshed.</li> <li>- Lære om de sociale medarbejders rolle som bindeled.</li> <li>- Bevidstgør om vigtigheden af rettigheder og individuel vilje i det sociale arbejde</li> <li>- Lære at identificere de problemer, der kan medfører yderligere sårbarhed.</li> <li>- Bevidstgøre om holdningen og gode principper for socialt opsøgende og skræddersyede arbejde</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion og ppt
	2. Hovedideer	Præsentation og diskussion. Sektion 1 og 2: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion og ppt
	3. Vanskeligheder	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion og ppt
	4. God praksis	Præsentation og diskussion. Sektion 3 og 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion og ppt
	5. Case	Præsentation af en case. Spørgsmål og diskussion 45+45 min	Gruppediskussion
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Dokumentation, ppt og case		
<b>Evaluering</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		



<b>Navn på modulet</b>	<b>Health</b>		
<b>Varighed</b>	<b>5 timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: psykiske og fysisk sundhedsbehov hos hjemløse borgere</li> <li>- Væsentligt: Sundhedsopgaver, akut indsatser, indlæggelse på og udskrivning fra hospitaler ambulante tjenester, netværk og samarbejde med sociale tjenester</li> <li>- Vanskeligheder: Vurdering på gaden, kommunikation og kulturelle forskelle.</li> <li>- God praksis: opsøgende arbejde, sikre tilgængelighed af sundhedsydelse, samarbejde med kolleger, forebyggelse og personalestøtte</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forståelse af hjemløse borgeres mentale og fysiske sundhedsbehov.</li> <li>- Læring om sundhedsinterventionernes betydning på gaden og mellem de forskellige tjenester.</li> <li>- Læring om rollen som brobygger netværksarbejder mellem sundhed og sociale tjenester</li> <li>- Læring om at foregribe vanskeligheder og forhindre dem i at opstå eller udvikle sig</li> <li>- Identificer god praksis i sundhedsvæsenet for hjemløse borgere</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion: forbindelsen mellem sundhedsproblemer og hjemløshed	Præsentation og diskussion	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	2. Væsentlige forhold at fokusere på	Præsentation og gruppediskussion: sektion 1 & 2 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	3. Vanskeligheder og barrierer.	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion af temaer + ppt
	4. God praksis	Præsentation og gruppediskussion: sektion 3 & 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	5. Case	Præsentation af en case og diskussion og spørgsmål i grupper og plenum	Gruppediskussion
<b>Pædagogisk materiale</b>	Dokumentation og PowerPoint præsentation. Case		
<b>Evaluerings</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		

<b>Navn på modulet</b>	<b>Bolig</b>		
<b>Varighed</b>	<b>5 timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: Bolig, hjem</li> <li>- Væsentlige forhold at fokusere på: Boligen som en ret; medarbejderuddannelse i støtte i boligen; akutboliger; Housing First; Køn.</li> <li>- Problemer: Boligmarkedet; adgang til boliger; opfølgning</li> <li>- God praksis: Forebyggelse; 'Nå ud'; netværk; personorienteret</li> <li>- Casestudie: Eksempler på tjenester og case-profil</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget bevidsthed om vigtigheden af at have en bolig og etablering af et hjem</li> <li>- Læring om at arbejde ud fra et perspektiv på boliger som en ret</li> <li>- Læring om akutboliger og varige boliger</li> <li>- Øge bevidstheden om vanskelighederne med at få adgang til og tilpasse sig bolig</li> <li>- Læring om de sunde principper for socialt- og sundhedsarbejde i boliger</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion: forbindelsen mellem sundhedsproblemer og hjemløshed	Præsentation og diskussion	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	2. Væsentlige forhold at fokusere på	Præsentation og gruppediskussion: sektion 1 & 2 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	3. Vanskeligheder og barrierer.	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion af temaer + ppt
	4. God praksis	Præsentation og gruppediskussion: sektion 3 & 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	5. Case	Præsentation af en case og diskussion og spørgsmål i grupper og plenum	Gruppediskussion
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Dokumentation og PowerPoint præsentation. Case		
<b>Evaluerings</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		

<b>Navn på modulet</b>	<b>RECOVERY</b>		
<b>Varighed</b>	<b>5 timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: Principper og koncepter for recovery.</li> <li>- Væsentligt: recovery-processen - autonomi, medarbejderens rolle.</li> <li>- Vanskeligheder med recovery-processen og hvordan man håndterer dem.</li> <li>- God praksis: Stabile sagsbehandlere, personcentrerede og skræddersyede tjenester; kontinuitet i hjælpen peer-gruppers rolle.</li> <li>- Casestudie og case-profil</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget kendskab til recovery-processen og recovery som sådan.</li> <li>- Læring om forskellene mellem recovery og behandling.</li> <li>- At identificere vanskeligheder ved recovery og finde de passende løsninger</li> <li>- Identificer gode principper for praksis, der fremmer recovery</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion: forbindelsen mellem sundhedsproblemer og hjemløshed	Præsentation og diskussion	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	2. Væsentlige forhold at fokusere på	Præsentation og gruppediskussion: sektion 1 & 2 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	3. Vanskeligheder og barrierer.	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion af temaer + ppt
	4. God praksis	Præsentation og gruppediskussion: sektion 3 & 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	5. Case	Præsentation af en case og diskussion og spørgsmål i grupper og plenum	Gruppediskussion
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Dokumentation og PowerPoint præsentation. Case		
<b>Evaluerings</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		

<b>Navn på modulet</b>	<b>Opsøgende og udgående</b>		
<b>Varighed</b>	<b>5 timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: begrebet opsøgende og udgående socialt arbejde</li> <li>- Basis: Opsøgende arbejde er en holdning; en service; en model, sundhedsmedarbejderens roller på gaden.</li> <li>- Problemer: Vedrørende hjemløse; vedrørende arbejdstagere; samarbejde og koordinering</li> <li>- God praksis: Specifik og god praksis i opsøgende arbejde</li> <li>- Case</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bevidstgør værdien af opsøgende arbejde i forbindelse med hjemløshed.</li> <li>- Læring om opsøgende arbejde som en holdning, en service og en model</li> <li>- Læring om professionelle roller i gadeplansarbejde.</li> <li>- Identificer vanskeligheder ved opsøgende arbejde.</li> <li>- Læring om faser og god praksis i opsøgende og udgående arbejde</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion: forbindelsen mellem sundhedsproblemer og hjemløshed	Præsentation og diskussion	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	2. Væsentlige forhold at fokusere på	Præsentation og gruppediskussion: sektion 1 & 2 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	3. Vanskeligheder og barrierer.	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion af temaer + ppt
	4. God praksis	Præsentation og gruppediskussion: sektion 3 & 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	5. Case	Præsentation af en case og diskussion og spørgsmål i grupper og plenum	Gruppediskussion
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Dokumentation og PowerPoint præsentation. Case		
<b>Evaluerings</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		

<b>Navn på modulet</b>	<b>Netværksarbejde</b>		
<b>Varighed</b>	<b>5 timer</b>		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: kompleksitet; involverede medarbejdere; netværk som en flerlaget og sammensat tilgang; strukturelle og operative netværk; grunde til netværk.</li> <li>- Væsentligt: Netværk som en mulighed; at opbygge et netværk; netværk i institution; netværk mellem institutioner.</li> <li>- Problemer: netværk som et problem; forebyggelse af vanskeligheder.</li> <li>- God praksis: Forslag; hvem der skal involveres; casestudier.</li> <li>- Case</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skabe bevidsthed om vigtigheden af netværk.</li> <li>- Lære mere om strukturelt og operativt netværk</li> <li>- Lære om, hvordan man bygger og opretholder et netværk.</li> <li>- Identifier god praksis for netværk</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion: forbindelsen mellem sundhedsproblemer og hjemløshed	Præsentation og diskussion	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	2. Væsentlige forhold at fokusere på	Præsentation og gruppediskussion: sektion 1 & 2 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	3. Vanskeligheder og barrierer.	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion af temaer + ppt
	4. God praksis	Præsentation og gruppediskussion: sektion 3 & 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	5. Case	Præsentation af en case og diskussion og spørgsmål i grupper og plenum	Gruppediskussion
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Dokumentation og PowerPoint præsentation. Case		
<b>Evaluerings</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		

<b>Navn på modulet</b>	<b>medarbejderudvikling</b>		
<b>Varighed</b>	5 timer		
<b>Indhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktion: indsatsen med personaleuddannelse og personalepleje.</li> <li>- Hovedideer: træning; værdier og vision; holdfunktion.</li> <li>- Problemer i medarbejderudvikling og træning.</li> <li>- God praksis, der fremmer pleje og udvikling af teams</li> <li>- Case</li> </ul>		
<b>Læringsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forståelse for betydningen af personalets pleje og træning.</li> <li>- Læring om indsatsen som træning, holdkultur og holdfunktion.</li> <li>- Identificer vanskeligheder og hindringer for god teampleje.</li> <li>- Identificer god personalepleje og træningspraksis</li> </ul>		
<b>Plan for sessionen</b>	<b>Tema</b>	<b>Metode</b>	<b>Aktivitet</b>
	1. Introduktion: forbindelsen mellem sundhedsproblemer og hjemløshed	Præsentation og diskussion	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	2. Væsentlige forhold at fokusere på	Præsentation og gruppediskussion: sektion 1 & 2 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	3. Vanskeligheder og barrierer.	Præsentation og gruppediskussion	Gruppediskussion af temaer + ppt
	4. God praksis	Præsentation og gruppediskussion: sektion 3 & 4: 45 + 45 minutter	Gruppediskussion af temaer efter en ppt
	5. Case	Præsentation af en case og diskussion og spørgsmål i grupper og plenum	Gruppediskussion
<b>Pædagogiskmateriale</b>	Dokumentation og PowerPoint præsentation. Case		
<b>Evaluerings</b>	Selvudfyldt spørgeskema ved sessionens afslutning		

## 5. Profil for personaletrænere

Professionelle med erfaring med at arbejde med hjemløshed og psykisk sundhed, og som har en grad eller specialisering relateret til disse arbejdsområder.

# Ordforklaring

## Socialt

**Hjemløshed:** På tværs i Europa er den oftest vedtagne definition på hjemløshed ETHOS. ETHOS beskriver en række kategorier, der alle er udtryk for hjemløshed:

1. personer, som sover i det offentlige rum
2. personer på natherberg/ natcafé
3. personer i botilbud for hjemløse
4. personer som skal løslades/udskrives fra institutioner uden at have en bolig
5. personer, som lever i boliger uegnet til beboelse

**Sociale ydelser:** Indsatser af enhver art, der ydes som hjælp eller støtte for social nød, enten af det offentlige eller af private organisationer (NGO'er)

**Sagsbehandling:** den form for socialt arbejde som består af sagsstyring

**Psykisk sygdom:** Også ofte betegnet med psykisk problemer eller som en psykiatrisk lidelse. Kan i nogle tilfælde være medvirkende til betydelig nød eller forringelse af sociale funktion.

**Humanisme:** At vise respekt for det enkelte menneske, uanset klasse, race eller tro er grundlæggende for den humanistiske holdning til livet.

Blandt de grundlæggende moralske principper, ville tælle frihed, retfærdighed, tolerance og lykke... en holdning, som er grundlag for at leve et ærligt, meningsfuldt liv uden at følge en formel religiøs tro. (Pears Cyclopaedia, 87. udgave, 1978)

**Social Psykiatri:** Beskæftiger sig mødet mellem den psykisk syge på den ene side og samfundet, medborgerne og de professionelle på den anden side som den viser sig og udspiller sig i dialogen og kontakten. Social psykiatri skal beskæftige sig med spørgsmålet om "hvad er det gode liv" og skal som en

analyserende, kritisk og aktiv partner deltage i den offentlige debat. Socialpsykiatri er et supplement til den biologisk-medicinske og den psykoanalytiske psykiatri.

**Fattigdom:** "Fattigdom er sult. Fattigdom er mangel på bolig. Fattigdom er at være syg og ikke være i stand at blive behandlet. Fattigdom har ikke at have adgang til skole og ikke kunne læse og skrive. Fattigdom er ikke have et arbejde, er frygt for fremtiden, er at leve en dag ad gangen. Fattigdom har mange ansigter, skifter fra sted til sted og på tværs af tiden og er blevet beskrevet på mange måder. Oftest er fattigdom en situation, som man ønsker at flygte fra. Så fattigdom kalder på handling – for fattige såvel som fra velhavende - et opfordring til at ændre verden, så mange flere har nok at spise, har passende husly, adgang til uddannelse og sundhed, beskyttelse mod vold og en stemme i hvad der sker i deres samfund." (Verdens Bank Organisationen)

**Organisationer med flere faggrupper:** Referer til at der deltager flere relevante faggrupper i løsning af en social sag.

## Sundhed

**Tilgængelighed:** Direkte adgang til behandling og ressourcer.

**Netværk:** Har betydning i arbejdet med mennesker med sammensatte helbreds og sociale problemer, og med flere samtidige sygdomme.

**Fortsat omsorg:** (Se kapitlet 'opsøgende')

Brobygning: At advokere og give støtte på vejen gennem forskellige sundheds- og sociale systemer.

**"Bløde" færdigheder:** Vær opmærksom på mellempersonlige og relationelle aspekter.

Vidensdeling: offentlige serviceydere og fagfolk må være opmærksomme på nødvendigheden af at kommunikere med og dele nødvendige



oplysninger inden for lovens rammer.

**Indlæggelsesplan:** Kortfattet notat om grunde til indlæggelse, som beskriver hvad der har fungeret før, og hvad det forventede resultat af indlæggelse kan være.

**Gadevurderinger:** At udføre psykiatrisk og anden medicinsk vurderinger på gaden.

**Vurderinger mhp tvangsforanstaltning:** At gennemføre en vurdering for at evaluere en mulig tvungen indlæggelse på psykiatrisk hospital.

**"Svær at engagere sig":** Mennesker, der er hjemløse kan af mainstream-tjenester blive set som vanskelige at engagere sig i. Dette vil oftest have noget at gøre med adgang til basale rettigheder, social sikring og sprogbarrierer.

**Svingdørspatient:** Flere og gentagne indlæggelser på hospital.

**Åbne døre til ydelser:** Mainstream-tjenester bør have lette adgange for hjemløse, som er uden krav om aftale eller ventelister.

**Udskrivningsmøder:** Møder før udskrivning fra hospital mellem hospitalet og en socialarbejder, der kender borgeren for at planlægge fremtidig bolig og for at tilrettelægge en opfølgingsplan. Forebyggelse

**Primær:** Forbedring af den generelle sundhed for befolkning.

**Sekundær:** Forbedring af opsporing af sygdomme.

**Tertiær:** Forbedring af behandling og bedring.

## Bolig

**Aktiv lytning:** Er at koncentrere sig fuldstændigt om hvad der siges snarere end bare passivt og at lytte opmærksomt til taleren.

**Bolig:** Boliger, hvad enten det ses som et socialt spørgsmål eller som en menneskeret, kan defineres som et hus, eller blot som husly, der giver sikkerhed og varme samt et sted at hvile. Det er et af de vigtigste elementer i at leve et sikkert liv.

**Housing First:** Housing First er en social tilgang til at afslutte hjemløshed. Der fokuseres på at 'flytte' en person fra hjemløshed til et hjem, der er ens eget så hurtigt som muligt. Det er recovery-orienteret og understøttes med de sociale og sundhedsydelser, der er behov for.

**Boligansvarlig:** Administrerer boliger og beslægtede tjenester på vegne af boligselskaber, lokale myndigheder og ngo'er. Funktionen involverer at være medansvarlig for boligerne og at holde regelmæssig kontakt med beboerne, sikre at husleje indbetales og tage sig af reparationer og eventuelle naboproblemer. De boligansvarlige arbejder ofte i et team, der inkluderer andre sociale støttepersoner.

**Interventioner:** Intervention refererer til handlinger foretaget af sociale og sundhedstjenester og som har til formål at støtte borgerne. De kan være bredt dækkende men er oftest af mindre dramatisk i deres form. Psykologisk informerede foranstaltninger: Psykologisk informerede foranstaltninger er socialt arbejde der gives på baggrund af de følelsesmæssige og individuelle psykologiske behov borgeren har. Det er en komplementær tilgang til hjælp til borgere med komplekse behov i form af 'Trauma Informed Care'.

**Personcentreret pleje:** Personcentreret pleje betyder at sætte brugerne i centrum af de beslutninger, der skal tages og at se dem som eksperter, der arbejder sammen med fagfolk

for at sikre det bedst mulige resultat. Der tages hensyn til borgerens værdier, de sociale omstændigheder og livsstil.

**Rettighedsbaseret tilgang:** En rettighedsbaseret tilgang lægger en forpligtelse på Serviceudbyderen til at sikre, at deres tjenester lever op til kravene i og fremmer standarden i de europæisk og internationalt menneskerettigheder. En sådan tilgang fokuserer på individets ret snarere end på behovene.

Under en rettighedsbaseret tilgang er planer, politikker og processer for udvikling forankret i et system med rettigheder og tilsvarende forpligtelser i henhold til International lov. F.eks. Artikel 25 i Universel Deklaration af

**Menneskerettigheder, der siger, at:** Alle har ret til en levestandard, der er tilstrækkelig for sundheden og trivsel for sig selv og sin familie, inklusive mad, beklædning, bolig og medicinsk pleje og nødvendige sociale tjenester og ret til sikkerhed i tilfælde af arbejdsløshed, sygdom, invaliditet, alderdom og andre forhold der er uden for den enkeltes kontrol.

**Servicebruger:** En servicebruger er en generisk betegnelse for enhver person, der bruger en hjemløsheds-, sundheds- eller andre social ydelser.

**Traumer:** Trauma er en følelsesbetiget reaktion på en negativ begivenhed. Virkningerne af traumer kan ødelægge individets evne til at leve et normalt liv. Nogle der lider under traumer kan udvikle følelsesmæssige problemer som f.eks vrede, sorg, angst, PTSD, skyld osv. Disse personer kan udvikle varige problemer med søvn, fysisk og følelsesmæssig smerte og med problemer med deres personlige forhold. Mennesker, der har oplevet tidlige traumer er i risiko for rusmiddelafhængighed.

**Traume informeret behandling:** Er en tilgang, der sigter mod at øge de professionelles bevidsthed om traumer og disses indflydelse på

borgerne og fører til effektiv støtte og frem for alt, at det der sættes i værk ikke traumatiserer borgeren yderligere.

**Anti-undertrykkende praksis:** Er en metode og en model til at forhindre magthandlinger fra medarbejdere og institutioner, der har mulighed for at være undertrykkende og diskriminerende, baseret på fordømmende og uværdige holdninger og værdier.

## Recovery

**Samarbejde:** Levering af ydelser og hjælp i et lige og gensidigt forhold mellem fagfolk, brugere, deres familier og deres venner og naboer. (Boyle og Harris, 2009).

**Forbinder:** slutte eller knytte ting; forbinder to ting.

**Empowerment:** handler om få styrke til at tage hånd om sit eget liv. Vi havde mange diskussioner om brugen af ordet empowerment. Empowerment er en ekstern handling, men den er også et tovejs forhold, som kan hjælpe nogle til bedring, men bedring kan også i sig selv føre til empowerment.

**Etablere relationer:** oprette og vedligeholde forbindelser, der bygger på gensidig tillid, gennemsigtighed og respekt mellem en professionel og en klient (i vores tilfælde en hjemløs person med psykiske vanskeligheder). Dette er grundlaget for yderligere planlægning og samarbejde. Fortrolighed og ærlighed fra professionelle. En omsorgsfuld holdning men kræver også at der sættes grænser.

**Institutionalisering:** kan have skadelig effekt som f.eks apati og tab af uafhængighed som følge af at tilbringe lang tid på en institution

**Netværk:** en gruppe eller et system med forbindelser mellem personer, tjenester eller organisationer. De interagerer med hverandre for at udveksle information og udvikle faglige

eller sociale kontakter. Det kan være formelt (se eksemplet NPISA i Lissabon) eller uformelt. Personligt valg: involverer beslutningstagning. Det kan være vurdering af fordele eller ulemper ved en indsats og at vælge den ene eller den anden.

Man kan vælge mellem forestillede problemsæt ("Hvad ville jeg gøre, hvis ...?") eller mellem reelle problemsæt efterfulgt af den nødvendige handling. Personligt valg forbundet med fri vilje.

**Skabe ny kapacitet:** Gennem recovery.

**Recovery:** se definitionerne givet i begyndelsen af dette kapitel.

**Trin for trin tilgang:** En metode, hvor man gør noget omhyggeligt, gradvist og i en særlig rækkefølge (Longman Dictionary)

## Opsøgende og udgående

**Klient [i den danske oversættelse er brugt ordet 'Borger']:** en person, der bruger støttende tjenester, uanset om de er professionelle eller frivillige. Andre ord, der bruges til at beskrive klienter, er i forskellige sammenhæng patienter eller servicebrugere.

**Hjem:** et sted, hvor en person føler at han/hun hører til, og har ret til at være. Et sted forbundet med følelser, beskyttelse og sikkerhed, hvor vedkommende føler sig velkommen, anerkendt og tryk.

**Boliger:** et sted, hvor man kan bo. Hjemløse borgere med psykiske problemer: personer, der er hjemløse og samtidig har en psykisk lidelse, som kan have udløst hjemløshed. Som derudover oftest fastholder personen i hjemløshed og social udstødelse. Institutionaliseret: Den proces, hvorved en person bliver afhængig af en institution, til skade for vedkommendes uafhængighed og evnen til at tage beslutninger for sig selv. Psykiatrisk afinstitutionalisering: En kulturel og

videnskabelig betinget proces, der vurderede og påviste at psykisk sygdom og psykologisk lidelse ikke er bedst hjulpet ved langvarig isolering fra det omgivende samfund i psykiatriske lukkede institutioner. Alternativet er samfundsbaseeret behandling, som inddrager civilsamfundet og andre offentlige tjenester.

**Af-hospitalisering:** Lukning af hospitalssenge. Selvom de udføres under dække af konstruktiv afinstitutionalisering, spiller økonomiske grunde – besparelser – ofte ind.

**Tvangsindlæggelse:** Hvis en borger er psykotisk kan vedkommende indlægges på psykiatrisk afdeling mod sin vilje, hvis visse betingelser - afhængig af landets love - er opfyldt

**Udokumenteret migrant:** En udlænding, der ikke har lovligt ophold i landet.

**OutREACH:** at gå ud for at møde det hjemløse menneske.

**InREACH:** byder det hjemløsemenneske velkommen indenfor.

## Netværk

**Kompleksitet:** kendetegner formen i et system, hvis enkeltdele interagerer på flere måder og følger lokale regler, hvilket betyder, at der ikke er overordnede instruktion til at definere de forskellige mulige interaktioner. (<https://en.wikipedia.org/wiki/Complexity>)

**Facilitator:** En professionel, der hjælper en medarbejder eller organisation med at ændre, være mere konstruktivt eller at finde svar på et problem, gennem at diskutere og foreslå. (<https://dictionary.cambridge.org/dictionary>)

**Meta-organisation:** er defineret som en organisation, der dannet af andre organisationer – en paraplyorganisation <https://en.wikipedia.org/wiki/Metaorganization>

**Netværksarbejde:** En proces, der fremmer udveksling af information, ideer og praksis blandt personer eller grupper, der deler fælles interesse.

(<https://www.investopedia.com/terms/n/networking.asp>)

**Win-win position:** At ændre konflikter fra modstand, angreb og selvforsvar til samarbejde. Det er et kraftfuldt holdningsskifte, der ændrer kommunikation til 'Jeg vil vinde og jeg vil have dig til også at vinde'.

[Http://www.consultpivotal.com/win\\_win.htm](http://www.consultpivotal.com/win_win.htm)

## Medarbejderstøtte

**Medarbejdere:** De der arbejder i organisationen enten fast eller på projekter og som organisation har en pligt over for. Det er både fuldtids- eller deltidsarbejdere, frivillige eller brugere i arbejde

**Personaleuddannelse og personalepleje:** En organisations evne til at udføre det arbejde, den har påtaget sig afhænger af velkvalificeret og veluddannet personale, der har god arbejdsstandarder.

Det kræver, at alle ansatte og frivillige får tilstrækkelig uddannelse til at udvikle sig.

Personaleuddannelse findes i mange former, og ikke mindst formelt og uformelt.

Uformel træning er som regel afslappet og tilfældig i form af træning og læring gennem erfaringer under arbejdet.

Formel læring går ud fra formelle programmer, hvor midler og mål defineres; det er struktureret og designet, og resulterer i certificering af deltageren.

**Reflekterende praksis:** Hvor medarbejderne reflektere over deres viden og oplevelser, og udtrykker deres tanker og følelser omkring dem. Der er ikke noget pres for et umiddelbart svar.

Modellen kan hjælpe med at forhindre udbændthed, hvilket er et ikke ualmindeligt fænomen, i arbejdet med traumatiserede mennesker.

**Udbændthed:** "Det antages, at erhvervsmæssig udbændning er resultat af langvarig, uløselig stress på arbejdet. I 1974 blev Herbert Freudenberger den første forsker til at offentliggøre en artikel i et psykologi-relateret tidsskrift, hvor han brugte udtrykket burn-out [udbændthed]. Artiklen var baseret på hans observationer af frivilligt personale (inklusive sig selv) på en gratis klinik for stofmisbrugere. [1]. Han karakteriserede udbændthed ved et sæt symptomer, der inkluderer udmattelse som følge af arbejdets overdrevne krav, samt fysiske symptomer såsom hovedpine og søvnløshed, "hurtighed til vrede" og manglende spontanitet. Han observerede, at den udbændte medarbejder "ser, handler og virker deprimeret".

[https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational\\_burnout](https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_burnout)

[https://www.researchgate.net/publikation/232515466\\_Understanding\\_stress\\_and\\_burnout\\_in\\_shelter\\_workers](https://www.researchgate.net/publikation/232515466_Understanding_stress_and_burnout_in_shelter_workers)  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009365095022002001>

**Multidisciplinært team:** En gruppe mennesker, der arbejder sammen i et team, der har det samme mål, men som har forskellige, men komplementære professionelle baggrunde og livserfaringer.

Referencer

## Introduktion

Fabio Bracci. *European Exchange and Inter-Vision Project on Homeless Pathways and Interventions with Homeless and mentally ill people*. SMES-Europa in collaboration with Fondazione Istituto, Andrea Devoto. 2017.

## Socialt

Universal Declaration of Human Rights (articles 2, 22 and 25) [http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr\\_booklet\\_en\\_web.pdf](http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf)

Louise Christensen: *On the Margins – Exploring the Phenomenon of Social Marginalization and the Social Work for Socially Marginalized People*; Centre for Alcohol and Drug Research. Department of Psychological and Behavioural Sciences, Aarhus University (2018)

U.S. Departments of Housing and Urban Development and Health and Human Services, Arlington, VA. (1998) <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/167051/6817.pdf#page=357>

World Social Protection Report 2017–19 *Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*, (ILO, International Labour Organization)

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_604882.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf)

Glen Bramley & Suzanne Fitzpatrick: *Destitution in the UK* (2018) <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673037.2017.1344957>

Dennis, D. L., Cocozza, J. J., & Steadman, H. J.: *What do we know about systems integration and homelessness?* Paper presented at the National Symposium of Homelessness research: What works?

John R. Belcher & Bruce R. DeForge: *Social Stigma and Homelessness: The Limits of Social Change*, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22:8, 929-946, (2012)

Brandt, P.: *Proposal for a social psychiatry theory based on experiences from a programme for the homeless mentally ill*. *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 50 (1996)

Magazine 'Are we Europa' October 23 2017: *Homeless Women in a Men's World*  
<https://www.areweeurope.com/homeless-content/homeless-women-in-a-mens-world>

The European Commission against Racism and Intolerance: Recommendation n. 16; 2016: **Safeguarding Irregularly Present Migrants From Discrimination**

<https://www.coe.int/en/web/children/-/all-policies-affecting-irregularly-present-migrants-must-respect-children-s-righ-2>

*To live in health and dignity, European Report of Study & Action Project in the promotion of Mental Health & Social Reinsertion for disadvantaged people.* SMES- Europe & Mental Health Europe, ( 1999 – 2000; <http://www.smes-europa.org/H&D1%20FINAL%20REPORT-uk.pdf>

## Sundhed

EPRS (2016) *The public health dimension of the European migrant crisis*, EPRS briefing paper, January 2016

Nishio, Akihiro & Horita, Ryo & Sado, Tadahiro & Mizutani, Seiko & Watanabe, Takahiro & Uehara, Ryosuke & Yamamoto, Mayumi. (2016). *Causes of homelessness prevalence-The relationship between homelessness and disability.* Psychiatry and clinical neurosciences. 71. 10.1111/pcn.12469.

Fazel S, Geddes JR, Kushel M. Lancet. (2014) 384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132 *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations.*

Aldridge et al. (2018) *Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis* Lancet Volume 391, ISSUE 10117, P241-250, January 20, 2018

Jeffrey, R. (1979) *Normal rubbish: deviant patients in casualty departments* *Sociology of Health and Illness.* 1:1, 91-107.

Luchenski, S. *What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations.* Lancet Volume 391, ISSUE 10117, P266-280, January 20, 2018

WHO (2018) EPH05: *Disease prevention, including early detection of illness.* <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>

Pickett and Wilson (2009) *The spirit level: why equality is better for everyone.* Allen Lane, London.

Tudor Hart, J. (1971). *"The Inverse Care Law"*. The Lancet. 297: 405–412.

Leng (2007) *The impact on health of homelessness.* Local Government Association, London.

[https://www.feantsa.org/download/22-7-health-and-homelessness\\_v07\\_web-0023035125951538681212.pdf](https://www.feantsa.org/download/22-7-health-and-homelessness_v07_web-0023035125951538681212.pdf)

Canavan et al. (2012) *Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities.* BMC Health Services Research 2012:222. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-222>

MHE (2016) October 2016. *The need for mental health and psychosocial support for migrants and refugees in Europe.* <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Position-Paper-on->



Mental-Health-and-Migration.pdf

European Parliament (2016) Briefing, January 2016. *The public health dimension of the European migrant crisis*. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS\\_BRI\(2016\)573908\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf)

Pathway (2016). Mental health service assessments for rough sleepers – tools and guidance.

<https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Mental%20Health%20Service%20Guidance%20for%20Rough%20Sleepers.pdf>

Coldwell, C.M. & Bender, W.S. (2007) *The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis*. *Am J Psychiatry* 2007; 164:393–399).

## **Bolig**

Housing Regulations 2017 Statutory Instrument SI No 17 2017 the Irish Department of Housing, Planning and Local Government. In terms of supporting people with mental health support needs who have experience of homelessness, standards set out above can be seen as a minimum

Tsemberis S (2010) *Housing First The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Hazelden USA

Tsemberis S, Gulcur L, Nakae, M (2004) “*Housing First, Client Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with Dual Diagnosis*” *American Journal of Public Health* 94 (4), 651-656.

Hutchinson et al., 2014; Sznajder-Murray and Selznick, 2011.

## **Recovery**

American Academy of Family Physicians (1983) (2015 COD)

Appleby, L. (2007). *Breaking down barriers: The clinical case for change*. London: Department of Health. Retrieved from [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_074579](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074579)

Anthony, W.A. (1993). *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Cockersell, Peter (2018). *Social Exclusion, Compound Trauma and Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.

Deegan, P.E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.



Munoz, Vásquez e Panadero. *Stressful Life Events in David Levinson and Marcy Ross (2007). Homeless Handbook*. Berkshire Publishing Group.

Repper, J. & Perkins, R. (2006). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. Edinburgh: Bailliere Tindall.

Recovery and Independent Living Professional Expert Group (R&IL PEG) (2010). *Recovery orientated prescribing and medicines management*. Retrieved from [http://www.recoverydevon.co.uk/download/prescribing\\_project\\_report\\_FINAL\\_PEG\\_Advisory\\_Paper\\_8.pdf](http://www.recoverydevon.co.uk/download/prescribing_project_report_FINAL_PEG_Advisory_Paper_8.pdf).

## Udgående og opsøgende

<https://www.eaof.org/>

<https://www.mungos.org/our-services/outreach-teams/>

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED364617.pdf>

<http://homelesshub.ca/resource/value-outreach>

<http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/OutreachCurriculum2005.pdf>

<http://homelesshub.ca/resource/homeless-outreach-practises-bc-communities-volume-1>

<https://dmh.mo.gov/docs/mentalillness/litreview.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3441802/>

<http://www.mhwilliams.com/community-outreach-important/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482410>

[https://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach\\_work\\_among\\_marginalised.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach_work_among_marginalised.pdf)

<https://missioncommunityservices.com/homeless-outreach>

<http://homelesshub.ca/solutions/emergency-response/outreach>

<https://www.linkedin.com/pulse/20140706223307-50642561-nonprofits-benefits-of-community-outreach/>

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/15/secret-life-homeless-outreach-worker-abuse>

<https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/outreach-aller-a-la-rencontre-des-gens-en-contexte-ditinerance/>

## Medarbejderstøtte

<https://www.nhchc.org/resources/clinical/tools-and-support/core-competencies-for-the-hch-setting/>

<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14608791211288589>

<https://conted.ucalgary.ca/public/category/courseCategoryCertificateProfile.do?method=load&certificateId=6347688>

<http://www.homeless.org.uk/connect/blogs/2015/aug/19/do-you-know-your-tic-from-your-pie>

[http://www.feantsa.org/download/feantsa\\_traumaandhomelessness03073471219052946810738.pdf](http://www.feantsa.org/download/feantsa_traumaandhomelessness03073471219052946810738.pdf)

## Særlig tak til

---

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Camara Municipal de Lisboa; NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo); Associação Conversa Amiga; Projecto Casas Primeiro-AEIPS; Projecto É uma Casa- Associação Crescer; C.A.S.A- SCML; Centro de Alojamento Temporário de Xabregas; Espaço Aberto ao Diálogo- Comunidade Vida e Paz; Projecto Orientar; Centro Porta Amiga- AMI; Centro de Apoio Social de S. Bento; Unidade móvel Médicos de Mundo; Unidade móvel Ares do Pinhal; NAL de Arroios;

The Board and Staff of Midlands Simon Community and Sophia Housing, Mark Cooney Chairperson of Midlands Simon Community, Denis Doherty Chairperson of Sophia, Jean Quinn D.W, EoghanMurphy TD Minister for Housing, Planning and Local Government, Eileen Gleeson Dublin Regional Homeless Executive, Dr Bernie O'Donoghue Hynes Head of Research Dublin Regional Homeless Executive, Paul Gilligan CEO St Patricks Mental Health Services, Crosscare Family Hub Drumcondra, Anna Liffey Drug Project, De Paul - Back Lane Hostel, Peter McVery trust - St Catherines Foyer Hostel, Councillor Daithi Doolan and the Lord Mayors Office of Dublin City Council, Keiran Butler - Regional Coordinator for Homeless services in the Midlands, Ciaran Cannon TD - Minister for the Diaspora & International Development, Antoinette Kinsella Coordinator with the Midlands Regional Drugs Task Force.

Municipality of Florence, Coordinamento Toscano Marginalità, Università di Scienze Sociali Firenze, Council of Social Workers of Tuscany , Mental Health Department, Usl Centro Toscana and ASP Montedomini

Maria Stratigaki, Vice Mayor of Athens for Social Solidarity, Welfare and Equality. Greek Housing Network (especially former President Ioanna Pertsinidou and Vice President Spyros Psychas). Eleni Katsouli, President of City of Athens Homeless Shelter. NGO PRAKSIS and especially the Day Center for Homeless (D.C.f.H.) in Piraeus. Christos Alefantis (Editor), Aimilia Douka, Dora Maslinski, Street Paper "Shedia". Nikos Gkionakis, Scientific Associate of BABEL Day Center. Dimitra Siatista, Housing Researcher/Advisor of the Alternative Minister of Social Solidarity, Ministry of Labour, Social Security and Social Solidarity. All people in homeless situation and mental distress who shared their stories with us and/or contributed in different ways to the project, i.e during study visits.

Ajuntament de Barcelona, Càritas Diocesana de Barcelona, Suara Cooperativa, Grup Sant Pere Claver, Arrels fundació. Fundació ASSIS, Sant Joan de Déu Serveis Socials, Servicios Salud Mental Madrid, Institut Català de la Salut, Ambit Prevenció Fundació, Obra Social Santa Lluisa de Marillach, Associació Sarau, Obertament, Federació Veus, Radio NiKosia, Red sin Gravedad and Projecte Sostre

Regionens Psykiatriske Gadeplansteam, Aktivitetscentret, Sundholm, Mette Marie Hjemmet, Mændenes Hjem, Hjemløseenheden, Københavns Kommune, Gadens stemmer

Rzecznik Praw Obywatelskich  
Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



