



# ”Jeg bor jo ikke”

- en specialiseret sundhedsindsats  
betydning for hjemløse

Aja Ada Bierring Kristoffersen studienr.: 53977

Laura Haugsted Jedrzejowska studienr.: 53974

Vejleder:

Heidi Lene Andersen

Etfagsspeciale i Sundhedsfremme og

Sundhedsstrategier

Institut for Teknologi og Mennesker (IMT)

Roskilde Universitet

Juni 2016

## Kolofon

”Jeg bor jo ikke”

- en specialiseret sundhedsindsats betydning for hjemløse

Af:

Aja Ada Bierring Kristoffersen  
Laura Haugsted Jedrzejowska

Etfagsspeciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier  
Institut for Teknologi og Mennesker (IMT)  
Roskilde Universitet  
Juni 2016  
Vejleder: Heidi Lene Andersen

Afsnittene er udarbejdet af:

Fælles: 1., 1.1, 1.2, 5.3, 7. og 8.

Aja: 3.2.1, 3.2.2, 4.1, 4.1.2, 4.2, 4.5, 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3 og 6.

Laura: 2., 2.1, 3.1, 3.2.3, 3.2.4, 3.2.5, 3.2.6, 4.3, 4.4, 5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3 og 5.1.4

Antal anslag: 195.707, hvilket svarer til ca. 82 normalsider á 2400 anslag inkl.

mellemrum - ekskl. kolofon, abstract, indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag.

Dette speciale har sit udgangspunkt i SundhedsTeamet - et specialiseret sundhedstilbud til hjemløse i København. Vi har som specialestuderende fået lov til at følge SundhedsTeamet i deres arbejde på gaden, på morgencaféer, herberger og på deres kontor på Sundholm.

Derfor vil vi indledningsvist rette en stor tak til de professionelle - læger og sygeplejersker i SundhedsTeamet og til de borgere, vi har mødt igennem deres arbejde. Disse mennesker har velvilligt stillet op til interviews og observationer, og har ladet os deltage i samtaler over kaffe på kontoret.

Dette er vi meget taknemlige for!

Også en tak til de væresteder og morgencafeer rundt om i København, hvor vi er blevet taget imod med en åbenhed og hjælpsomhed, som har givet os et helt særligt indblik i den verden.

En tak til familie og venner for sparring og støtte gennem specialeprocessen. Sidst en stor tak til Heidi for god og konstruktiv vejledning.

## **ABSTRACT**

This thesis is a close investigation of the work of a specialized health measure focused on homeless people, called SundhedsTeamet.

The health-related problems of the homeless are often a combination of both individual and structural conditions, which demand a holistic and interdisciplinary effort.

The scientific theories at the basis of this thesis are phenomenology and symbolic interactionism through which we investigate not only the capacity to act of the homeless, but also the conditions required to implement a successful health promotion geared specifically to the homeless.

The methodical foundation of the thesis is participating observations of the work of SundhedsTeamet as well as qualitative interviews with homeless people and SundhedsTeamet.

Based on John Andersen and Marc Zimmerman's theories of empowerment we have focused analytically on the conditions necessary to implement a health-promoting effort.

With Steen Wackerhausen's 'open health concept' as a point of departure we have examined the capacity to act of the homeless. For that purpose we have included Robert D. Putnam's theory of social capital in order to shed light on the importance of the social networks of the homeless.

Subsequently, through Aaron Antonovsky, we have demonstrated how SundhedsTeamet strengthens the Sense of Coherence of the homeless and thus operates with empowerment on a micro level.

The Analysis shows how the effort of SundhedsTeamet succeeds in facilitating empowerment processes to a certain degree. However, they are limited both by their mono-professional focus and by the structures they are subjected to with results in a lack of capacity to embrace the total range of problems of the homeless citizens.

In order to render a health-promoting effort holistic, empowerment processes are necessary on a micro level as well as on a meso level and a macro level.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. KAPITEL - INDLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1 PROBLEMFELT.....	6
1.2 PROBLEMFORMLERING .....	13
<b>2. KAPITEL – PERSPEKTIVER PÅ HJEMLØSHED .....</b>	<b>14</b>
2.1 DEFINITIONER AF HJEMLØSHED .....	14
<b>3. KAPITEL - VIDENSKABSTEORETISKE OG METODISKE OVERVEJELSER... 18</b>	<b>18</b>
3.1 FÆNOMENOLOGI OG SYMBOLSK INTERAKTIONISME.....	18
3.2 METODISKE OVERVEJELSER.....	20
3.2.1 Metodetriangulering.....	20
3.2.2 Vidensproduktion i observations - og interviewsituationer ud fra et symbolsk interaktionistisk perspektiv .....	22
3.2.3 Adgang til feltet.....	24
3.2.4 Observations- og interviewovervejelser.....	26
3.2.5 Præsentation af specialets empiri .....	28
3.2.6 Metodekritik.....	34
<b>4. KAPITEL – TEORETISK RAMME.....</b>	<b>36</b>
4.1 EMPOWERMENT .....	36
4.1.2 Empowerment på mikro-niveau .....	38
4.2 ANTONOVSKY - EN OPLEVELSE AF SUNDHED .....	40
4.3 WACKERHAUSEN - DET ÅBNE SUNDHEDSBEGREB .....	44
4.4 PUTNAM - SOCIAL KAPITAL .....	47
4.5 OPERATIONALISERING AF TEORETISKE BEGREBER.....	50
<b>5. KAPITEL - ANALYSE.....</b>	<b>52</b>
5.1 HANDLEKAPACITET HOS DE HJEMLØSE.....	52
5.1.1 Informanternes livsbetingelser .....	52
5.1.2 Handlefærdigheder .....	58
5.1.3 Mål .....	60
5.1.4 Opsamling på handlekapacitet hos de hjemløse .....	62
5.2 SUNDHEDSTEAMETS MØDE MED DE HJEMLØSE.....	63
5.2.1 SundhedsTeamets organisering.....	64
5.2.2 SundhedsTeamets relationsarbejde .....	68
5.2.3 Det monofaglige perspektiv .....	80
5.3 OPSAMLING PÅ ANALYSE .....	84

<b>6. KAPITEL - REFLEKSION OVER DEN ANVENDTE METODE OG TEORI.....</b>	<b>86</b>
<b>7. KAPITEL - KONKLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>8. KAPITEL - PERSPEKTIVERING .....</b>	<b>92</b>
<b>9. LITTERATURLISTE.....</b>	<b>96</b>
9.1 BØGER.....	96
9.2 REDIGEREDE BØGER.....	97
9.3 ARTIKLER & TIDSSKRIFTER.....	99
9.4 RAPPORTER .....	100
9.5 WEBSIDER.....	100
<b>10. BILAGSOVERSIGT.....</b>	<b>102</b>

# 1. KAPITEL - INDLEDNING

Vores motivation for dette speciale hviler på en interesse for socialt udsatte grupper i samfundet og hvordan sundhedsfremmende indsatser kan tilrettelægges for at favne dem som målgruppe.

Specialet tager udgangspunkt i en særlig socialt udsat gruppe, nemlig hjemløse, og deres sundhedstilstand. Dermed skriver vi os ind i en aktuel debat om socialt udsatte og en stigende social ulighed i sundhed i Danmark.

Hjemløse har komplekse problemstillinger, der ofte er en kombination af sundhedsmæssige og sociale faktorer, hvortil der i indsatsen for hjemløse må tages udgangspunkt i en helhedsorienteret indsats. Specialets omdrejningspunkt er et nærstudie af SundhedsTeamets arbejde med hjemløse. SundhedsTeamet er en specialiseret sundhedsfaglig indsats, hvis arbejde primært er målrettet hjemløse borgere i Københavns Kommune.

Formålet med dette speciale er at undersøge, hvilken betydning SundhedsTeamets arbejde har for de hjemløse, og hvilke muligheder de fagprofessionelle har for at arbejde med sundhed og sundhedsfremme i et empowerment-perspektiv.

Vi ønsker med specialet at komme med et bidrag til, hvordan man i specialiserede sundhedsindsatser kan arbejde helhedsorienteret og sundhedsfremmende i arbejdet med socialt udsatte og hjemløse.

## 1.1 PROBLEMFELT

Danmark har ligesom mange andre lande sundhedspolitiske mål, så som længere middellevetid med færre syge år og at reducere social ulighed i sundhed. På trods af dette er social ulighed i sundhed stigende og et aktuelt problem. Selvom uligheden i sundhed og levevilkår i Danmark er relativ lille i forhold til resten af verden, kan der alligevel ses store skel i, hvordan sundhed og sygdom fordeler sig i befolkningen (Larsen 2009, Sundhedsstyrelsen 2011). Flere undersøgelser viser, at individers sociale position i samfundet har betydning for deres sundhedstilstand og levetid. Faktorer som uddannelsesniveau, job, økonomi og bolig spiller en stor rolle i forhold til sundheds- og sygdomstilstand. Jo flere parametre man er udsat på, jo større er ens risiko for at blive syg (Christensen et al. 2012, Larsen 2009, Sundhedsstyrelsen 2011).

Social ulighed i sundhed kommer til udtryk i en gradvis ulighed i den brede befolkning og i forhold til særligt udsatte grupper, hvor deres udsathed for sygdom og sundhedsrisici er væsentligt højere end hos andre befolkningsgrupper (Sundhedsstyrelsen 2016).

Hjemløse er en af de mest udsatte grupper i det danske samfund og bliver af ca. hver fjerde dansker mødt med en forestilling om, at deres hjemløshed er selvforskyldt (Epinion for Rådet for Socialt Udsatte 2016). I modsætning til dette mener forsker i hjemløshed ved SFI<sup>1</sup> Lars Benjaminsen, at hjemløseproblematikken for langt de fleste drejer sig om en kombination af strukturelle og individuelle forhold, så som mangel på billige boliger i storbyerne samt misbrug og sygdom (Sennov 2013).

Hvert andet år siden 2007 har SFI lavet en kortlægning af hjemløsheden i Danmark, hvor den sidste kortlægning udkom i 2015. Antallet af hjemløse var i 2015 6.138 personer, hvilket er en stigning på 5% fra 2013, og en stigning på 23%, hvis man sammenligner med optællingen fra 2009. Ca. en fjerdedel af de hjemløse har i en eller anden udstrækning en fysisk sygdom, mens halvdelen af de registrerede hjemløse har en psykisk sygdom. Der er en stor andel, ca. en tredjedel, der lever med dobbeltdiagnoser i form af psykisk sygdom og misbrugsproblemer (Benjaminsen & Lauritzen 2015).

Det fremgår i en undersøgelse fra 2013 omkring hjemløses sygdom og brug af sundhedsydelser, at der hos hjemløse eksisterer en overrepræsentation af forskellige sygdomme som f.eks. hepatitis, KOL, hudinfektioner mm., når man sammenligner med resten af befolkningen i Danmark. Denne overrepræsentation forstærkes af og hænger ofte sammen med kombinationen af forskellige 'udsathedsfaktorer', såsom psykisk sygdom og misbrug (Benjaminsen, Birkelund & Enemark 2013). I en undersøgelse fra Rådet for Socialt Udsatte fra 2012, belyses socialt udsattes sundhed og helbredsrelateret livskvalitet ud fra deres egen oplevelse og vurdering af deres helbred, psykisk funktion, stress og tandstatus. Undersøgelsen, som er lavet på baggrund af spørgeskemaer udfyldt af 1157 personer, konkluderer ligeledes, at socialt udsatte vurderer deres eget helbred som markant dårligere end resten af befolkningen vurderer deres helbred (Pedersen et al. 2012). En dansk undersøgelse fra 2011 viser,

---

<sup>1</sup> Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

hvordan der er sammenhæng mellem dårligt selv vurderet helbred blandt socialt udsatte og dårligt stillede livsomstændigheder og sociale problemer som f.eks. hjemløshed og misbrug. Undersøgelsen peger på at jo flere dårlige livsomstændigheder man er stillet i, jo dårligere er ens selv vurderede helbred (Pedersen, Grønbæk & Curtis 2011).

Ud fra ovenstående kan man sammenfatte, at hjemløshed ikke kun kan anskues som et spørgsmål om, hvorvidt man har en bolig eller ej. Hjemløshed må ses som en kompleks social- og sundhedsmæssig problemstilling. Den fornødne indsats målrettet hjemløse skal således ikke kun stiles mod boligsituationen, men omfatte en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, der indeholder elementer af socialt arbejde, pædagogik og forskellige behandlingsformer og tilgange (Benjaminsen & Lauritzen 2015).

#### Hjemløses møde med det 'traditionelle' sundhedssystem

Som beskrevet viser flere undersøgelser, at hjemløse borgere er overrepræsenteret i forhold til en lang række fysiske og psykiske sundhedsproblematikker, samtidig med at de hjemløses sundhedsproblematikker ofte er forbundet med komplekse sociale problematikker. Disse problematikker kan derfor medvirke til at hjemløse borgere differentierer sig fra, hvad det traditionelle sundhedssystem opfatter som det 'normale' eller gennemsnitlige. Dette kan medføre, at det traditionelle sundhedssystem bliver svært tilgængeligt for hjemløse, da de står udenfor de 'normale' sociale strukturer (Dybbroe & Kappel 2013, Kristensen 2014).

I SFI rapporten *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser* fra 2013 belyses hjemløse borgeres brug af offentlige sundhedsydelser. Undersøgelsen har dog kun inddraget den somatiske del af sundhedssystemet og overvejende de almindelige sundhedsinstitutioner i form af alment praktiserende læger og hospitaler. Men undersøgelsen viser, at hjemløse borgere har et markant merforbrug af sundhedsydelser set i forhold til resten af befolkningen, dog ikke når man ser på kontakten til tandlæger og speciallæger. Undersøgelsens resultater betyder dog ikke, at der ikke findes forskellige barrierer for den hjemløse i mødet med sundhedssystemet. SFI rapporten tager her udgangspunkt i en række amerikanske



studier, der opstiller fire typer af barrierer, som hjemløse borgere kan opleve i mødet med sundhedssystemet. Der skal selvfølgelig tages forbehold for, at det danske sundhedssystem er offentligt finansieret i modsætning til det amerikanske. De fire barrierer er: *økonomiske, administrative, organisatoriske og personlige*.

Den *økonomiske barriere* kan i Danmark ses i forhold til, at der hos hjemløse borgere er et forholdsvist lavt forbrug af ydelser fra tandlæger og f.eks. fysioterapi eller psykolog, som ofte bliver finansieret via egenbetaling. De *administrative barrierer* er ofte lange ventetider til f.eks. at komme til praktiserende læge. Ofte skal man lave en aftale et par dage i forvejen – et element der kan være yderst problematisk, da det er borgere, der lever fra dag til dag. *Organisatoriske barrierer* beskrives i rapporten som et resultat af vores opdelte sundhedssystem, hvor det kan være svært at overskue, hvilken sundhedsindsats man skal henvende sig til, og derfor ofte ender med at henvende sig til ens praktiserende læge eller skadestuen. Ligeledes indeholder de organisatoriske barrierer et element i forhold til, hvordan den hjemløse borger bliver mødt af de sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle kan have svært ved at give den fornødne omsorg eller information i forbindelse med en behandling, fordi de hjemløse som målgruppe fordrer en anden type kommunikation og tilgang. De *personlige barrierer* har udgangspunkt i individet selv, hvor f.eks. dårlige erfaringer med sundhedssystemet kan virke afskrækkende på individet og begrænse fremtidig kontakt med systemet. Personlige barrierer drejer sig desuden om, at sundhedsmæssige problemstillinger som ofte ikke prioriteres højest, når man er hjemløs. Ofte fylder tanker om overnatning, mad og misbrug mere end det næste lægebesøg. Rapporten konkluderer, at hjemløses større forbrug af skadestuens ydelser kan forklares ved, at de her møder færrest af systemets barrierer (Benjaminsen, Birkelund & Enemark 2013).

Rapporten og de barrierer, der beskrives, er med til at understrege, at hjemløse borgere er udfordret i deres kontakt med det traditionelle sundhedssystem. Rapporten inddrager specialiserede sundhedstilbud, som er målrettet hjemløse og som har til formål at hjælpe disse borgere, der ikke rigtigt passer ind i det traditionelle system. Et af disse specialiserede sundhedstilbud er SundhedsTeamet. Teamet er en opsøgende sundhedsfaglig indsats under Københavns Kommune, der er rettet mod hjemløse borgere med helbreds- og/eller misbrugsrelaterede problemer, som har behov for hjælp, men ikke selv formår at opsøge den (Benjaminsen, Birkelund &

Enemark 2013). SundhedsTeamet har eksisteret siden 2005, og blev ifølge overlæge og stifter Henrik Thiesen netop oprettet på grund af, at: *“En del hjemløse har i det hele taget svært ved at leve op til de krav, det etablerede sundhedsvæsen er nødt til at stille til brugerne.”* (Thiesen i: Nielsen).

SundhedsTeamet fungerer som en lægepraksis, men uden klinik, idet alt arbejde foregår ude hos den enkelte borger. SundhedsTeamet beskæftiger sig primært med hjemløse borgere, hvor kontakten mellem det traditionelle sundhedssystem og borgeren enten ikke er til stede eller ikke fungerer optimalt. SundhedsTeamet har foretaget en kvantitativ undersøgelse, der bygger på data fra 1500 af deres patienter, og som viser, at 91% ikke anvender egen læge. Dette skyldes enten, at de hjemløse ikke har kendskab til egen læge, har svært ved at kommunikere med egen læge, eller at de af forskellige årsager ikke ønsker at komme hos egen læge (SundhedsTeam 2008). Disse resultater stemmer overens med undersøgelsen fra SFI *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*.

Vi har derfor valgt SundhedsTeamet som specialets case for at undersøge, hvordan de arbejder med hjemløse. SundhedsTeamet er organiseret under Center for Udsatte Voksne og Familier i Københavns Kommune, der består af både kommunale og selvejende tilbud til bl.a. hjemløse og andre socialt udsatte (Københavns Kommune 2016 (A)).

Københavns Kommune tager i deres sundhedspolitik *Nyd livet Københavner 2015-2025* udgangspunkt i, at københavnere skal leve længere, da borgere i Københavns Kommune fortsat i gennemsnit lever kortere tid end i Danmark som helhed.

Sundhedspolitikken beskriver en vision om, at københavnere skal være blandt de borgere i verden, der har den bedste livskvalitet. Målet er at bryde den sociale ulighed i sundhed og at alle borgere skal have lige muligheder for at leve et langt og godt liv. Disse visioner og mål vidner om, at der fra kommunal side er et overordnet ønske om også at forbedre de sundhedsmæssige vilkår for udsatte borgere i kommunen, herunder hjemløse (Københavns Kommune 2015(A)).

Københavns Kommune pointerer i deres sundhedspolitik ønsket om, at sundhedsfremme og forebyggelse skal foregå alle steder, hvor borgerne befinder sig i løbet af deres hverdag, og at kommunens sundhedsindsatser skal tage udgangspunkt i borgernes egne erfaringer og ønsker.

Der prioriteres i sundhedspolitikken områder som bl.a. alkohol, rygning, fysisk inaktivitet og psykisk mistrivsel, hvilket vidner om et fokus på KRAM(S)<sup>2</sup>- faktorerne (ibid.).

Der har siden kommunalreformen i 2007 været øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i de danske kommuner, i og med at kommunerne er blevet hovedansvarlige for forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser.

Det overordnede mål i kommunerne er at sørge for, at alle borgere får de bedste lokale muligheder for at leve et godt liv længst muligt, hvortil en af store kommunale udfordringer er socialt udsatte borgeres dårlige helbred, social marginalisering og en lav sundhedsmestring, der samlet betegner social ulighed i sundhed (Lau et al. 2012). I tråd med forskellige regeringers folkesundhedsprogrammer, har der i kommunale indsatser ofte været fokus på at implementere såkaldte *enstrengede* forebyggelsesindsatser med udsping i KRAM(S)-faktorerne - såsom f.eks. motions- og rygestopkurser. Dette har resulteret i et mindre fokus på komplekse og socialt betingede sundhedsproblematikker som f.eks. mental sundhed, social eksklusion og marginalisering (ibid.).

Resultatet af disse enstrengede indsatser, der kommer til udtryk gennem sundhedsmålinger og kampagner, er, at de primært virker effektivt overfor borgere, der betragtes som den 'sundere' del af befolkningen, og som opnår den ønskede adfærdsændring. Derimod formår indsatserne ikke at favne de borgere, som ikke reagerer på forebyggelseskampagner eller benytter sig af kommunale traditionelle sundhedstilbud. De enstrengede indsatser kan dermed medvirke til en skævvridning i befolkningen, hvilket understreger behovet for alternative sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser for at modvirke den stigende sociale ulighed i sundhed (ibid.). Imidlertid er den tilgængelige viden om sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser målrettet socialt udsatte mangelfuld (Lau & Dybbroe 2012).

Udover det enstrengede fokus tager de traditionelle tiltag som kampagner og sundhedsmålinger primært udgangspunkt i det individuelle ansvar i forhold til at følge diverse anbefalinger og råd om sundhed. Denne individorientering kaldes også 'blame the victim'-holdningen, hvor usund adfærd vurderes som individets eget valg og dertilhørende ansvar (Jørgensen 2014). Forskning tyder på, at der for at opnå

---

<sup>2</sup> Kost, rygning, alkohol, motion og stress

sundhedsfremmende forandringer for udsatte grupper må tages udgangspunkt i en strukturel tilgang, hvor fokus er på eksterne forhold, som medvirker til sundhedsmæssige problematikker (Lau & Dybbroe 2012). Den strukturelle tilgang indebærer, at der fra politisk og administrativ side fokuseres på at skabe sundhedsfremmende indsatser, som styres gennem regulering, og et øget fokus på de omgivelser, borgerne befinder sig i (Jørgensen 2014).

I modsætning til denne individorienterede tilgang, hvor individet har ansvar for egen sundhed, og hvor der er et dominerende fokus på KRAM(S), har WHO gennem årtier argumenteret for en helhedsorienteret tilgang til sundhedsfremme, som dog ikke helt er slået igennem endnu. WHO udarbejdede i 1986 Ottawa Charter, der stadig betragtes som et af de vigtigste internationale dokumenter i forbindelse med udviklingen af sundhedsfremme (Kamper-Jørgensen & Jensen 2009). Intentionen var at skabe et dynamisk internationalt handlingsprogram omhandlende sundhedsfremme som støtte til målet om *Sundhed for alle i år 2000* -strategien (Komiteen for Sundhedsoplysning 1988). Sundhedsfremme tager udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb, der i modsætning til den biomedicinske tilgang til sundhed<sup>3</sup> har fokus på, at det enkelte individs sundhed betragtes som en kombination af alder, levekår, arvelige forhold, livsstil og sundhedssystemets indsats. Og hvor livskvalitet, i form af psykisk og social velbefindende, medtænkes som en del af ens sundhed (Kamper-Jørgensen 2005, Kjølner, Juel & Kamper-Jørgensen 2007)

I Ottawa Charter defineres sundhedsfremme som:

*“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment.”* (WHO 2016).

Sundhedsfremme indeholder via definitionen to elementer: 1) at fremme sundhed og 2) at mennesker skal opnå kontrol med de forhold, som berører deres sundhed (Vallgård 2009). Sundhedsfremme er et begreb, der bevæger sig ud over en sund livsstil og hen imod en øget livskvalitet (WHO 2016). Indlejret i chartret er et stærkt

---

<sup>3</sup> Sundhed defineres som fravær af sygdom, og hvor kemiske og fysiske processer betragtes som mere væsentlige end sociale sammenhænge og individets livsverden.

fokus på en helhedsorienteret og kapacitetsopbyggende empowerment-tilgang. Denne empowerment-tilgang er kollektivt funderet, idet den indeholder en kombination af et individperspektiv og en strukturel tilgang (Lau & Dybbroe 2012).

På baggrund af ovenstående viser der sig en problemstilling om, at hjemløse borgere ofte ikke favnes af de traditionelle sundhedstilbud, der har et snævert syn på sundhed og en 'blame the victim'-holdning.

Vi vil derfor sætte skarpt fokus på en specialiseret sundhedsindsats for at se på, hvilke muligheder indsatsen har for at arbejde mere helhedsorienteret med sundhed i et empowerment-perspektiv.

## 1.2 PROBLEMFORMULERING

*Hvordan oplever hjemløse deres handlekapacitet, og hvilke mulighedsbetingelser kræver en sundhedsfremmende indsats analyseret ud fra SundhedsTeamets arbejde i et empowerment-perspektiv.*

### Arbejdsspørgsmål

- Hvordan beskriver den hjemløse sin egen sundhed, og hvilke problemstillinger hos den hjemløse kan man udlede af dette?
- Hvordan arbejder SundhedsTeamet med de hjemløses sundhedsmæssige problemstillinger, og hvilken betydning har SundhedsTeamet for de hjemløses oplevelse af sammenhæng<sup>4</sup>?
- Hvilke mulighedsbetingelser har SundhedsTeamet for at bidrage til empowerment, og hvilken viden kan man udlede heraf omkring sundhedsfremme målrettet udsatte borgere?

---

<sup>4</sup> Oplevelse af sammenhæng refererer til Aaron Antonovskys teori, som vil blive udfoldet i den teoretiske ramme

## 2. KAPITEL – PERSPEKTIVER PÅ HJEMLØSHED

Hjemløse er som beskrevet i problemfeltet en af de mest udsatte grupper i Danmark. De er ofte præget af flere udsathedsfaktorer på samme tid, herunder misbrug, fysiske og psykiske problemstillinger og sociale udfordringer.

Der findes dog ikke en ensartet forståelse og klar definition af hjemløse og hjemløshed i forskningslitteraturen, og vi vil derfor i følgende afsnit skitsere forskellige forståelser og definitioner af hjemløse som gruppe. Målet er at sammenligne forskellige perspektiver på hjemløshed, for at opnå en forståelse af begrebet og den målgruppe SundhedsTeamet arbejder med.

Historisk blev begrebet hjemløshed i 1920'erne og 1930'erne forbundet med arbejdsløshed (Järvinen 2011). Indtil da hørte gruppen af hjemløse til under betegnelser som vagabonder, omstrejfer og sigøjnere (Brandt 2008). I slut 1940'erne og 1950'erne blev hjemløshed forbundet med boligmangel. Boligmanglen var en konsekvens af for få og for dårlige lejligheder især i København. Først fra 1960'erne bliver fokus rettet mod individet og hjemløshed blev nu forbundet med: “(...) *personlige kriser og vanskeligheder.*” (Järvinen 2011: 243), så som alkoholproblemer og forliste ægteskaber.

Tidligere har hjemløshed figureret som en underkategori til socialt udstødte, sammen med kriminelle, grupper af sindslidende, grupper af flygtninge og indvandrere mm. Gruppen af hjemløse har siden fået mange underkategorier, og gruppen der tidligere primært bestod af alkoholiserede mænd er blevet udvidet med bl.a. kvinder, børn, indvandrere og flygtninge (Järvinen 2011).

### 2.1 DEFINITIONER AF HJEMLØSHED

Den klassiske definition

En definition som mange danske rapporter, der har hjemløshed som fokus, tager udgangspunkt i FEANTSAs<sup>5</sup> ETHOS<sup>6</sup>- klassifikation af hjemløshed.

---

<sup>5</sup> The European Federation of National Organisations working with the Homeless

<sup>6</sup> European Typology of Homelessness and Housing Exclusion

I SFI rapporten *Hjemløshed i Danmark 2015* arbejdes der ligeledes ud fra denne klassifikation dog tilpasset danske forhold. Definitionen af hjemløshed lyder i rapporten således:

*“Som hjemløse regnes personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidig boalternativer, eller som bor midlertidig og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte. Som hjemløse regnes også personer uden et opholdssted den kommende nat.”* (Benjaminsen & Lauritzen 2015: 17).

I denne definition er udgangspunktet for at være hjemløs fraværet af et hjem. Hjemløse defineres her alene ud fra deres boligsituation. I ETHOS-klassifikationen beskrives det, hvordan der er tre *domæner* der danner et hjem. Et *fysisk domæne*, der beskriver det at have en fysisk bolig eller et rum, som man har eneret over, et *socialt domæne* som indebærer muligheden for at opretholde privatliv og tilgodese sociale relationer; og et *retsligt domæne*, der giver én juridiske rettigheder til at bo i boligen (FEANTSA 2011).

#### En mere nuanceret definition

Den klassiske definitions fokus på at være uden hjem problematiseres af flere (Bech-Jørgensen 2003, Brandt 2008, Glasser & Bridgman 1999). Professor Birthe Bech-Jørgensen beskriver, hvordan et hjem må forstås som mere end bare en bolig eller et tag over hovedet. Der findes folk, der har lejligheder eller huse, men som ikke har et hjem. Et hjem indeholder først og fremmest en følelse af tryghed. Og det at få et hjem kommer ikke af sig selv. Der skal arbejdes for det, og man skal vide, hvordan man gør (Bech-Jørgensen 2003).

Tidligere formand for Rådet for Socialt Udsatte, Preben Brandt, beskriver ligeledes, hvordan hjemløshed ikke kun kan defineres som at være boligløs. Ifølge Brandt handler hjemløshed om meget mere end det at have tag over hovedet – det handler om at være udstødt af samfundet, både i forhold til familiemæssige relationer samt offentlige- og arbejdsmæssige netværk. Brandt beskriver, hvordan hjemløshed handler om:

*“En person er hjemløs, når vedkommende ikke har en bolig, der kan opfattes som stabil, blivende og opfylder kravet til en rimelig boligstandard. Samtidig*

*magter vedkommende ikke at benytte sig af samfundets relationer og institutioner i allerbredeste forstand - fx et familiært netværk samt private og offentlige institutioner af enhver slags. Årsagerne hertil kan være åbenlyse eller mere skjulte forhold hos den enkelte eller i den måde, samfundet indretter sig på.” (Brandt 2009: 82).*

Hjemløshed kan altså ifølge Brandt og flere ikke passe ind under den ‘klassiske’ snævre definition, der kun fokuserer på om en person har en bolig eller ej. Definitionen kan ikke rumme den kompleksitet af problemstillinger, der karakteriserer denne gruppe. I Brandts definition af hjemløshed er fokus ikke kun på det ikke at have en bolig, men lige så meget på en mere overordnet udstødelse fra samfundet.

I forlængelse heraf lægger Center for Alternativ Samfundsanalyse sig. De beskriver hjemløse som en særlig gruppe blandt socialt udstødte, der ikke kan rummes af velfærdssamfundet eller ikke kan forsørge sig selv. Deres eksistentielle situation er påvirket af sociale og personlige problemer f.eks. i form af psykisk eller fysisk sygdom og misbrug. Det er mennesker i en belastet social situation, hvis økonomi er afhængig af offentlige ydelser (CASA 2016).

#### Faktorer der medvirker til hjemløshed

Medtænker man et fokus på social udstødthed eller social eksklusion i forståelsen af hjemløshed, giver det plads til bedre at forstå årsagerne til hjemløshed, og hvem det typisk rammer. Brandt beskriver, at det at være hjemløs er at være massivt udstødt fra samfundet, hvilket ikke er noget, der rammer alle. Det er sjældent mennesker med en god og stabil barndom, som bliver udstødt (Brandt 1999). Rådet for Socialt Udsatte anskuer ‘vejen’ mod socialt udsathed, herunder hjemløshed, som en langvarig proces, hvori tre livshistoriske forhold spiller en afgørende rolle. Her er der tale om sociale personlige begivenheder, socialt belastede familieforhold og ens placering i sociale, kulturelle og økonomiske hierarkier (Dybbroe & Kappel 2013). Ofte er hjemløshed, som også tidligere beskrevet, en konsekvens af en række faktorer, der både har med samfundets indretning og det enkelte individs forhold at gøre – et samspil mellem strukturelle faktorer og individuelle forhold (Brandt 2008, Glasser & Bridgman 1999). For mange hjemløse er marginaliseringen startet tidligt i livet – omsorgssvigt i barndommen og måske psykisk sygdom, der er brudt ud i ungdomsårene



(Benjaminsen & Lauritzen 2015). Således kan hjemløshed sættes i forbindelse med social marginalisering og social eksklusion i samfundet.

Det er med udgangspunkt i ovenstående refleksioner, at dette speciales syn på hjemløshed har sit afsæt. Vi tilslutter os Brandts og Bech-Jørgensens overvejelser om, at hjemløshed handler om mere og andet end blot det at have et hjem. Denne gruppe borgere, der ikke kan rummes af samfundet eller dets velfærdsinstitutioner, er det centrale element i forhold til at se på SundhedsTeamets arbejde. Netop de hjemløse borgeres sammensatte problemstillinger, der relaterer sig både til individuelle og strukturelle forhold fordrer en kollektiv, helhedsorienteret empowerment-indsats.

### **3. KAPITEL - VIDENSKABSTEORETISKE OG METODISKE OVERVEJELSER**

I det følgende argumenteres for og reflekteres over den viden, vi i specialet producerer og formidler. Først præsenteres, hvordan vi forstår viden i et fænomenologisk og symbolsk interaktionistisk perspektiv efterfulgt af metodiske refleksioner over vores kvalitative tilgang, herunder argumentation for specialets metodetriangulering. Dernæst en beskrivelse af vores vej ind i feltet og etiske overvejelser samt slutteligt en beskrivelse af vores case SundhedsTeamet og vores informanter.

#### **3.1 FÆNOMENOLOGI OG SYMBOLSK INTERAKTIONISME**

For at kunne besvare vores problemformulering bedst muligt, tager specialets videnskabsteoretiske ståsted udgangspunkt i en fænomenologisk og en symbolsk interaktionistisk tilgang. Fælles for fænomenologiske og symbolsk interaktionistiske tilgange er, at de beskæftiger sig med de motiver, som ligger bag individers tolkninger, handlinger og oplevelser (Jørgensen 2008). Men hvor der i fænomenologien tages udgangspunkt i det enkelte individ, tager symbolsk interaktionisme udgangspunkt i interaktionen mellem individer og mellem individ og samfund (Hutchinson & Oltedal 2005).

Fænomenologien blev grundlagt af filosof Edmund Husserl (1859-1938) og centrerer sig om, at viden skabes i et første-persons perspektiv (Zahavi 2006). Fænomenologien giver os mulighed for at fokusere på det enkelte individ og på fænomener, som individet opfatter dem. Med udgangspunkt i individets erfaringer og tolkninger, kan vi undersøge, hvordan fænomener skabes i individets bevidsthed, og hvilken betydning de har for den enkelte: *“I fænomenologien tager vi udgangspunkt i den person, der skaber mening.”* (Hutchinson & Oltedal 2005: 96).

Med et fænomenologisk perspektiv får vi mulighed for at opnå viden om de hjemløses livsverden, og via deres erfaringer og tolkninger kan vi forstå de hjemløses livssituation og dermed deres udgangspunkt for sundhed. Dertil har vi valgt at inddrage symbolsk interaktionisme, da det giver os mulighed for at se på betydningen af SundhedsTeamets arbejde ved at fokusere på selve interaktionen mellem SundhedsTeamet og den hjemløse.

I dette videnskabsteoretiske perspektiv opstår viden i interaktionen mellem mennesker: ”(...) *alt socialt liv opstår i mødet mellem mennesker (...)*” (Jørgensen 2008: 230).

Symbolsk interaktionisme er inspireret af sociolog George Herbert Mead (1863-1931). Han anskuede individer som socialt skabte og som aktive skabere af eget liv (Hutchinson & Oltedal 2005). Herbert Blumer (1900-1987) som var elev af Mead introducerede symbolsk interaktionisme som teoretisk begreb. Blumer beskrev symbolsk interaktionisme, som når individer indgår i forskellige samspil og tolker mening ind i hinandens handlinger (Hutchinson & Oltedal 2005).

I symbolsk interaktionisme, modsat i fænomenologien, er fænomeners betydning ikke en uafhængig størrelse, vi som forskere kan afdække, men et relationelt fænomen, der kan afdækkes ud fra situationen og via inddragelse af konteksten (Hutchinson & Oltedal 2005, Mik-Meyer & Järvinen 2005). Mening skabes på baggrund af de interaktioner, der sker mellem de deltagende parter, og handling skal ses som et resultat af dette (Jørgensen 2008). I den sociale interaktion, er der en iboende mulighed for forandring tilstede, og derved hele tiden mulighed for nye forandringer og definitioner af menneskelige relationer, som ikke er betinget af givne meningsdannelser og normer (Harste & Mortensen 2013). Denne forandring er væsentlig at se på i relation til SundhedsTeamets betydning for de hjemløse borgers oplevelse af sammenhæng.

Der er i symbolsk interaktionisme fokus på relationen mellem mennesker, men man er også interesseret i en *tredje part*. Den tredje part kan anskues som den sag eller situation, som de involverede parter mødes omkring. I vores speciale kan dette betragtes ud fra de situationer eller sager, der udspiller sig mellem SundhedsTeamet og den hjemløse borger, hvilket f.eks. kan være problemstillinger, såsom social angst og smerter. Der kan igennem deres relation ske en ny forståelse af problemstillingen mellem den hjemløse og SundhedsTeamet.

Metodisk prøver man ud fra et symbolsk interaktionistisk perspektiv at belyse individers tolkning af interaktionen. I og med at individet anses som værende meningssøgende er det centralt, hvordan de forskellige deltagere i en interaktion tolker mening ind i deres handlinger (Hutchinson & Oltedal 2005). I fænomenologien forsøger man metodisk at forstå sociale fænomener ud fra et første-persons perspektiv, og beskrive verden, som den opleves af de hjemløse borgere. Dette ud fra

en antagelse om, at den betydningsfulde virkelighed er, som informanterne oplever den (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann 2010).

Vores tilgang til viden er altså en kombination af en fænomenologisk og symbolsk interaktionistisk tilgang. For at undgå metodiske konflikter har vi valgt primært at anvende den fænomenologiske tilgang til at undersøge de hjemløse borgeres oplevelser og tolkninger af egen sundhed, mens den symbolske interaktionistiske tilgang anvendes til at fortolke SundhedsTeamets arbejde med de hjemløse borgere. Ved at kombinere de to tilgange forsøger vi med fænomenologien at imødekomme en kritik af symbolsk interaktionisme. En kritik der går på, at noget af subjektiviteten forsvinder i symbolsk interaktionisme, da meninger og handlinger kun opstår i den sociale interaktion mellem individer. Denne kritik forsøger vi ligeledes at imødekomme via vores teoretiske perspektiver ud fra Steen Wackerhausens åbne sundhedsbegreb og Aaron Antonovskys salutogenetiske tilgang til sundhed<sup>7</sup>

## **3.2 METODISKE OVERVEJELSER**

### **3.2.1 Metodetriangulering**

Vores speciale er empirisk funderet og bygger på to deltagende observationer, hvor vi hver især har fulgt en af SundhedsTeamets sygeplejersker en hel dag, og syv kvalitative interviews med henholdsvis sygeplejersker fra SundhedsTeamet og hjemløse borgere. Med et fænomenologisk og symbolsk interaktionistisk perspektiv afgrænser vi os fra at undersøge vores genstandsfelt ud fra kvantitative metoder, som f.eks. surveyundersøgelser, der ofte anvendes i forhold til at gøre et genstandsfelt målbart. Kvalitative metoder som deltagende observationsstudier og forskningsinterviews er bevidste valg, da vi dermed netop får mulighed for at få indblik i de hjemløses livsverden og for at se på interaktionen mellem SundhedsTeamet og de hjemløse borgere.

Kombinationen af deltagende observationer og interviews vil danne ramme for specialets metodetriangulering. Denne metodetriangulering er valgt for at give os et

---

<sup>7</sup> Begge begreber udfoldes mere i den teoretiske ramme.

større og bredere indblik i, hvordan SundhedsTeamet retter deres indsats direkte mod hjemløse.

Vi finder kombinationen af deltagende observationer og interviews særligt relevant, idet de to metoder supplerer hinanden godt og på hver deres måde bidrager med viden om vores genstandsfelt. Ved denne kombination får vi via de deltagende observationer mulighed for at: “(...) beskrive hva folk sier og gjør i sammenhenger som ikke er strukturert af forskeren.” (Fangen 2010: 173) og i interviewsituationerne mulighed for at spørge ind til fænomener eller handlinger, som vi er blevet opmærksomme på under vores observationer (Fangen 2010). Vi kan gennem vores deltagende observationer iagttage SundhedsTeamets og de hjemløses møde. Samtidigt ønsker vi at deltage i den sociale samhandling på en så naturlig måde som muligt, dog ikke for aktivt, således at situationen ændres på grund af vores tilstedeværelse. Vores rolle i de deltagende observationer defineres af og i situationen (ibid.). Som deltagere fungerer vi både som forskere og som individer, idet vi interagerer med de mennesker, der observeres, og vi kan dermed ikke forholde os rent objektivt til observationerne (ibid.).

Modsat vores deltagende observationer får vi med kvalitative interviews mulighed for at opnå en mere dybdegående viden i forhold til at forstå SundhedsTeamets arbejde og de hjemløses livsverden. Interviewet kan ses som en professionel og mere struktureret samtale, hvor man kan opnå viden om den interviewedes livsverden. Dermed får vi en større forståelse af vores informanternes perspektiver på deres interaktion, samt på det samfund, de er en del af (Kvale & Brinkmann 2009). I forhold til indsamling af empiri og anvendelse af empirien i analysen er begge metoder ligestillet. Det vil sige, at vi ikke fokuserer mere på interviews end deltagende observationer.

Metodetrianguleringen giver os ligeledes mulighed for at vurdere gyldigheden af informanternes udsagn, ved at vi kan sammenligne de observerede handlinger med informanternes udtalelser i interviewene (Fangen 2010).

Ved både observationer og interviews er vores empiriindsamling struktureret ud fra guides. Dette for at kunne holde fokus koncentreret på genstandsfeltet (Fangen 2010). Vores observationsguide var bred og åben, og fokuserede på SundhedsTeamets arbejdsmetoder og relationen mellem SundhedsTeamet og de hjemløse (se bilag 1). Vores interviewguides er dannet på baggrund af vores opsøgende arbejde i hjemløse

miljøet, deltagende observationer samt litteratursøgning med fund af kvantitative og kvalitative undersøgelser om hjemløses selvvaluerede helbred (Power et al. 1999, Daiski 2007, Pedersen, Grønbæk & Curtis 2011). Interviewguiderne var inddelt i temaer, der sikrede, at vi kom rundt om alle de elementer, vi gerne ville belyse (Tanggaard & Brinkmann 2010). Interviewguiden til SundhedsTeamet indeholdt tre temaer: *Faktuelle oplysninger, typisk arbejdsdag, sundhedsforståelse & tilgang til borgerne* (se bilag 2). Interviewguiden til de hjemløse informanter indeholdt ligeledes tre temaer: *Faktuelle oplysninger og helbredstilstand, prioriteter i hverdagen og kontakt til sundhedssystemet* (se bilag 3).

Både vores deltagende observationer og interviews bærer præg af et relativt kort feltarbejde. Fordelen ved et forholdsvist kort feltarbejde kan være, at vi relativt hurtigt bearbejdede de indtryk vi fik, hvilket kan have medført en større grundighed, end hvis feltarbejdet havde strækket sig over flere år. Ulempen ved et forholdsvist kort feltarbejde kan til gengæld være, at vi ikke har formået at skabe et tillidsrum mellem os og informanterne, hvilket kan have resulteret i, at vi ikke har opnået den dybdegående viden, som vi ellers ønskede (Fangen 2010).

### **3.2.2 Vidensproduktion i observations - og interviewsituationer ud fra et symbolsk interaktionistisk perspektiv**

At arbejde ud fra kvalitative metoder, som deltagende observationer og interviews indeholder et immanent element om, at der findes en mere eller mindre stabil verden, som man som forsker kan afdække. Dette er ud fra et symbolsk interaktionistisk perspektiv ikke muligt, da den viden, vi opnår her, som tidligere beskrevet skabes gennem interaktionen mellem mennesker. Interview som metode kan kritiseres for, at den prøver at være en repræsentation og en konstruktion samtidigt. Det vil sige, at interviewet på den ene side skal producere viden om et givent fænomen, og på den anden side skal give adgang til informantens umiddelbare oplevelse (La Cour, Knudsen & Thygesen 2005).

Den viden, som vi ud fra et symbolsk interaktionistisk perspektiv producerede i vores deltagende observations- og interviewsituationer med SundhedsTeamet og de hjemløse borgere, er kontekstafhængig, baseret på relationen og en 'her-og-nu-viden'.

Dette står umiddelbart i kontrast til det fænomenologiske kvalitative forskningsinterview, da vi her opnåede viden om informantens livsverden fra første-persons perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009).

Som deltagere i observations- og interviewsituationerne er vi bevidste om, at vores tilstedeværelse altid vil påvirke situationerne. I et symbolsk interaktionistisk perspektiv er denne påvirkning *meningsproducerende* (Järvinen & Mik-Meyer 2005), da den altså er med til at skabe den viden, der bliver produceret. Opmærksomheden er på, hvordan den sociale kontekst mellem os og informanterne påvirker interaktionen. Dette til forskel fra et fænomenologisk perspektiv, hvor vores opmærksomhed er på den enkelte informants livsverden og 'private' oplevelser (ibid.)

I bearbejdelsen af vores empiri og den efterfølgende analyse bør vi være opmærksomme på, at informanterne som oftest fremstiller sig som fornuftige og respektable mennesker. De vil altid forsøge at præsentere et *foretrukket selv* (Järvinen & Mik-Meyer 2005). Man kan forestille sig, at der for både SundhedsTeamet og de hjemløse borgere under de deltagende observations- og interviewsituationer kan være perspektiver, som de bevidst eller ubevidst har undgået at tale om. SundhedsTeamet for at fremstå professionelle og beskytte deres arbejde, og de hjemløse for at sætte sig selv i en bedre situation, end de egentlig er i, måske på grund af dårlig samvittighed eller for ubevidst at leve op til samfundets normer og forventninger.

Til trods for disse forbehold vurderer vi, at en metodetriangulering bestående af deltagende observationer og kvalitative interviews er den bedste måde, hvorpå at vi kan opnå viden om vores genstandsfelt. Vi kan således fastslå, at der i dette speciale er tale om en fænomenologisk og symbolsk interaktionistisk analyse af observationer og interviews. Hvor vi med fænomenologiske, kvalitative interviews kan opnå viden om de hjemløses livsverden, og samtidig via symbolsk interaktionisme kan producere kontekstafhængig viden omkring SundhedsTeamets arbejde med de hjemløse.

### 3.2.3 Adgang til feltet

Vores empiriske udgangspunkt er, som beskrevet, SundhedsTeamets arbejde og hjemløse. Følgende er en beskrivelse af de overvejelser og refleksioner, som vi har gjort os i forhold til at skabe kontakt til vores genstandsfelt.

#### Undersøgelse af feltet

For at prøve at skabe en større forståelse af, hvad det vil sige at være hjemløs, og hvilke problemstillinger og behov der typisk følger med, kontaktede vi og besøgte en række væresteder og morgencaféer for hjemløse. Ligeledes har vi været i kontakt med lokalformanden i SAND<sup>8</sup> Hovedstaden, Jens Vestergaard.

Igennem disse besøg og vores samtaler med Jens Vestergaard og SundhedsTeamet er vi blevet klogere på hjemløse og det miljø, de færdes i. Vi er blevet styrket i vores forståelse af hjemløse som en sårbar og udsat gruppe, og at det ikke er en gruppe, der er så nemt tilgængelig som først antaget.

Gennem vores samtaler fik vi etableret en god relation til SundhedsTeamet. På baggrund af vores ny erhvervede viden om hjemløse fik vi hjælp fra SundhedsTeamet til at skabe kontakt til de hjemløse informanter. SundhedsTeamet blev dermed vores *gatekeeper*: *“De vokter porten som åbner for kontakten med de andre deltagere og tilgang til feltet.”* (Fangen 2010: 67). Nødvendigheden af at have en gatekeeper bekræfter os i, at de hjemløse befinder sig i en udsat situation, og at det ville kræve en mere dybdegående relation og større tillid, førend vi ville kunne opnå viden fra dem: *“Tillid er grundlaget for tilegnelsen af den rigeste og mest nøjagtige blotlæggelse, en respondent er i stand til at levere.”* (Gleshne & Peshkin i: Kvale 2014: 40). Netop denne tillid kan være svær at etablere på forholdsvis kort tid, hvorfor vores relation til SundhedsTeamet blev helt essentiel for vores interviews med de hjemløse.

Vores kontakt til SundhedsTeamets læger og sygeplejersker har fra start af været uformel og været præget af en enorm imødekommenhed, interesse og nysgerrighed fra begge sider. Vi oplevede, at den afslappede stemning og gensidige interesse mellem SundhedsTeamet og os var med til at skabe en samarbejds- og tillidsrelation,

---

<sup>8</sup> Sammenslutningen Af Nærudvalg i Danmark



der gjorde det muligt for os at komme tæt på SundhedsTeamets arbejde (Fangen 2010). Dette gjorde vi ved at være ærlige og oprigtige og ved at prøve at tilpasse os SundhedsTeamets daglige rutiner (ibid.). Relationen mellem SundhedsTeamet og os har været med til, at vi på trods af begrænset tid til at skabe tillidsrelationer til de hjemløse, alligevel har kunnet opnå en dybereliggende og personlig viden fra de hjemløse informanter.

På trods af vores relation til SundhedsTeamet har det stadig været en udfordring at finde 'de rette informanter'. SundhedsTeamet har været påpasselige i forhold til, hvem de satte os i kontakt med. Det er ikke de allermest sårbare informanter vi har fået kontakt til, samtidig med at informanterne skulle være i en tilstand, hvor de kunne svare på vores spørgsmål. Disse forbehold resulterede i, at vi er endt med hjemløse informanter, der alle mere eller mindre har fast tag over hovedet.

Vi har lavet ni interviews med hjemløse, men har valgt kun at transskribere og anvende fem af dem i specialet. De resterende fire blev fravalgt, da informanterne enten var for påvirkede af alkohol eller stoffer og dermed havde svært ved at holde fokus og koncentrere sig om interviewet, eller fordi informanterne havde haft fast bolig de sidste 20-30 år og derfor havde svært ved at klassificere sig selv som hjemløse.

Alle ni interviews, samt løse samtaler med hjemløse som foregik på Sundholm, væresteder, morgencaféer og i informanternes egen bolig, har været med til at understrege, hvor mangfoldig gruppen af hjemløse er, hvor forskellige de problemer og udfordringer, de kæmper med er, og hvor forskellige vilkår de lever under. Vi har f.eks. talt med en ung fyr, der havde været hjemløs i nogle år, og som kommer en del på en morgencafé i Nordvest. Han har intet misbrug af nogen art og umiddelbart ingen fysiske eller psykiske problemer. Han har, som han selv udtrykker det: "*bare været uheldig i livet.*". Han har lige fået job som vicevært og er sikker på, at han nok skal få kæmpet sig tilbage på rette vej igen. Han er velsoigneret, og vi føler os godt tilpas i hans selskab. Som modsætning til ham står en fyr, som vi besøgte i hans hjem i en 'skæv'<sup>9</sup> bolig. Han har levet på gaden i mange år og har et massivt alkohol- og stofmisbrug. Han fremstår usoinneret og ser ødelagt ud, har næsten ingen tænder og et hævet øje. Hans bolig fremstår snavset og på sofabordet, som vi sidder ved, flyder det

---

<sup>9</sup> Skæve boliger er en boligform til borgere, der har svært ved at passe ind i et almindeligt boligmiljø

med cigaretter, madvarer, vodkaflasker, regninger, kondomer og aske. Han er påvirket af alkohol, og fægter med armene ud i luften, imens han fortæller om alle dem, han gerne vil 'smadre', og om hvor utryg han er ved at bo, der hvor han bor. Efterfølgende besøgte vi en mand i hans lejlighed, hvor han har boet det sidste halve år. Før det har han levet på gaden i ca. 20 år. Da vi ankommer har han dækket op til kaffe, der er pænt og rent, og vi har faktisk lyst til at drikke en kop kaffe hos ham. Han er soigneret, men der er alligevel tegn på, at han har levet et hårdt liv, han mangler tænder og klager over problemer med ryggen. Ved nærmere eftersyn af lejligheden lægger vi mærke til, at der ingenting er på hylderne eller væggene, hvilket skaber en stemning af, at han ikke helt er faldet på plads og har fundet sig til rette i lejligheden endnu.

Alle disse skæbner, små beretninger og møder medvirker til at skabe vores udgangspunkt for dette speciale. De giver os hver især, og på hver deres måde, noget viden om hjemløse borgere. Det bærer for os vidnesbyrd om, at hjemløse ikke kan ses som en homogen gruppe, og at der er mange sociale og sundhedsmæssige problemstillinger på spil.

#### **3.2.4 Observations- og interviewovervejelser**

Vi havde i forbindelse med vores interviews et ønske om, at de skulle foregå i så trygge rammer som muligt for vores informanter. Alle interviewene fandt sted der, hvor vores informanter selv ønskede det, således at de forhåbentligt kunne føle sig godt tilpas. Interviewene blev foretaget enten på det sted, hvor informanterne bor eller opholder sig eller på SundhedsTeamets kontor på Sundholm.

Gennem processen med indsamling af empiri erfarede vi vigtigheden af at være fleksible og at kunne møde op med kort varsel, hvis det pludselig passede en hjemløs informant med et interview. Vi har nemlig igennem empiriindsamlingsprocessen været udfordret på at finde hjemløse informanter, hvor det var muligt at få en konkret aftale i hus. Dette understreger gruppens særegne karakter, der ikke altid følger normen i samfundet i forhold til bl.a. overholdelse af aftaler.

## Etiske overvejelser

I et feltarbejde kan man som forsker komme i besiddelse af viden om individer som måske kan have en kompromitterende effekt (Kristiansen & Krogstrup 2015). Vores problemstilling indebærer, at vi observerer og spørger ind til følsomme og personlige emner. Vi har derfor inden hvert interview forklaret informanterne, at de til enhver tid kunne sige fra, hvis der var spørgsmål, de ikke ønskede at svare på, eller hvis de ikke ønskede at deltage alligevel. Ligeledes er alle informanterne, både SundhedsTeamet og de hjemløse, blevet tilbudt at være anonyme i specialet, dette takkede de fleste dog nej til. At vi alligevel har valgt at anonymisere alle de hjemløse informanter er med tanke om, at de alle sammen har en forbindelse til SundhedsTeamet og at vores speciale efterfølgende skal sendes til dem. På trods af at vi har anonymiseret vores hjemløse informanter vil de med stor sandsynlighed kunne genkende sig selv, vi er derfor opmærksomme på ikke at fremstille sekvenser, så de kan have negative konsekvenser for de medvirkende. Sygeplejerskerne fra SundhedsTeamet ønskede ikke at være anonyme, hvilket vi efterkom. Desuden består SundhedsTeamet 'kun' af to læger og 4 sygeplejersker, som derfor alligevel ville være nemt genkendelige.

Man kan se forskningsprocessen som en *reducerende proces*, hvor vi kun fokuserer på nøje udvalgte elementer af det, der er genstand for analysen (Kristiansen & Krogstrup 2015). Det er derfor sandsynligt, at de elementer vi har valgt at fokusere på og de måder, vi har gjort det på, kan kritiseres af både de professionelle i SundhedsTeamet og de hjemløse borgere, der er tilknyttet. Vi har prøvet at imødekomme dette ved at have en så åben tilgang som muligt i vores observationer og under vores interviews.

## Efterbehandling af empiri

Vi har skrevet feltnoter efter hver deltagende observation. Feltnoterne er nedskrevet meget kort tid efter selve de deltagende observationer, for at have observationerne frisk i erindringen og for at få så mange nuancer med som muligt. Feltnoterne er vigtige for, i en senere analyse, at kunne illustrere eller fremhæve særlige pointer eller

situationer. Samtidig er feltnoterne med til at give os et større empirisk grundlag, hvor der efterfølgende kan opstå nye betydninger, som kan analyseres (Fangen 2010).

Vores interviews har vi valgt at optage. Dette har vi gjort, da det på denne måde bliver muligt for os at gengive formuleringer fra vores informanter i en mere præcis form. Ligeledes gør dette valg, som med vores feltnoter, det muligt at medtage pointer som ikke umiddelbart i interviewsituationen synes relevante, men som kan vise sig at være det i en senere analyse (Kvale & Brinkmann 2009).

Vi har transskriberet alle vores interviews, og her har vi været inspireret af Kvale og Brinkmanns refleksioner over at transskribere. De beskriver transskribering som det at transformere fra en form til en anden – fra talesprog til skriftsprog. Dermed skal vi være opmærksomme på, at der i en transskriberingsproces altid vil gå nogle data tabt, da der allerede her sker en fortolkningsproces (ibid.).

Vores interviews har vi transskriberet ordret - altså som vores informanter selv har formuleret sig. Vi har dog undladt at transskribere tøvelyde som 'æh' og 'øh', ligesom vi kun har inddraget talepauser, hvis det giver mening for indholdet i interviewet. Vi mener ikke, at det at undlade talepauser, vil påvirke vores senere analyse af vores informanters udsagn. Hvis vi derimod havde ønsket at lave en sproglig analyse, havde det været mere væsentligt at inddrage talepauser. Vi har ikke noteret kropssprog og humørbetoninger ned i transskriberingerne, med mindre det vil være meningsforstyrrende for interviewet at undlade dette. Hvis en informant f.eks. har en ironisk tilgang til et udsagn og viser dette ved at grine, beskrives dette i transskriberingerne. På baggrund af disse overvejelser, mener vi, at man kan tolke vores transskriberinger tæt på den virkelighed, som de skal afspejle.

### **3.2.5 Præsentation af specialets empiri**

Vores informanter, både hjemløse og sygeplejersker, er alle fundet i samarbejde med SundhedsTeamet. Dermed har vi i specialet opstillet to kriterier i forhold til vores valg af vores hjemløse informanter. De skal kunne falde ind under vores definition af målgruppen samt have en tilknytning til SundhedsTeamet.

I forhold til vores informanter fra SundhedsTeamet var kriterierne, at de har kendskab til hjemløse og er en del af SundhedsTeamet.

Vi har, som tidligere beskrevet, fulgt to sygeplejersker fra SundhedsTeamet i deres arbejde, hvor vi har foretaget deltagende observationer samt efterfølgende udført to dybdegående interviews med de samme to sygeplejersker. Derudover har vi foretaget fem interviews med hjemløse.

Nedenstående er først en præsentation af vores case, SundhedsTeamet, samt efterfølgende en præsentation af vores syv informanter fra SundhedsTeamet og hjemløsemiljøet.

### Præsentation af case og informanter

SundhedsTeamets sundhedsfaglige indsats er omdrejningspunktet for dette speciale. Ved at tage udgangspunkt i en case som SundhedsTeamet opnår vi et mere nuanceret syn på virkeligheden gennem den praksiserfaring, vi har opnået gennem vores samarbejde og nære kontakt til teamet (Flyvbjerg 2010). Idet vi har fulgt SundhedsTeamet, via deltagende observationer og interviews, har det været med til at give os en konkret erfaring omkring deres arbejde med hjemløse borgere. SundhedsTeamet kan defineres som en *common case*, der ifølge Robert K. Yin beskriver en ordinær case, der er med til at give et indblik i omstændigheder og forhold i hverdagssituationer. Dette indblik kan være med til at skabe en viden omkring sociale processer, der er interessante at gå i dybden med (Yin 2014). Dette stemmer godt overens med, at vi ønsker at undersøge SundhedsTeamets betydning for hjemløse borgere.

### *SundhedsTeamet*

SundhedsTeamet har som beskrevet i problemfeltet eksisteret siden 2005 og blev oprettet grundet et behov for en sundhedsfaglig indsats primært målrettet hjemløse. En af SundhedsTeamets primære funktioner er at være brobygger mellem hjemløse og det traditionelle sundhedssystem. Udover dette varetager SundhedsTeamet også opgaver som f.eks. udredning af forskellige fysiske og psykiske problematikker, blodprøvetagning, henvisning til undersøgelser på hospitaler og fungerer som følge til diverse undersøgelser og behandlinger (Københavns Kommune 2016 (B)).

SundhedsTeamet er et fast team bestående af fire sygeplejersker og to læger. De fungerer som en lægepraksis, men uden klinik, idet alt arbejde foregår ude hos den enkelte borger, hvor end vedkommende måtte befinde sig. SundhedsTeamet er fysisk placeret på institutionen Sundholm på Amager, og er en selvstændig del af aktivitetscenteret på Sundholm. I SundhedsTeamet samarbejder de med aktører inden for det sundhedsfaglige og sociale system, herunder private væresteder og frivillige organisationer og er ligeledes i kontakt med øvrige sundhedstilbud på hjemløseområdet (ibid.).

### *Informanter fra SundhedsTeamet*

#### *Lene*

Lene er sygeplejerske i SundhedsTeamet, hun har været med siden starten i 2005. Hun er 52 år og har før, hun begyndte i SundhedsTeamet, arbejdet på en skadestue. I sit arbejde på skadestuen mødte hun mange hjemløse patienter, som kom igen og igen. Hun følte ikke, at der blev fulgt op på deres behandlinger og havde, inden hun startede i SundhedsTeamet, en idé om at arbejde med denne målgruppe: “(...) *må man kunne gøre anderledes.*” (Lene: 0:0:29.7).

#### *Bodil*

Bodil er 51 år og sygeplejerske i SundhedsTeamet. Hun har, ligesom Lene, været med fra starten i 2005. Bodil fortæller, at hun bl.a. kan lide at arbejde med målgruppen, fordi der ofte er kontant afregning: “*At man får respons sådan med det samme, om det man laver er i orden eller ikke er i orden.*” (Bodil: 0:00:36.5). Samtidig synes hun, at det er interessant, at der inden for dette, forholdsvis nye speciale, stadig er mulighed for at udvikle fagligheden.

### Hjemløse informanter

Nedenstående beskrivelser tager udgangspunkt i informanternes egne ord og fortællinger i forhold til boligsituation, økonomi, fysiske og psykiske problemstillinger, misbrug og sociale relationer. Dette igen for at prøve at skitsere mangfoldigheden i gruppen af vores hjemløse informanter, som er med til at understrege hjemløshed som andet og mere end blot mangel af bolig.

### *Kaj*

Kaj er 51 år gammel og har de sidste seks år boet i sin egen lejlighed. Inden da havde Kaj ikke nogen fast bolig i 4-5 år. Han er sømand og har i mange år boet og sejlet i udlandet. Han har et massivt alkoholforbrug, som startede, da han var omkring 30 år og sejlede som sømand, og han har også et stort forbrug af cigaretter. Som 12-årig blev Kaj smidt ud hjemmefra og flyttede på ungdomspension og har siden dengang måtte klare sig selv. Han fortæller, at han ingen kontakt har til noget familie. Han ser en pige en gang imellem, men det er ikke noget fast. Kaj har ikke nogen relationer, som han vil betegne som sine venner.

Kaj går med krykker, da han for nyligt er faldet på sin cykel og har brækket hoften. Han dør også med et dårligt højre ben, da hans højre skinneben splintrede i en arbejdsulykke ombord på et skib. Kaj fortæller selv, at han har den psykiske diagnose 'Hypotym', der gør, at han på et splitsekund kan gå: *"Fra at være rolig og venlig og glad og så til at blive et ragende uhyre som er faktisk lige på grænsen til at være dødsensfarlig."* (Kaj: 0:24:10.1).

Interviewet foregår i Kajs lejlighed. Kaj har fornyligt været flyttet ud af lejligheden på grund af væggelus, han er flyttet tilbage for et par uger siden, men der står stadig flyttekasser med ting i hjørnet. Under interviewet sidder Kaj i en sofa. Det ser ud som om, at han også sover i den sofa om natten, selvom der er et soveværelse i lejligheden. Kaj har ikke noget køleskab, så der ligger madvarer på sofabordet - ost, pålægssalater og krydderboller.

Under interviewet drikker Kaj af et stort ølglas med vodka i. Han er påvirket, men virker ikke decideret fuld. På gulvet står flere vodkaflasker – nogle tomme, nogle fulde – sammen med en kolbe fuld af tis. Kaj udtrykker et ønske om at stoppe med at drikke.

Han får dagligt besøg af hjemmeplejen og en gang om ugen kommer Lene fra SundhedsTeamet for at udlevere medicin og snakke med Kaj.

Kaj har svært ved at holde fokus og snakker ofte ud af en tangent under interviewet.

### *Sussi*

Sussi er 49 år og er netop flyttet ind i sin egen lejlighed. Før hun fik sin lejlighed, har hun været hjemløs i syv år, hvor hun har boet hos venner og bekendte. De sidste par

år har hun haft et værelse på den skærmede afdeling for kvinder på Sundholm. Hun blev hjemløs, da hun blev skilt fra sin mand og fik tilbudt en akutbolig langt ude på landet, som hun ikke kunne holde ud at være i. Hver weekend arbejder hun sort på et værtshus. Sussi har haft et stort alkohol- og stofmisbrug. Hun har været i behandling for sit stofmisbrug og er ved at trappe ned i sit alkoholmisbrug. Hun ryger cigaretter, men prøver at stoppe.

Sussi har været gift og fortæller med egne ord: “(...) jeg har jo haft villa, Volvo og vovhund.” (Sussi: 0:5:16.2). Hun har to børn, som hun dog ikke før for nyligt har haft nogen form for kontakt med de sidste mange år. Hendes mor er lige død, men hendes far har hun kontakt til, selvom de har ikke noget tæt forhold. Sussi har ikke relation til nogen, som hun vil betegne som sine venner.

Sussi har fået konstateret KOL, som hun er i behandling for hos SundhedsTeamet. Derudover har hun problemer med sin iskiasnerve og ADHD. Hun beskriver sit psykiske helbred som godt. Sussis primære kontakt med det offentlige sundhedssystem er igennem SundhedsTeamet.

Interviewet med Sussi foregår i hendes nye lejlighed. Den bærer præg af, at hun lige er flyttet ind, og f.eks. først lige har fået et skab. Der står flyttekasser og poser med tøj over det hele. Sussi sidder under interviewet på sin seng, i askebægeret ligger en halv smøg og på bordet står et glas med øl. Sussi virker til at være i godt humør, hun er meget imødekommende, og der er en god stemning under interviewet.

### *Flemming*

Flemming er 40 år, han har haft sin egen lejlighed i et år, men er først rigtig kommet på plads nu, fordi han har haft en stor narkogæld, som han skulle af med. Han blev hjemløs for 3-4 år siden, efter at han gik fra sin ekskæreste, som han også har et barn med. Han har solgt stoffer og haft et stort stofmisbrug, og han er nu i behandling med metadon. Flemming drikker ikke alkohol, men ryger cigaretter, som han dog prøver at skære ned på. Før han blev hjemløs arbejdede han som lastbilchauffør, nu får han kontanthjælp. Før Flemming fik sin egen lejlighed, boede han på herberget på Sundholm i tre år. Flemming har to sønner, hvor han har kontakt til den ene, som er teenager. Flemmings drøm er, at hans søn kan flytte hjem til ham. Udover sin søn har Flemming ikke kontakt til noget familie og har ikke relation til nogen, som han vil kalde sine venner.



Flemming har navle- og mavebrok, og lider derudover af migræne. Han beskriver sit psykiske helbred som: *“(...) et stort kaos også fordi så tænker man på familie, man tænker på fremtiden og tænker på det man har lavet i tidernes morgen (...)”*

(Flemming: 0:11:27.5).

Flemming har ikke nogen fast tilknytning til SundhedsTeamet mere, men føler stadig at han har en relation til dem og kan få hjælp der, hvis han har brug for det.

Interviewet med Flemming foregår på SundhedsTeamets kontor. Vi havde ikke lavet en aftale med Flemming i forvejen, men en af sygeplejerskerne fra SundhedsTeamet mødte ham nedenfor kontoret og spurgte, om han ikke ville være med. Sygeplejersken lokkede ham med ved at love ham et par cigaretter efterfølgende. Flemming svarer kortfattet på vores spørgsmål, og interviewet bærer også præg af, at han ikke husker så godt, hvilket han selv pointerer undervejs.

#### *Tom*

Tom er 40 år. Han har boet på gaden et par og tyve år, men fik for et halvt år siden sin egen lejlighed. Tom beskriver, hvordan han langsomt er begyndt at vænne sig til at bo alene. Da han boede på gaden, sov han for det meste på natherberger eller i en busk.

Tom blev hjemløs, da han efter sin fars død blev smidt ud af sin fars lejlighed.

Tom har haft et stort forbrug af stoffer, men er helt clean nu. Han: *“Ryger nogle smøger, masser af smøger (...)”* og *“Så drikker jeg nogle bajere.”* (Tom: 0:12:36.4).

Han har ikke haft noget fast arbejde, men har i mange år arbejdet som vikar i forskellige vikarbureauer. En dårlig ryg sætter dog begrænsninger for, hvor meget han kan arbejde. Toms mor bor ikke så langt fra hans nye lejlighed, hun lider af angst og kan derfor ikke komme på gaden, og Tom hjælper hende med indkøb osv. Udover sin mor har Tom en søster, som han har kontakt til. Tom har ikke noget, som han vil betegne som et netværk, han får dog hver fredag besøg af to, som også har været hjemløse. Han laver mad til dem, og de spiller kort.

Tom har siden han var barn haft problemer med sin ryg, og derudover lider han af angst og måske ADHD.

Tom bruger SundhedsTeamet som sin praktiserende læge, og snakker med dem om alt fra fysiske og psykiske problemer til dagligdagsproblemer.

Interviewet med Tom foregår i hans nye lejlighed. Der er rent, og han har dækket op til kaffe ved sofabordet. Lejligheden er sparsomt indrettet og ved nærmere eftersyn

opdager vi, at der intet er i skabe, på hylder eller reoler. Tom er lidt hurtigkørende i starten af interviewet, måske er han nervøs, men undervejs falder han mere til ro og virker som om, at han er glad for at fortælle om sit liv og sin nuværende situation.

*Ib*

Ib er 49 år gammel. Han fortæller: *“Jeg bor jo ikke (...)”* (Ib: 0:1:21.0), men han har en soveplads på et herberg. Ib har været gift tre gange, haft ‘et hjem’, en kone og to lånebørn, men har siden år 2000 boet på gaden og sovet på forskellige natcaféer og herberger. Han har ingen indkomst, og han har haft en sag om kontanthjælp liggende hos en kommune siden år 2000. Ib har siden dengang levet af nogle penge fra sin mor og *“(...) folks velgørehed.”* (Ib: 0:12:16.5). Han har en kandidatgrad i historie og har før i tiden arbejdet i Forsvarets Efterretningstjeneste.

Ib har intet misbrug af nogen art, men lider af Parkinsons sygdom og sukkersyge.

Psykisk er han påvirket af, at den verserende sag om kontanthjælp fylder rigtig meget, og af at tankerne omkring det nogle gange kan blive for meget for ham. Hans primære kontakt til det offentlige sundhedssystem er via SundhedsTeamet og Sygeplejeklinikken på Sundholm.

Ib har intet socialt eller familiemæssigt netværk mere.

Interviewet med Ib foregår i et lokale på Sundholm, han kommer lige fra Sygeplejeklinikken hvor han har været i bad og fået morgenmad. Han er meget interesseret i, hvad interviewet omhandler, og hvad vores fokus for specialet er.

Interviewet bærer meget præg af, at Ib er meget optaget af den verserende sag, og han vender under interviewet gentagne gange tilbage til sagen som noget af det, der er skyld i mange af de problemstillinger, som han står med.

### **3.2.6 Metodekritik**

Vores metodiske kritiske overvejelser omhandler primært vores interviews med de fem hjemløse informanter. Fælles for dem alle er, at de - mere eller mindre fast - har en relation til SundhedsTeamet, og at SundhedsTeamet har fungeret som gatekeepere. Det kan diskuteres, hvorvidt denne relation har været fordelagtigt for vores empiri eller ej, og hvorvidt det har været mulighedsskabende eller begrænsende for selve interviewsituationerne. Er informanterne, via deres relation til SundhedsTeamet,

blevet sat i en bestemt position under interviewene? Hvilken betydning har deres relation til SundhedsTeamet for den empiri, som vi har indsamlet? Og har informanterne haft mulighed for at sig nej tak til at deltage i interviewene, uden at føle sig i klemme hos SundhedsTeamet? Disse spørgsmål er nogle, vi igennem hele specialeprocessen har diskuteret og reflekteret over. Samtidig har det været tydeligt for os, at uden SundhedsTeamet som gatekeeper havde det været meget vanskeligt for os at få kontakt til vores informanter. På den måde må vores informanters relation til SundhedsTeamet ses som en styrke og som mulighedsskabende.

Ud fra et andet perspektiv kan de hjemløse informanters relation til SundhedsTeamet dog også ses som begrænsende. I og med at både vi som interviewere og vores hjemløse informanter er bevidste om vores fælles relation til SundhedsTeamet, kan der være perspektiver og elementer, fra begge positioner, som ubevidst forties eller ikke beskrives ud fra en idé om en fælles forståelse. Dette har vi prøvet at imødekomme ved at lave semi-strukturerede interviews, hvor vores informanter har haft mulighed for at præge samtalen hen imod det, de fandt mest betydningsfuldt.

## 4. KAPITEL – TEORETISK RAMME

Empowerment udgør specialets overordnede teoretiske ramme. Udgangspunktet herfor er den danske sociolog John Andersens *transformative empowerment* begreb. Hertil har vi valgt at inddrage den amerikanske professor Marc A. Zimmerman, for at understøtte udfoldelsen af den mere individorienterede del af empowerment begrebet. Herefter præsenterer vi vores andre udvalgte teorier i form af den amerikansk-israelske professor i medicinsk sociologi, Aaron Antonovskys (1923-1994) teori om *oplevelse af sammenhæng*, den danske professor Steen Wackerhausens (f. 1954) teori om *det åbne sundhedsbegreb* og den amerikanske politolog Robert D. Putnams (f. 1941) teori om *social kapital*.

### 4.1 EMPOWERMENT

Empowerment kan oversættes til 'at sætte i stand til'. Dette stemmer godt overens med definitionen af sundhedsfremme fra Ottawa Charteret fra 1986, der beskriver sundhedsfremme som: "*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.*" (WHO 2016). Empowerment har dermed fået en central plads inden for sundhedsfremme og anses som et velegnet redskab til, at individer kan opnå en følelse af ejerskab og kontrol over deres liv (Andersen 2010). Netop den følelse af kontrol over eget liv er essentiel for at kunne opnå: "*(...) a state of complete physical, mental and social well-being.*" (WHO 2016).

Som teoretisk begreb omhandler empowerment de processer, der får mennesker til at blive i stand til at modvirke afmagt og afhængighed. Magtelementet i empowerment relaterer til individets muligheder for at have medbestemmelse over eget liv og de betingelser, der omgiver det.

Empowerment henvender sig til udsatte grupper og forudsætter dermed en allerede eksisterende *disempowerment* i materiel, politisk eller økonomisk forstand. Hermed tager begrebet udgangspunkt i en kritisk tilgang til samfundet og afspejler en ulige fordeling af ressourcer (Andersen 2005).

I det transformativt empowerment begreb er udgangspunktet kollektive processer målrettet forandring og udvikling af individer eller grupperes ressourcer, samt processer målrettet forandring og udvikling i de samfundsmæssige mulighedsstrukturer. Dermed opbygges både kollektive og individuelle ressourcer. Der skelnes mellem vertikal og horisontal empowerment. Vertikal empowerment henviser til en styrkelse af individer, grupper eller lokalsamfund, der styrkes *opad til* i forhold til professionelle, systemer og aktører i samfundet. Dette kan f.eks. være i forhold til lovgivninger som sundhedsloven, kommuners politiske prioriteringer eller dominerende samfundsdiskurser. Horisontal empowerment drejer sig om at mobilisere ressourcer og netværk mellem individer og grupper på samme niveau, hvorfor tillidsopbygning mellem individer og grupper er central.

Andersen beskriver hvordan empowerment-strategier kan anvendes til skabelse af forandringer på et mikro-, meso- og makro-niveau. Empowerment findes altså i flere forskellige dimensioner (Andersen 2005);

Mikro-niveauet henviser til identitets-empowerment og handler om forandringer i individers hverdagslivssammenhænge. Gennem kapacitetsopbygning og styrkelse af sociale netværk kan man ifølge Andersen: “(...) ændre en negativ “taberidentitet” til en positiv kollektiv “vinder eller modstandsidentitet” (Andersen 2005: 14).

Fokus er her ikke kun borgeren, men henviser også til en kapacitetsopbygning hos den professionelle, der arbejder med sundhed. Det kan dermed kædes sammen med et meso-niveau, hvor organisationer og institutioner figurerer. Her er en strukturel styrkelse nødvendig for, at man kan udvikle tværsektorielt og empowerment-baseret sundhedsarbejde, som er essentielt for at imødekomme mere komplekse og sammensatte problemstillinger hos borgere (Andersen 2012).

Makro-niveauet henviser til et mere samfundsmæssigt plan og stiller skarpt på de samfundsskabte mulighedsbetingelser for sundhed. Målet med empowerment-processer på makro-niveau er at skabe lige samfundsmæssige vilkår for alle i alle sektorer og institutioner. Dette kan ses i modsætning til et samfund, hvor sundhed er et individuelt og privat anliggende (ibid.).

De tre beskrevne niveauer er forbundne og influerer på hinanden. Derfor kan en empowerment-proces ses som en vekselvirkning mellem individets evne til selvstyring og til at opnå en større grad af kontrol over samfundsskabte betingelser (Andersen 2005).

Da Andersens primære fokus er på empowerment på meso- og makro-niveau, inddrager vi Marc A. Zimmerman for at understøtte begrebet på mikro-niveau.

#### 4.1.2 Empowerment på mikro-niveau

Zimmerman beskriver psykologisk empowerment (herefter refereret til som individuel empowerment eller empowerment på mikro-niveau), som den proces der sker for det enkelte individ i forhold til at opnå kontrol over eget liv og en demokratisk deltagelse i lokalsamfundet (Zimmerman & Rappaport 1988). Empowerment på mikro-niveau adskiller sig fra empowerment på meso- og makro-niveau, men både Zimmerman og Andersen pointerer samtidig, at de forskellige niveauer har betydning for og påvirker hinanden (Zimmerman 1995, Andersen 2005).

*“Psychological empowerment may be generally described as the connection between a sense of personal competence, a desire for, and a willingness to take action in, the public domain.” (Zimmerman & Rappaport 1988: 746).*

Udbyttet af empowerment på mikro-niveau er større personlige kompetencer, større selvaccept og selvtillid for det enkelte individ, samt evner og lyst til at deltage i samfundet (Zimmerman & Rappaport 1988).

Empowerment på mikro-niveau er processer, hvorigennem individer kan opnå større sammenhæng mellem deres mål og hvordan de når målene, samt hvordan de får adgang til og kontrol over deres ressourcer. Processerne skal tilpasses det enkelte individ, og der skal f.eks. tages hensyn til alder, socioøkonomisk status og kontekst (Zimmerman 1995).

Zimmerman opstiller fire trin til den professionelle, som en empowerment-proces målrettet individer eller grupper skal indeholde:

1. *Borgerinddragelse*. Fra identificering af problemet/målet, håndtering af problemet/målet til evaluering af handlingen.
2. *Eco-identity*. Den professionelle skal påtage sig en eco-identity, for bedre at kunne identificerer sig med individet eller gruppen og udvikle en forståelse herom.

3. *Ligeværdighed*. Samarbejdet mellem den professionelle og individet eller gruppen skal foregå som ligeværdige partnere.
4. *Uafhængighed*. Processen skal stile efter at udvikle muligheder for individet eller gruppen, så de kan udvikle ressourcer og blive uafhængige af den professionelle (Zimmerman 1995).

Det står centralt, at borgeren er ekspert i eget liv, og dermed også selv bedst ved, hvad der vil være mest fremmende i forhold til en given problemstilling (Andersen 2013). Hermed er deltagelse og borgerinddragelse to essentielle elementer i empowerment på mikro-niveau.

Flere undersøgelser, som Zimmermann har stået for eller bidraget til, taler for større deltagelse i lokale netværk og organisationer. Undersøgelserne viser, at individer, der er involveret i netværk eller organisationer, drager flere fordele som bl.a.: opbygning af kompetencer, nye forståelser og større socialt netværk. Konklusionen er, at følelsen af fællesskab er vigtig i forhold til udvikling af personlig kontrol og deltagelse (Zimmerman et al. 1992, Zimmerman & Rappaport 1988).

John Andersen beskriver, hvordan professionelle i arbejde med empowerment skal påtage sig en rolle som *empowerment-facilitatorer*. Som facilitator skal man medvirke til videndeling og netværksopbygning både i forhold til offentlige institutioner samt til mere uformelle netværk som f.eks. frivillige netværk og lokale organisationer. Et andet vigtigt element i faciliteringen er rollen som 'fortaler'. Den professionelle skal påtage sig en *advocacy-rolle* enten i samarbejde med eller for individet eller grupper, der ikke oplever at blive hørt og er udfordret i forhold til kontakten til de eksisterende systemer (Andersen 2012).

Vi har i ovenstående vist, hvordan empowerment er en procesorienteret tilgang mod forøgelse af individers ressourcer. Særligt med henblik på socialt udsattes psykiske, fysiske og sociale ressourcer, således at deres livssituation vil fremstå mere tilgængelig for dem. Faciliteringen af empowerment-processer stiler mod, at individet eller gruppen bliver bedre i stand til at håndtere deres livssituation.

Med udgangspunkt i dette vil vi inddrage Aaron Antonovskys teori omkring *oplevelse af sammenhæng* for at undersøge, hvordan SundhedsTeamet på mikro-niveau arbejder med empowerment gennem styrkelse af de hjemløses oplevelse af sammenhæng.

## 4.2 ANTONOVSKY - EN OPLEVELSE AF SUNDHED

Antonovsky læner sig op af WHO's definition af sundhed og sundhedsfremme, når han i sin salutogenetiske tilgang fokuserer på, hvad der holder individer sunde, og hvilke muligheder individer har for at mestre forskellige livssituationer igennem livet. Heri ligger der et opgør med den dikotomiske sundhedsopfattelse, syg/rask, og et ønske om at bevæge sig væk fra et ensidigt fokus på sygdommes oprindelse (Antonovsky 2000).

Antonovskys teoretiske begreb oplevelse af sammenhæng omhandler individers forskellige modstandsressourcer. Disse ressourcer gør det muligt at sætte de såkaldte stressorer, individet møder igennem livet, ind i en meningsfyldt sammenhæng og dermed mestre dem.

Stressorer medfører en spændingstilstand hos individet, hvor det er individets *generelle modstandsressourcer*, der er med til at muliggøre håndteringen af en spændingstilstand.

Det enkelte individs generelle modstandsressourcer afhænger af deres oplevelse af sammenhæng. Modstandsressourcer er bl.a. penge, kulturel stabilitet, social støtte og jeg-styrke. Dermed skal stressorer, pointerer Antonovsky, ikke kun ses som noget negativt og i en patogenetisk forstand som risikofaktorer eller sygdomsfremkaldende, men som noget allestedsnærværende, som også kan udmønte sig i en neutral eller helbredsfræmmende tilstand. Dette afhænger helt af, hvilken slags stressor, der er tale om og om hvordan spændingen, der opstår fra disse, bliver håndteret (Antonovsky 2000).

En oplevelse af sammenhæng

Antonovsky definerer oplevelse af sammenhæng som følgende:

*"Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i."*  
(Antonovsky 2000: 37).



Et individs oplevelse af sammenhæng er sammenfattet af tre komponenter (1) *begribelighed*, (2) *håndterbarhed* og (3) *meningsfuldhed*. Individer med en høj grad af disse tre komponenter står som havende en stærk oplevelse af sammenhæng over for individer med en lav grad af komponenterne, som har en svag oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000).

Begribelighed henviser til, i hvilken grad man opfatter de stressorer, man møder, som kognitivt forståelige, sammenhængende og strukturerede. Individer med en høj grad af begribelighed møder stressorer med en forudsigelighed eller kan passe de forskellige stressorer ind i sammenhænge og forklaringer. Stressorerne bliver hos individer med en høj grad af begribelighed opfattet som udfordringer, man kan klare (ibid.). Individet skal erkende og definere stressorerne, før de kan mestres (Lorenz 2007).

Håndterbarhed omhandler de ressourcer, der er til rådighed for individet, og som er tilstrækkelige til, at individet kan klare de stimuli, det møder. Dette kan både være ressourcer individet selv har kontrol over og ressourcer som en *legitim anden* – ægtefælle, læge, ven – har kontrol over. En høj grad af håndterbarhed fører til, at individet ikke har en følelse af, at livet har behandlet en uretfærdigt, og at man er i stand til at håndtere uheldige livsomstændigheder, så livet kan gå videre (Antonovsky 2000). At have tillid til de hjælpemuligheder, der findes inden for ens netværk, og at have muligheden for at kunne betro sig til en, man har tillid til, hører også til inden for håndterbarheden (Lorenz 2007).

Meningsfuldhed henviser til en følelse af, at livet er forståeligt rent følelsesmæssigt, og at de krav og udfordringer, individet møder gennem livet, er værd at engagere sig i. Individer med en høj grad af meningsfuldhed påtager sig, når udfordringer melder sig, at finde en mening med dem og gøre deres yderste for at klare sig igennem det. Antonovsky argumenterer for, hvordan individer med en høj grad af meningsfuldhed oplever at have elementer i deres liv, som giver mening for dem. Dette er i modsætning til individer med en lav grad af meningsfuldhed, der kun sjældent oplever at særlige elementer giver mening for dem eller har en særlig betydning (Antonovsky 2000).

Ifølge Antonovsky er de tre komponenter uløseligt forbundet. De er alle tre nødvendige for en oplevelse af sammenhæng, men ikke lige vigtige.

Meningsfuldheden, som det motiverende, står som central, da man uden denne ikke

ville kunne opretholde en høj grad af begribelighed og håndterbarhed. Næstvigtigst er begribeligheden, der skaber den forståelse, som håndterbarheden er afhængig af. Antonovsky pointerer dog, at håndterbarheden bestemt ikke er uvæsentlig, for hvis individet ikke tror, at det har de fornødne ressourcer til rådighed, går det ud over meningsfuldheden og dermed muligheden for at mestre situationen (ibid.).

Forudsigelighed ligger til grund for et individs begribelighed. Forudsigelighed kommer af i hvor høj grad, de stressorer individet møder, bedømmes som en trussel. Et individ med en stærk oplevelse af sammenhæng er motiveret for at handle mod stressorerne, mens et individ med svag oplevelse af sammenhæng forekommer lammet.

Håndterbarheden afhænger af individets belastningsbalance, som beror på, hvorvidt individet har en oplevelse af at have de fornødne ressourcer til rådighed til at kunne håndtere situationen. Hvis individet oplever at have for lidt eller for mange ressourcer, kan der ske en over- eller underbelastning (Antonovsky 2000).

Deltagelse og inddragelse i beslutninger om eget liv, ligger til grund for en følelse af meningsfuldhed. Hvis individets handlinger ikke opleves som havende nogen betydning, mister de deres meningsfuldhed:

*“Når andre bestemmer alt for os - når de definerer opgaven, opstiller reglerne og styrer udfaldet - og vi ikke har noget at skulle have sagt, reduceres vi til objekter.” (Antonovsky 2000: 108).*

Ligesom med meningsfuldheden pointerer Antonovsky, hvordan belastningsbalancen og håndterbarheden styrkes, hvis individet selv definerer mål og arbejdsopgaver. Dermed er der en større sandsynlighed for, at individet oplever at have de fornødne ressourcer til rådighed for at kunne håndtere dem (Antonovsky 2000).

#### Udvikling af oplevelse af sammenhæng

Oplevelse af sammenhæng beskrives som en grundindstilling hos individet, som udgør individets måde at opleve verden på. Oplevelse af sammenhæng dannes ud fra strukturelle og kulturelle erfaringsmønstre, der igen dannes ud fra belastningsevne og indre sammenhænge, og hvor en stærk oplevelse af sammenhæng er kendetegnet ved

livsoplevelser med indre sammenhæng, medbestemmelse og balanceret belastning. At indgå i forskellige roller i samfundet har også en betydning for udviklingen af ens oplevelse af sammenhæng, hvorvidt man tilhører en bestemt etnisk gruppe, social klasse, køn ect. (Antonovsky 2000).

Ifølge Antonovsky skabes oplevelse af sammenhæng gennem erfaringer, og især barndommens og ungdommens erfaringer er væsentlige for individets placering på oplevelse af sammenhæng-kontinuet. Antonovsky argumenterer for, hvordan individets oplevelse af sammenhæng er fuldt udviklet i 30-års alderen (Lorenz 2007). For et individ, der i det tidlige voksenliv har en svag oplevelse af sammenhæng, fortsætter livet ofte som en ond cirkel, hvor mødet med forskellige stressorer fortløbende mindsker oplevelse af sammenhæng:

*“Min påstand er med andre ord, at man i voksenlivet kommer til at se en stigende forskel i styrken af OAS [oplevelse af sammenhæng] hos dem, der går ind i denne periode i deres liv med en stærk OAS, og dem, der blot har en moderat eller endog svag OAS i bagagen.” (Antonovsky 2000: 139).*

Ud fra dette citat kan man således forvente, at de hjemløse, der kommer fra en belastet baggrund, og hvor udgangspunktet har været en svag oplevelse af sammenhæng, har større sandsynlighed for at opleve en større forringelse af deres oplevelse af sammenhæng i mødet med negative livsbetingelser. Således vil de hjemløse have sværere ved at genoprette en stærk oplevelse af sammenhæng i mødet med stressorer end individer med en stærkere oplevelse af sammenhæng.

Den måde, hvorpå oplevelse af sammenhæng beskrives som en determinerende grundindstilling hos individet, er netop et aspekt, som Antonovskys teori ofte bliver kritiseret for. Selvom oplevelse af sammenhæng stabiliseres i en tidlig voksenalder, beskrives begrebet stadig som dynamisk og Antonovsky fornægter ikke fuldstændig, at der er mulighed for, at individer kan påvirke deres oplevelse af sammenhæng i større eller mindre grad. Dette kræver dog at individet selv har ressourcer til at opsøge: *“(...) OAS-fremmende erfaringer(...)”* (Antonovsky 2000: 142). Det afgørende spørgsmål bliver så, hvorvidt det giver mening at arbejde mod en styrkelse af mindre ressourcestærkes oplevelse af sammenhæng, hvis de ikke har muligheden for at pådrage sig disse oplevelse af sammenhæng-fremmende erfaringer.

Med Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng får vi nogle teoretiske begreber, der kan hjælpe os med at analysere, hvordan SundhedsTeamet i deres arbejde bidrager til empowerment til de hjemløse på mikro-niveau.

For at kunne belyse hvilken betydning SundhedsTeamets arbejde har for de hjemløse, er vi nødt til først at stille skarpt på målgruppen. Hvad er det for en virkelighed de lever i, hvilke prioriteter fører denne livsførelse med sig, og hvordan er deres trivsel og syn på sundhed. Vi er bevidste om, at hjemløshed er en kompleks problemstilling, der rummer mange elementer fra samfundet og individet selv. Vi finder det derfor nødvendigt at binde vores teoretiske ramme op på en position, der tillader os, ligesom Antonovsky, at se sundhed som andet end blot fravær af sygdom, og som har en åbenhed overfor, hvordan forskellige livsbetingelser i kulturer og miljøer kan have en afgørende betydning for, hvordan man opfatter sin sundhed. Dette finder vi i Steen Wackerhausens teori omkring *det åbne sundhedsbegreb*, der netop kan hjælpe os med at forstå de hjemløse informanters handlekapacitet og dermed deres udgangspunkt for sundhed.

### **4.3 WACKERHAUSEN - DET ÅBNE SUNDHEDSBEGREB**

Med det åbne sundhedsbegreb tager Wackerhausen, ligesom Antonovsky, afstand fra et fundamentalistisk sundhedsbegreb og mener dermed, at sundhed ikke kun kan bestemmes objektivt. Derimod argumenterer Wackerhausen for et relationelt og værdibaseret sundhedsbegreb, der indeholder individuelle, historiske og kulturelle elementer (Wackerhausen 2005). Han er dog ikke ren relativist, da han samtidig accepterer, at der findes en essens i forhold til forståelsen af sundhed. Med det åbne sundhedsbegreb placerer Wackerhausen sig imellem sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme, og hans teori bygger på, hvordan sundhed skabes af et individs handlekapacitet i en given situation.

Sundhed bliver i det åbne sundhedsbegreb defineret som:

*“(...) evnen til at indfri mål, og det, som afgør graden af et subjekts sundhed - kvaliteten af generaliseret handlekapacitet - er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektbundne handlefærdigheder*

- og disse mål, livsbetingelser og subjektbundne handlefærdigheder er individ- og kulturrelative." (Wackerhausen 2005: 50).

Ifølge denne definition opfattes sundhed ud fra individets handlekapacitet, som dækker over relationsforholdet mellem individets livsbetingelser, dets mål og værdier, og kropsbundne, fysiske og psykiske, handlefærdigheder. Det åbne sundhedsbegreb er indbefattet af autonomi, hvilket omfatter respekt for det enkelte individs livsbetingelser, mål og værdier (Wackerhausen 2005). Wackerhausen betegner derfor det åbne sundhedsbegreb som loyalt og åbent, idet der inddrages individeksterne forhold, såsom de livsbetingelser og mål, der eksisterer hos individet og i forskellige kulturer (Møller 2009).

I forlængelse af denne sundhedsforståelse bliver sygdom eller tilbagegang i sundhed beskrevet som det at få forringet sine handlefærdigheder i forhold til at kunne indfri egne mål. Dermed også sagt, at det, som er sygdom for ét individ, ikke nødvendigvis er det for et andet individ med andre mål. Sygdom eller sundhed er altså afhængig af, hvad individet anser som betydningsfuldt at være i stand til, i forhold til at realisere mål (Wackerhausen 2005).

I Wackerhausens forståelse af handlekapacitet ligger individets handlefærdigheder i forhold til evnen til at kunne indfri egne mål. Handlekapacitet er et toleddet begreb, der både dækker over de kropsbundne handlefærdigheder og individets generaliserede handlekapacitet – det vil sige selve evnen til at kunne indfri egne mål, under de livsbetingelser, der er til stede. Individets mål er afhængige af kultur og det enkelte individ, og indfrielsen af målene afgøres af, hvor dækkende handlekapaciteten er. Livsbetingelser indebærer individets familiesituation, boligforhold, omgangskreds, kultur mm. (Wackerhausen 2005).

Det åbne sundhedsbegreb er et relationelt sundhedsbegreb, der på sin vis anskues som tomt, idet der først ud fra specifikke sammenhænge skabes konkret indhold gennem individets egne mål og livsbetingelser, og hvor det er vigtigt at individet selv og den kultur, der er til stede, respekteres for derved at kunne undgå sundhedsfundamentalisme.

Individets mål for sundhed skal derfor være *ægte* og udspringe fra individet selv, og må ikke være påtvunget af andre, hvorved målet bliver *uægte*. Wackerhausen pointerer dog, at målet skal være etisk acceptabelt og realistisk. Ved et realistisk mål

forstås, at det skal være et potentielt muligt mål for individet, når der tages højde for individets livsbetingelser (Wackerhausen 2005).

Wackerhausen anbefaler, at en sundhedsfaglig indsats skal tage udgangspunkt i respekten for det enkeltes individs autonomi. For at en sådan indsats kan tage udgangspunkt i borgerens konkrete mål, må den sundhedsprofessionelle have viden om individets livsbetingelser. Wackerhausen pointerer, hvordan det kræver tid at komme frem til og arbejde med ægte mål frem for påtvungne mål (Wackerhausen 2005).

I dette speciale gør vi brug af Wackerhausens åbne sundhedsbegreb til at beskrive vores hjemløse informanternes handlekapacitet, for derved at have et udgangspunkt for at se på SundhedsTeamets arbejde. Med det åbne sundhedsbegreb får vi dog ikke noget konkret viden om, hvad sundhed og sygdom er, da dette ifølge Wackerhausen altid skal relateres til de enkelte livsbetingelser for den enkelte. Med begrebet kan vi altså kun opnå viden om de hjemløses evne til at realisere egne mål og værdier. Dette kan være et vanskeligt udgangspunkt, da begrebet, på trods af at Wackerhausen tager afstand fra relativismen, alligevel har et relativt udgangspunkt, da det skal spejles i individets livsbetingelser. På den måde bliver det svært at forholde sig eksternt vurderende til, hvad der er sygt eller sundt for det enkelte individ.

Ligesom hos Antonovsky ligger der hos Wackerhausen et opgør med den entydige forståelse af sundhed og sygdom. Fælles for dem begge er dog et budskab, om at sundhed må defineres individuelt med inddragelse af det pågældende individs kulturelle og sociale kontekster.

Med inddragelse af både Wackerhausen og Antonovsky tillægger vi os en meget individorienteret tilgang i analysen, og bidrager således indirekte til den neoliberalistiske tankegang, hvor enhver er sin egen lykkesmed. En kritik af Wackerhausen og Antonovsky må derfor være på deres altomsluttende fokus på individet, hvor ansvaret for egne mål og sundhed bliver pålagt det enkelte individ. Eksempelvis betyder Antonovskys fokus på mestringsteknikker, at individets håndtering af stresssituationer bliver individets eget ansvar. Komplekse problemer som f.eks. kulturel undertrykkelse og social arv negligeres til at være en mangel på

begribelighed eller håndterbarhed. Hos Wackerhausen ses den individorienterede tilgang i, at det er individets eget ansvar at definere mål og sundhed.

Trods kritikken af Wackerhausen og Antonovsky anser vi dem som anvendelige, da vi tidligere i dette speciale, er blevet opmærksomme på de komplekse problemstillinger hjemløse ofte står i, og hvordan disse ofte er et resultat af både samfundsstrukturelle og individorienterede problematikker.

#### **4.4 PUTNAM - SOCIAL KAPITAL**

For at understrege et vigtigt element i de hjemløses handlekapacitet – sociale netværk, supplerer vi med et teoretisk perspektiv givet ved Robert D. Putnam. Putnam beskriver, hvordan sociale netværk bidrager med social kapital både på et individuelt og samfundsmæssigt plan. Putnams teori bygger på et mikro-perspektiv, og det er med udgangspunkt i dette, at han måler effekter på et makro-perspektiv. På den måde kan vi se på betydningen af de netværk, de hjemløse informanter er en del af, og hvilken betydning disse netværk har for deres opfattelse af sundhed (Putnam 2000).

Putnam er en blandt mange, der har beskæftiget sig med begrebet social kapital. Et fællestræk ved forskellige definitioner af social kapital er, at sociale netværk har stor værdi for det enkelte individ, da sociale relationer kan anskues som en slags kapital. Social kapital betragtes som den lim, der får et samfund til at hænge sammen, og det er den sociale kapital, der gør det gunstigt for individer at deltage i netværk af sociale relationer, i stedet for individuelt at følge egne mål (Rosenmeier 2007).

Putnam definerer social kapital som: “(...) *connections among individuals - social networks and the norms of reciprocity and trustworthiness that arise from them.*”

(Putnam 2000: 19). Social kapital skal altså forstås som forbindelser mellem mennesker i form af den bærende komponent sociale netværk, hvori normer og tillid skabes i forbindelserne mellem individerne (Putnam 2000).

Putnams definition af social kapital indeholder både et strukturelt element i forhold til sociale netværk og et kulturelt element i forhold til normer i form af gensidighed og troværdighed. Putnam har især fokus på det strukturelle element i sine studier, da han erfarede, at tilstedeværelsen af sociale netværk i stor udstrækning kan ses som forudsætning for, at der sker en udvikling af gensidige tillidsrelationer mellem individer i samfundet. De kulturelle og strukturelle elementer skal ikke anskues som

uafhængige elementer, men nærmere betragtes som kausale, i og med at jo flere gensidige relationer individer indgår i, jo større tillid opstår der mellem individerne (Rosenmeier 2007).

Ifølge Putnam er der både et kollektivt og et individuelt aspekt i social kapital, hvor igennem social kapital betragtes som noget, der er til glæde for både samfundet og individet. Dette kommer til udtryk i, at individer ofte indgår i sociale relationer ud fra egen interesse, men ved at deltage i sociale netværk gavner det samfundet på flere måder. Dermed er det ud fra det individuelle aspekt fordelagtigt at deltage i sociale netværk, idet sociale relationer f.eks. kan hjælpe med at skaffe et arbejde, hjælpe med problemer og medvirke til nye venskaber. Stærke sociale netværk i det kollektive aspekt kan medvirke til f.eks. mindre arbejdsløshed, mindre sygdom og mindre kriminalitet, hvilket gavner samfundet (Putnam 2000, Rosenmeier 2007).

Social kapital er ikke noget, der er iboende i individet, men noget der opstår i sociale strukturer, hvilket gør, at niveauet af social kapital kan ændres i samfundet i og med at social kapital skal ses som de ressourcer, der dannes i sociale relationer baseret på netværk, tillid og normer (Rosenmeier 2007).

### Brobyggende og afgrænsende social kapital

Putnam skelner mellem to former for social kapital, *bridging social capital* og *bonding social capital*, hvortil der knytter sig en distinktion af henholdsvis horisontale og vertikale netværk. Distinktionen er et væsentligt element, i og med at hver type af netværk definerer forskellige former for social kapital (Putnam 2000). Vores anvendelse af Putnam er primært baseret på hans begreber *bridging social capital* og *bonding social capital*. I det følgende vil vi bruge de danske betegnelser for begreberne: 'brobyggende social kapital', der udmønter sig i brobyggende netværk og 'afgrænsende social kapital', der kommer til udtryk gennem afgrænsende netværk.

Brobyggende social kapital skabes i horisontale netværk og er netværk, der karakteriseres ved grupper, hvis medlemmer indgår på lige fod med hinanden. Her deltager individer fra forskellige sociale lag i samme netværk uden hensyntagen til de sociale forskelle, der kan være mellem netværkets medlemmer. I brobyggende netværk har individet mulighed for at udvide sin identitet, herunder nye forståelser af



muligheder og perspektiver. Disse netværk er derfor af afgørende betydning i forhold til individets udvikling, dannelse og forøgelse af social kapital.

Afgrænsende social kapital skabes i vertikale netværk, og er netværk, der karakteriseres ved homogene grupper, der ofte fremstår som indadvendte, men med stærke sociale bånd, der fungerer som en slags superlim. Der er i afgrænsende social kapital en stor følelse af gensidighed, tillid og loyalitet mellem netværkets medlemmer (Putnam 2000).

Stærke sociale bånd, tillid og loyalitet kan samtidig medvirke til, at netværkets medlemmer, som samlet gruppe, afgrænser sig fra resten af omverdenen: *“Bonding social capital, by creating strong in-group loyalty, may also create strong out-group antagonism (...)”* (Putnam 2000: 23). Derved kan afgrænsende netværk fremstå som ekskluderet fra samfundet. Denne eksklusion kan dog være nødvendig i forhold til at skabe tillid og sammenhængskraft i netværket. I afgrænsende netværk er der derfor fokus på individernes evne til at kunne mobilisere ressourcer igennem netværket (Andersen 2005, Rosenmeier 2007, Putnam 2000).

Sociale bånd i brobyggende social kapital anskues ofte som værende væsentligt svagere end i afgrænsende social kapital. Ifølge Putnam er de svagere bånd dog mere betydningsfulde, da de er med til at skabe adgang til viden og information samt muligheder, der ellers ikke ville være tilgængelige (Rosenmeier 2007). *“Bonding social capital is (...) good for “getting by”, but bridging social capital is crucial for “getting ahead”.*” (Putnam 2000: 23). Hvilket vil sige, at afgrænsende social kapital hjælper mennesker med at klare sig igennem dagen, hvorimod brobyggende social kapital medvirker til, at mennesker kommer videre i livet.

Der er dog ikke tale om et 'enten-eller'-forhold mellem de to former for social kapital, da der er mange netværk, som på den ene side kan indeholde dimensioner af afgrænsende social kapital og på den anden side indeholde dimensioner af brobyggende social kapital (Putnam 2000).

I vores anvendelse af Putnams teori om brobyggende og afgrænsende social kapital, kan man stille sig kritisk overfor Putnam i forhold til, om alle organisationer eller netværk skaber social kapital 'blot' ved at være defineret og eksistere som et netværk. Det er vigtigt at have de konkrete sociale forhold i netværket for øje og ikke umiddelbart konkludere på forhånd, at der via ens medlemskab i en gruppe er en høj

grad af tillid i mellem medlemmerne (Rosenmeier 2007). Dette finder vi relevant i vores anvendelse af teorien i relation til hjemløse i forhold til, hvorvidt de sociale relationer og netværk, som vores hjemløse informanter er en del af, medvirker til at øge deres sociale kapital på individniveau og på et samfundsmæssigt niveau.

Empowerment-processer skal fremme individets evne til at opbygge brobyggende social kapital. Andersen pointerer ligesom Zimmerman vigtigheden af at indgå i tillidsfulde fællesskaber, men han beskriver samtidig, hvordan disse fællesskaber, for at empowerment-processen bliver bæredygtig, skal transformeres til også at kunne indeholde relationer udenfor netværket (Andersen 2005).

#### **4.5 OPERATIONALISERING AF TEORETISKE BEGREBER**

Nedenstående afsnit redegør for, hvordan de udvalgte teoretiske begreber vil blive anvendt i analysen og dermed, hvordan de vil bidrage til besvarelsen af specialets problemformulering:

*Hvordan oplever hjemløse deres handlekapacitet, og hvilke mulighedsbetingelser kræver en sundhedsfremmende indsats analyseret ud fra SundhedsTeamets arbejde i et empowerment-perspektiv.*

Analysens overordnede ramme er skabt i et empowerment-perspektiv.

I første del af analysen vil vi, for at have et udgangspunkt for at undersøge SundhedsTeamets arbejde, se på de fem hjemløse informanters livssituation, deres ressourcer og sociale forhold. Dette vil vi gøre ud fra Wackerhausens teori omkring det åbne sundhedsbegreb, hvor vi ud fra hans begreb handlekapacitet, belyser informanternes livsbetingelser, handlefærdigheder og mål. Hertil inddrager vi Putnams teori om social kapital, hvor vi gennem hans begreber brobyggende og afgrænsende netværk vil belyse, hvilken betydning de forskellige netværk, de hjemløse indgår i, har.

Livsbetingelser er ifølge Antonovsky med til at bestemme karakteren såvel som mængden af stressorer som et individ møder igennem livet. Livsbetingelser har således betydning for individets generelle modstandsressourcer og dermed indflydelse på egen sundhed (Jensen & Johnsen 2009). Vi må derfor formode, at de hjemløse, vi

har været i kontakt med, pga. deres livsbetingelser alle har en svag oplevelse af sammenhæng. Vi finder det derfor relevant, ud fra de tre komponenter begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, at analysere os frem til, hvordan SundhedsTeamet på mikro-niveau arbejder med empowerment for at styrke de hjemløses oplevelse af sammenhæng. Vi er opmærksomme på, at Antonovsky pointerer, at der sjældent kan ske en forandring i ens niveau af oplevelse af sammenhæng. Samtidig beskriver han dog, hvordan denne forandring i en positiv retning kun kan ske i mødet med mennesker, der med udgangspunkt i det pågældende individ, kan hjælpe med en bevidstliggørelse (Antonovsky 2000).

Med Zimmerman og Andersens teorier om empowerment kan vi igennem analysen se, hvilke mulighedsbetingelser SundhedsTeamet har for at arbejde med empowerment-processer på et mikro-niveau, og hvilke mulighedsbetingelser, der skal være tilstede for at kunne opnå en kollektiv empowerment-indsats og arbejde sundhedsfremmende.

## 5. KAPITEL - ANALYSE

Første del af analysen er en kortlægning af de hjemløse informanternes handlekapacitet, den har til formål at belyse udgangspunktet for SundhedsTeamets indsats samt behovet for at lave en analyse ud fra et empowerment-perspektiv.

### 5.1 HANDLEKAPACITET HOS DE HJEMLØSE

#### 5.1.1 Informanternes livsbetingelser

Gennem bearbejdelsen af vores empiri har vi identificeret to overordnede faktorer, der er gennemgående for informanternes livsbetingelser: *hjemløsemiljøets stressvilkår* og *individksterne forhold*.

##### Hjemløsemiljøets stressvilkår

Fælles for de fem hjemløse informanter er, at de på et eller andet tidspunkt i deres liv - i kortere eller længere perioder - har levet på gaden. Sussi, Tom og Flemming har fornyligt fået egen bolig, og Kaj har boet i sin egen lejlighed i flere år. Ib lever på gaden, men har de sidste par år haft en fast plads på et herberg i København.

De fleste af informanterne oplevede tiden på gaden som stressende og ubehagelig. At skulle finde et sted at sove for natten er en primær stressfaktor for de hjemløse: “(...) altså det er jo en stressfaktor i sig selv, du ved bare det der, at du skal finde noget (...)” (Sussi: 0:23:42.3). Tom fortæller om en tilværelse på gaden fyldt med stress, både i forhold til at sikre sig en soveplads på et herberg, hvor: “Der er rift om pladserne ikk, mange gange får du også at vide, når du kommer derned, ingen pladser, så må du ud og finde en busk.” (Tom: 0:1:19.0) og følelsen af aldrig at være alene i og med der altid er mennesker omkring én:

“(...) men at være alene det betyder, at du låser døren ude på toilettet, så kan du være alene i 20 minutter måske ikk. Der er altid 4-5-10 mand omkring dig hele tiden.” (Tom: 0:6:11.1).

Livet på gaden, vidner om en tid for de hjemløse, hvor alt er til forhandling, og der intet stabilt findes. Omgivet af mennesker konstant har der ikke været ro omkring dem på noget tidspunkt.

Den kultur, der er forbundet med at leve på gaden, er med til at påvirke de fem informanternes livsbetingelser, i og med de gennem flere år har været i en form for kronisk stresstilstand.

### Individeksterne forhold

Individeksterne forhold viser sig f.eks. i form af bolig, økonomi, familie og andet socialt netværk. Via Wackerhausens teori om handlekapacitet kan vi analysere os frem til, hvordan det, at flere af vores informanter har fået egen bolig, har ændret deres livsbetingelser og dermed deres betingelser i forhold til at kunne indfri nogle af deres mål for en øget sundhed. At have fået et sted at bo, som ændring i deres bolig-mæssige livsbetingelser, giver en tryghed og stabilitet i hverdagen, som de ikke har haft før. Tryghed og stabilitet giver overskud til at have nogle mål i forhold til drømme og sundhed. Tom beskriver her, hvordan han, efter at han har fået lejlighed, langsomt begynder at få overskud til at kunne finde mening med livet igen:

*“Altså den store mening er der ikke i øjeblikket, den kommer nok. Men det kræver, at jeg har en lidt mere skemalagt hverdag, du ved ikk, så den skal falde tilbage, hvor jeg var før jeg havnede på gaden - jeg skal have noget arbejde og skidt og møg ikk.” (Tom: 0:8:33.0).*

Ændringen i deres bolig-mæssige livsbetingelse har en betydning i forhold til ro, tryghed og stress hos vores informanter.

Informanternes økonomiske situation er ligeledes en del af deres livsbetingelser, og har betydning for deres forudsætning for sundhed. På nær Ib lever alle fem informanter enten på kontanthjælp eller førtidspension. Ib har, grundet en verserende sag mod kommunen, ingen indtægt: *“(...) i alle disse år havde jeg jo levet af folks velgørenhed (...) Så jeg havde ingen økonomi og det har jeg sådan set stadigvæk ikk (...)” (Ib: 0:12:16.5).* Fordi Ib ingen økonomisk indtægt har, betaler han ikke noget for at bo, hverken på tidligere eller nuværende herberg. Ib har nedsat syn og fortæller, at han ingen briller har og ikke har råd til at købe nogle. Her sætter Ibs økonomiske livsbetingelse igen begrænsninger, da han ikke kan dække sundhedsmæssige behov,

såsom briller. Ibs økonomiske livsbetingelse begrænser ham således i at opnå nogle af hans mål. Alle informanterne er qua deres kontanthjælp eller ingen indtægt på en eller anden måde økonomisk begrænset og afhængig af offentlig støtte.

Tom fortæller, at han i forbindelse med at flytte i lejlighed, har fået stort set alle møblerne fra naboer, tidligere bekendte fra hjemløsemiljøet, Kofoeds Skole og Københavns Kommune, men han har f.eks. ikke haft råd til en ovn: *“Det er der ikke råd til, jeg skulle have en seng at ligge i, så er der ikke flere penge.”* (Tom: 0:33:18.4). Denne problemstilling er vi under empiriindsamlingen stødt på flere gange, hvor flere af informanterne har svært ved at få etableret et hjem på egen hånd og har brug for hjælp til at skaffe møbler og andre ting til hjemmet. Derfor er de afhængige af hjælp fra f.eks. SundhedsTeamet eller en CTI<sup>10</sup>-medarbejder til at skaffe møbler og køleskab mm.

Informanternes beskæftigelsessituation er ligeledes vigtig. Sussi supplerer sin kontanthjælp ved at arbejde sort på et værtshus hver anden weekend. Det har stor betydning for Sussi at have et arbejde, hun beskriver det således:

*”Altså som bartender, jeg er lige i mit es, når jeg er der, altså og det betyder noget at have noget i det hele taget, altså almindeligt arbejde vil jeg jo stadig gerne have, jeg har jo altid godt ville være vicevært.”* (Sussi: 0:14:2.5).

Det at arbejde medvirker til, at Sussi føler at hun har et mere almindeligt liv og at hverdagen giver mere mening: *”Arbejde, det var faktisk det eneste der gav mening.”* (Sussi: 0:24:19.0). Det samme kan man se hos Flemming, hvor det, at han er tilknyttet beskæftigelsen på Sundholm, giver ham noget at stå op til om morgenen.

Set ud fra et individorienteret empowerment-perspektiv har det at deltage i fællesskaber og have en rolle en væsentlig betydning. Dette kommer til udtryk hos både Flemming og Sussi, der igennem deres arbejde, umiddelbart får en oplevelse af at have en betydning i et fællesskab, som kan medvirke til, at de føler større mening og dermed kontrol over deres liv.

Som en del af det, Wackerhausen definerer som livsbetingelser, er også menneskets familiesituation og omgangskreds. Fælles for alle informanterne er, at de intet eller et

---

<sup>10</sup> Critical Time Intervention. CTI er en metode der anvendes til at sikre en vellykket overgang fra en institutionslignende bolig til egen bolig.

meget sparsomt netværk har uden for hjemløse- og/eller misbrugsmiljøet. Alle informanterne beskriver det samme i forhold til deres relationer og netværk i miljøet. Flemming udtrykker det således: *“Du kan ikke have venner i det miljø her (...) Du kan have bekendte og nogle, som bakker dig op i nogle situationer.”* (Flemming: 0:9:55.2).

Sussi og Tom giver udtryk for, at de ville være bekymret for om deres bekendte fra hjemløsemiljøet stjal, hvis de inviterede dem hjem i deres lejlighed.

Dette vidner om, at tilliden til de mennesker informanterne omgås er meget lille eller ikke-eksisterende. Selvom flere af de hjemløse informanter giver udtryk for en lille eller manglende tillid, er de fortsat sammen med folk fra miljøet:

*“Du kan ikke kalde det netværk, du kan kalde det bekendte, fordi de kan ikke hjælpe mig med noget som helst. Så det er ikke et netværk, altså det er folk jeg taler med i ny og næ og ikke andet.”* (Tom: 0:36:20.1).

Selv om vores informanter føler, at de sociale relationer, de har i hjemløsemiljøet, ikke bidrager med noget til dem, er de stadig et vigtigt element i deres hverdag.

Tom og Flemming giver udtryk for, at de oplever en større ro efter, at de har fået lejlighed, men samtidig føler de sig mere alene i og med, at de ikke er omgivet af mennesker hele tiden, som da de boede på gaden. Og ensomheden kan være svær at håndtere:

*“(...) han [CTI-medarbejderen] er i hvert fald skyld i at jeg stadigvæk har min lejlighed (...) bl.a. fordi jeg har den her sæt hverdag, bare sidder og ser fjernsyn, altså dagene er kraftede lange.”* (Flemming: 0:15:52.9).

Ligeledes giver Tom udtryk for i sit interview, hvordan han nærmest føler, at han bliver mere syg, hvis han sidder alene hele tiden, og tankerne bare får lov til at flyve. Løsningen for ham er at invitere et par bekendte fra hjemløsemiljøet, så han kommer til at tænke på noget andet (Tom: 0:17:48.1).

Ib fortæller ligeledes, at han intet netværk har, men at: *“(...) der er nogle mennesker som kender mig og ved hvem jeg er (...)”* (Ib: 0:20:51.6).

På sin vis kan man sige, at de sociale relationer, de hjemløse informanter har på trods af, at de ikke ønsker at definere det som venskab eller netværk, giver dem en form for tryghed og en bevidsthed om, at nogle kender til deres tilstedeværelse. Og informanterne udtrykker, måske ubevidst, i deres udsagn også en vigtighed af at have

disse netværk, uanset om det er netværk, der er præget af en gensidig eller tillidsfuld relation, er betydningen af at have et netværk vigtigere end slet ikke at have noget netværk. Og netværk giver dem mere end de umiddelbart beskriver i interviewene i forhold til f.eks. hjælp til møblering og en følelse af fællesskab.

Ved en af vores observationer oplevede vi særligt, hvilken betydning netværket, de hjemløse i mellem, kan have. Sygeplejerskerne fra SundhedsTeamet bruger ofte de forskellige netværk i miljøet til at give beskeder til den borger, de gerne vil have fat i. I netværkene hjælper de hinanden med at huske at tage medicin, dukke op til aftaler osv. Samtidig beskriver SundhedsTeamet, hvordan reglerne omkring tavshedspligt er mere flydende end i det traditionelle system, da de ofte er nødsaget til at videregive personlig information om en borger til nogen i dens pågældendes netværk (Bodil feltnote).

Sygeplejerskerne i SundhedsTeamet anser altså netværkene som meget betydningsfulde i forhold til at udøve deres arbejde. Samtidig tyder dette på et tillidsbånd i netværkene mellem de hjemløse, og at de sociale relationer, de indgår i, er med til at få dem, ifølge Putnam, *igennem dagen*, f.eks. i forhold til socialt samvær, holde øje med hinanden eller ved at hjælpe hinanden ved sygdom.

Afgrænsende sociale netværk er, ifølge Putnam, klassificeret ved, at medlemmerne hjælper hinanden med at klare sig igennem dagen. Dermed kan man på sin vis anskue de hjemløses sociale relationer imellem, som en form for afgrænsende netværk. Til trods for at flere af informanterne beskriver, hvordan at de ikke har tillid til nogen fra miljøet, oplever vi alligevel, i vores observationer, at der eksisterer en stærk loyalitet og tillid til hinanden i hjemløsemiljøet. Dette vidner, på trods af vores hjemløse informanters udsagn, om en stor samhørighed de hjemløse i mellem. Flere af informanterne har et misbrug, og de afgrænsende netværk kan være skyld i at de hjemløse har svært ved at komme ud af disse misbrug og dermed også ud af de afgrænsende netværk igen. For vores informanter er de afgrænsende netværk bedre end ingen netværk, og har også værdi i form af social kapital for den enkelte.

Familiemæssige netværk fremstår ofte som afgrænsende, da de ofte er præget af stærke sociale bånd. De hjemløse informanter har meget sparsomme familiemæssige relationer. Flere af dem har tidligere haft etableret egen familie eller haft en tæt kontakt til familiemedlemmer, men deres hjemløsesituation, psykiske tilstand eller



misbrug har ført til brud i disse relationer. Flere af informanterne nævner endvidere, at de har været udsat for vold eller svigt i forbindelse med disse relationer. Dette kan muligvis betyde, at de ikke har oplevet de følelser og den loyalitet, som familierelationer kan danne ramme omkring. Dette kan have ført til, at der hos flere af informanterne ikke eksisterer drømme om at få en familie igen:

*“Nej, det, been there done that (...) nej tak, jeg skal ikke have [villa, Volvo og vovse], jeg skal heller ikke have kæreste, altså, der kommer ikke nogen til hverken at flytte ind eller noget som helst (...)” (Sussi: 0:37:56.4).*

Flere af de hjemløse informanter giver udtryk for, at de føler sig begrænset i forhold til at opbygge sociale netværk uden for hjemløsemiljøet. Tom forklarer det således:

*“(...) jeg kender ikke nogen fra skoler eller fra fast arbejde eller noget som helst fordi jeg altid har været i vikarjob ikk. Så jeg har ikke de der netværk andre mennesker har (...) Så det skal jeg, det skal startes på helt bar bund.” (Tom: 0:15:43.5).*

Ligesom Tom har flere af de hjemløse informanter ikke rigtig nogen tilknytning til mennesker udenfor hjemløsemiljøet, og man kan dermed sige at deres nuværende miljø og handlemuligheder begrænser dem i at etablere mere *brobyggende netværk*. Brobyggende netværk der, som Putnam beskriver, bevæger sig på tværs af sociale skel og miljøer. Hermed har medlemmerne mulighed for at skabe relationer på tværs af miljøet og gøre brug af de forskellige ressourcer, der eksisterer her. Fordelen ved brobyggende netværk er, at man har mulighed for at hjælpe hinanden *videre i livet* og ikke blot, som i de afgrænsede netværk igennem dagen. Brobyggende netværk kan altså være med til at åbne muligheder, der ellers ikke er tilgængelige i de hjemløses interne miljøer. Brobyggende netværk vil have stor betydning i forhold til at komme ud af hjemløsemiljøet, opbygge de hjemløses ressourcer og samtidig give dem en større følelse af fællesskab og dermed en følelse af en større kontrol over eget liv. Andersen beskriver, hvordan brobyggende netværk er vigtige, for at en empowerment-proces bliver bæredygtig. Dette giver mening da de hjemløses sociale kapital her ville øges ved, at de vil kunne finde ressourcer, der kan hjælpe dem i forhold til at nå nogle af deres mål, f.eks. at få et arbejde.

Som beskrevet har alle vores informanter brug for støtte fra offentlige instanser for at kunne klare sig i hverdagen. De hjemløse oplever hjælpen fra SundhedsTeamet eller deres CTI-medarbejder som en stor støtte, og flere af informanterne betegner dem, som de får hjælp af, som en del af deres sociale netværk. For flere af informanterne er relationen og hjælpen fra SundhedsTeamet og CTI-medarbejderne en faktor i deres liv, som de på nuværende tidspunkt ville havde svært ved at klare sig uden. Relationen kan dog aldrig blive ligeværdig, som den ellers vil være i f.eks. brobyggende netværk, da det er en professionel relation, hvilket gør, at den hjemløse og den professionelle har forskellige forudsætninger i mødet med hinanden. De hjemløse informanter oplever stor nytte af den professionelle hjælp, da de får hjælp til at klare hverdagen i forhold til praktiske og sundhedsmæssige problemstillinger, og dermed kan SundhedsTeamets relation til den hjemløse borger ses som havende karakter af endnu et afgrænsende netværk. Dette understøttes af, at SundhedsTeamet ikke har mulighed for at hjælpe borgerne med nye relationer, som kunne medvirke til at skabe brobyggende netværk for borgeren:

*“Nej. Altså man kan jo sige, at dem man hjælper i behandling eller hjælper til et eller andet sted, herberg i Jylland, hjælper man jo væk fra måske et uheldigt socialt netværk. Men ellers så er det ikke noget, som vi blander os i.” (Bodil: 0:21:49.7).*

Tilsammen definerer de fem hjemløse informanters livssituation - deres boligforhold, økonomi, beskæftigelse og sociale netværk - grundlaget for deres livsbetingelser. Disse livsbetingelser er ifølge Wackerhausen med til at danne ramme om de ressourcer, de hjemløse har i forhold til at opnå de mål og ønsker, de har for deres liv. Informanterne giver alle på den ene eller anden måde udtryk for, at deres livsbetingelser begrænser dem i at opnå det, de gerne vil. Disse begrænsninger har indflydelse på deres egen vurdering af deres sundhedstilstand. En vurdering som opstår i relation til deres handlefærdigheder og de mål, som de ønsker at realisere.

### **5.1.2 Handlefærdigheder**

De fem hjemløse informanter er på hver deres måde udfordret på deres fysiske og psykiske handlefærdigheder, hvilket har direkte indflydelse på deres håndtering af hverdagen. Handlefærdigheder er ifølge Wackerhausen med til at udgøre en del af det

relationelle forhold som er individets udgangspunkt for sundhed. Informanternes handlefærdigheder er præget af deres tidligere livsførelse i form af forskellige udsathedsfaktorer, som det at have levet på gaden og det at have et misbrug. De hjemløse er alle sammen fysisk begrænsede i deres dagligdag og i deres proces imod at indfri deres individuelle mål grundet store og små skavanker og sygdomme. Sussi beskriver f.eks., hvordan hendes fysiske tilstand er med til at begrænse hende i at opnå nogle af de ting, hun gerne vil:

*”Jeg drømmer stadig om at blive vicevært, altså det har ikke forandret sig simpelthen, stadigvæk, det kunne jeg godt tænke mig, nu har jo desværre fået konstateret KOL.”* (Sussi: 0:36:52.0).

Det at Tom har ændret på sine livsbetingelser efter at have fået en lejlighed, giver ham pludselig en ro til at mærke, hvordan hans mangeårige tilværelse på gaden har påvirket ham:

*“(...) så finder man lige en knude i halsen og en lille knude her og en lille knude der og ondt i foden og sådan noget, det har du ikke, når du er hjemløs, du har ikke pladsen til at rende og føle på alting. Så lige så snart du kommer ind for dig selv og ligger ned - du kan mærke, at hjertet det slår sgu lidt uregelmæssigt, og det klør af helvede til, det gør ondt, når vi synker (...)”* (Tom: 0:17:48.1).

Tom har fået ro til at mærke, at hans fysiske tilstand er dårlig, og dermed påvirker det Toms handlefærdigheder. Samtidig medfører en ny bolig for både Tom og Flemming, en ny psykisk belastning i og med, at de føler sig ensomme pga. det manglende sociale og familiemæssige netværk. Flemming fortæller i interviewet, hvordan han tit føler sig ensom, fordi der ikke er nogen at snakke med (Flemming: 0:27:7.7). Med de ændrede livsbetingelser følger altså nye bekymringer og forhindringer, som de ellers forbedrede livsbetingelser medfører.

Flere af informanterne er også mere eller mindre psykisk begrænsede i deres dagligdag. Hos Kaj er det hans massive alkoholforbrug, der begrænser ham i at etablere et socialt netværk, som igen ses som en begrænsning i hans livsbetingelser:

*“(...) hvis jeg holder op med at drikke, så ved jeg, at jeg så vil jeg kunne oprette, begynde at genoptage en eller anden form for socialt netværk.”* (Kaj: 1:5:37.8). Toms mentale tilstand begrænser ham ligeledes i hverdagsting og i at opnå sine mål, som f.eks. at få et fast arbejde:

*“(...) altså det er også derfor, at jeg altid har arbejdet i vikarbureauer, fordi hvis jeg ikke kan komme på gaden jamen så: [bruger hånden som telefon] kommer sgu ikke på gaden i dag chef, og så er der ikke noget i det, fordi det er et vikarbureau så sender han bare en anden derud. Havde det været et fast stykke arbejde, så havde jeg været fyret i løbet af 14 dage (...)” (Tom: 0:19:40.9).*

Umiddelbart er hans mentale tilstand dog ikke noget Tom selv beskriver som en begrænsning, da han altid har haft det sådan: *“(...) jeg synes jo, at det går fint, men andre mennesker har et problem med mit mentale helbred (...)”* (Tom: 0:19:40.9). Der ses dog en tvetydighed i Toms beskrivelse af sit mentale helbred, da han på den ene siden giver udtryk for at have det fint, og at det mere er samfundets forventninger, der er begrænsende. På den anden side giver han samtidig senere i interviewet udtryk for, at han også nogle gange er generet af ikke at kunne komme ud af døren, og at han derfor er afhængig af andres hjælp.

Flemming er den eneste af vores informanter, der direkte beskriver, hvordan hans psykiske tilstand kan præge hans hverdag:

*“Det er et stort kaos, også fordi så tænker man på familie, man tænker på fremtiden og tænker på det, man har lavet i tidernes morgen, og det må jeg da ærligt indrømme, der kommer da nogle dage, hvor man sidder derhjemme, og så lige pludselig kan man blive lidt våd i øjnene, fordi man sidder og tænker for meget.”* (Flemming: 0:11:27.5).

Flemmings tidligere livsvilkår og livsførelse har haft store konsekvenser i form af en tynget psyke. Hans psykiske handlefærdighed kan ifølge Wackerhausen være med til at begrænse Flemming i nogle af de ting, han gerne vil.

De hjemløse informanters livsbetingelser er sammen med deres forskellige fysiske og psykiske kropsbundne handlefærdigheder udgangspunktet for, at de kan indfri deres mål og drømme.

### **5.1.3 Mål**

Wackerhausen sætter sundhed lig med: *“(...) subjektets evne til at indfri egne mål (...)”* (Wackerhausen 2005: 50). Et gennemgående mål for de fem informanter er

etableringen af en fast base, i form af f.eks. bolig, et fast job eller et socialt netværk.

Sussi udtrykker det således:

*”(...) men man er jo ligesom også nødt til at have en base ikk, fordi jeg røg jo ned i et sort hul jo på et tidspunkt, så måtte jeg jo desværre (...) melde mig syg ikk, hvor jeg så kom på sygedagpenge, så fordi at når man ikke har fast base (...)” (Sussi: 0:22:30.9).*

En fast base kan give dem en hverdag, hvor de kan finde ro, tryghed og en form for mening i deres liv. Kaj supplerer dette ønske med målet om at komme til at cykle igen. Det at cykle betyder for Kaj, at han kan bevæge sig frit rundt omkring. Det betyder, at han kan komme ud og være blandt andre mennesker og gøre nogle af de ting, han holder af.

Drømmen om en fast base - ro og tryghed, og det at kunne cykle igen antyder at, informanternes mål alle sammen på den ene eller anden måde peger mod en form for stabilitet, frihed, selvstændighed og personlig kontrol.

Generelt har informanterne svært ved at udtrykke langsigtede mål og drømme. Dette viser sig også hos Ib, da vi spørger ind til hans ønsker for fremtiden og han lettere ironisk svarer: *”Hvad for en tid?”* (Ib: 0:23:0.7). Det kan måske have noget med deres nuværende eller tidligere tilværelse på gaden at gøre, hvor de måtte tage en dag af gangen, og der ikke var plads til de store drømme. Tom fortæller her om hans fremtidsdrømme:

*”Men nu, det ved jeg sgu ikke, det har jeg rigtig svært ved at svare på sådan lige nu, jeg skal først have tilværelsen til at falde sådan lidt på plads, før jeg kan sige det.”* (Tom: 0:41:2.2).

Begrebet *struggling along* henviser netop til denne tilstand hos mennesker, der lever deres liv fra dag til dag (Desjarlais 1997). Derfor passer det godt, at Tom først skal lande, før han kan formulere egentlige mål, og at de mål de hjemløse primært udtrykker, alle sammen peger hen imod ønsker om stabilitet og ro.

Flemming har, som den eneste, et meget konkret og langsigtet mål med sit liv. Han vil gerne se sin søn mere. Han har en drøm om, at hans søn får mulighed for og lyst til at flytte til København, så de kan få et tættere forhold. Her er det Flemmings

økonomiske livsbetingelse, som bl.a. er et resultat af hans fysiske og psykiske handlefærdigheder, der begrænser ham i at opnå målet om at se mere til sin søn. Ibs primære mål med tilværelsen er at få opklaret sagen om sin kontanthjælp. Sagen står i vejen for ham, men er også med til at holde ham i live. Sagen er ligeledes det vigtigste element i forhold til fremtiden for Ib, idet han siger om fremtiden: *“Jamen der må vi jo føre krigen videre.”* (Ib: 0:23:10:3). Sagen har en dobbelt betydning for ham. På den ene side forhindrer den ham i forhold til at kunne ændre sine livsbetingelser og fysiske handlefærdigheder, f.eks. i forhold til at kunne købe et par briller, på den anden side er sagen også med til at holde ham i live, som Don Quijotes kamp mod vindmøller.

#### **5.1.4 Opsamling på handlekapacitet hos de hjemløse**

Ud fra ovenstående analyse gennem Wackerhausen har vi forsøgt at kortlægge de hjemløses meget begrænsede handlekapacitet i form af livsbetingelser, handlefærdigheder og mål.

Manglen på socialt netværk er gennemgående for alle informanterne og begrænser dem både i forhold til deres livsbetingelser, handlefærdigheder og mål. De har dog ikke ressourcerne til at få etableret netværkene selv, hvilket er med til at fastlåse dem i de mere afgrænsede netværk i hjemløsemiljøet.

Ifølge Zimmerman er deltagelse et af de essentielle perspektiver i empowerment på individniveau, idet man via deltagelse i forskellige netværk får udviklet sine ressourcer og dermed muligheden for at få en større kontrol over eget liv. Men denne netværksdeltagelse er en markant mangel hos de hjemløse og en særlig udfordring set i et empowerment-perspektiv.

Det er tydeligt, at de hårde livsbetingelser er en meget grundlæggende faktor for de hjemløses livssituation. Derved kan vi se, at forbedrede livsbetingelser giver større overskud hos vores informanter i forhold til at håndtere deres livssituation, som man ser med Tom og Sussi. Men qua det åbne sundhedsbegreb udgør ens livsbetingelser altså ikke de samme forudsætninger for informanterne i forhold til at opnå deres mål. At Flemming har fået sin egen lejlighed, gør at han kommet et skridt i den rigtige retning i forhold til gerne at ville have en hverdag og på et tidspunkt også være sammen med sin søn. Samtidig kan man forestille sig, at kombinationen af at bo alene og delvist afskåret fra sit netværk kan være hæmmende for hans handlekapacitet og

dermed hæmmende for ham i forhold til at få en meningsfyldt, stabil hverdag. Det at have fået sin egen lejlighed, er altså blevet en ny udfordring for Flemming.

Det er ofte ikke nok at tilbyde de hjemløse bolig, da deres begrænsede handlekapa-citet fordrer et stadigt fokus på individorienteret empowerment og styrkelse af handlekapa-citet. Et klart tegn på behovet for styrket handlekapa-citet er de hjemløses enormt begrænsede evne til at sætte sig mål. Wackerhausen beskriver sundhed som evnen til at indfri mål. Men her ser vi en gruppe i samfundet, som knap kan sætte sig mål for fremtiden. De kortsigtede mål, vores informanter fortæller om, omhandler som vist ovenfor stabilitet, frihed og kontrol, og peger tilbage på netop bedre livsbetingelser og forbedringer af handlefærdigheder.

Man kan med Wackerhausen sige, at de hjemløses sundhed - defineret som relationsforholdet mellem mål, handlefærdigheder og livsbetingelser - er kompleks, idet deres mål ikke peger fremad, men tilbage på selvsamme handlefærdigheder og livsbetingelser. Til gengæld viser dette også, at informanterne handler rationelt set ud fra Wackerhausens teori, netop fordi de sætter som mål, at rette op på de begrænsninger, de møder i deres livsbetingelser og handlefærdigheder, som er hæmmende for deres handlekapa-citet.

De hjemløse informanter er, som vist ovenfor både begrænset af deres livsbetingelser, deres fysiske og psykiske handlefærdigheder og ikke mindst i deres målsætning. Dette kan man beskrive som, at de har en begrænset handlekapa-citet og dermed på alle måder befinder sig midt i en kompleks sundhedsproblematik.

I et empowerment-perspektiv på mikro-niveau handler det om at støtte denne gruppe i at blive i stand til at håndtere deres livssituation. De skal styrkes som individer, så de bedre kan håndtere hverdagen og øge deres handlekapa-citet.

## **5.2 SUNDHEDSTEAMETS MØDE MED DE HJEMLØSE**

I det følgende afsnit belyses empowerment på mikro-niveau ud fra, hvordan SundhedsTeamet i deres arbejdede styrker de hjemløses oplevelse af sammenhæng og dermed handlekapa-citet. Ved at styrke de hjemløses oplevelse af sammenhæng opnår de en større kontrol over eget liv, og forandringerne foregår dermed på individniveau. Udgangspunktet for analysen er ovenstående kortlægning af de hjemløses handlekapa-citet.

Gennem bearbejdelsen af vores empiri er vi blevet opmærksomme på elementer, som er gennemgående og essentielle i SundhedsTeamets arbejde. Disse elementer har vi betegnet: 1) *den opsøgende funktion*, 2) *tilgængelighed & fleksibilitet*, 3) *tid, kontinuitet & udgangspunkt i den enkelte*, samt 4) *vidensformidling & refleksion*. Vi har for overblikkets skyld inddelt elementerne i to overordnede kategorier, *SundhedsTeamets organisering* og *SundhedsTeamets relationsarbejde*. Vigtigt er det dog at pointere, at disse opdelinger er meget skarpt sat op, og at de fleste elementer påvirker hinanden på flere områder.

### 5.2.1 SundhedsTeamets organisering

Nedenstående belyser, hvilke elementer i SundhedsTeamets organisering, der har afgørende betydning for de hjemløses oplevelse af sammenhæng.

#### Den opsøgende funktion

Et vigtigt element i SundhedsTeamets arbejde er deres opsøgende funktion. SundhedsTeamet bruger det meste af deres arbejdsdag på forskellige besøg og opgaver diverse steder i København og omegn:

*“(...) at vi er tilgængelige i deres miljø, altså at vi ude, og vi har en forståelse for den måde de lever på, sådan at den behandling, vi tilbyder dem, bliver en del af det liv, de lever, altså at den bliver matchet, at det er det der gør forskellen.” (Lene: 0:17:27.4).*

I den opsøgende funktion ligger der en filosofi om, at SundhedsTeamet kommer derhen, hvor borgeren befinder sig, f.eks. hjemme hos folk, på gaden, herberger og varmestuer. Ved at matche deres fysiske arbejdsplads med den måde, deres borgere lever på, adskiller SundhedsTeamet sig fra det traditionelle sundhedssystem. Tom, der bor i Nordvest fortæller, at han efter at have fået egen lejlighed har fået praktiserende læge ude på Amager: *“Jamen, der kommer jeg ikke ud vel, jeg skal ud på gaden, det sker ikk.” (Tom: 0:23:6.3).* Det at tage til sin praktiserende læge er for Tom en stressfaktor, han har svært ved at håndtere, idet han oplever, at det ligger for langt væk fra, hvor han bor. Her er Tom begrænset af psykiske handlefærdigheder,



der kommer til udtryk i hans sociale angst, der til tider hæmmer ham i at komme ud af døren.

For Tom har det en stor betydning at SundhedsTeamet kommer ud til ham, fordi de tager højde for hans begrænsninger. Hermed opnår Tom en bedre belastningsbalance og dermed en følelse af at kunne håndtere situationen. SundhedsTeamet styrker hans håndterbarhed ved at imødekomme de stressorer, han ellers ville have mødt i forbindelse med en konsultation hos egen læge.

SundhedsTeamets opsøgende funktion har også betydning for Kaj. Kaj ser Lenes besøg som et af de eneste stabile holdepunkter i sit liv (Lene feltnote). Dette stabile holdepunkt er med til at skabe meningsfuldhed for Kaj. Grundet Kajs begrænsede fysiske handlefærdigheder bl.a. en brækket hofte og ligeledes grundet hans psykiske tilstand ville han have rigtig svært ved at komme hen til SundhedsTeamet på Sundholm. Uden SundhedsTeamets opsøgende funktion ville han ikke opleve den samme grad af stabilitet og meningsfuldhed.

Det opsøgende arbejde er således centralt for overhovedet at komme i kontakt med disse borgere grundet deres begrænsede handlefærdigheder og barrierer forårsaget af de livsbetingelser, de hjemløse lever under.

#### Tilgængelighed & fleksibilitet

Et andet centralt aspekt omhandler på sin vis også muligheden for at skabe kontakt til borgeren. Samtidig med SundhedsTeamets opsøgende funktion oplever Lene ligeledes, at deres tilgængelighed og fleksibilitet har en klar indflydelse i forhold til kontakten til borgerne:

*“(...) der giver det mening, at det er nemt at have kontakten til os, at den [kontakten] er ikke i et system eller den er ikke sådan sat i tidsskema eller noget andet (...) at det er nemmere at have forbindelsen til os eller kontakten, det tror jeg da betyder noget (...)” (Lene: 0:15:45.0).*

SundhedsTeamets organisering afspejler således en forståelse for og et stærkt kendskab til målgruppens livsførelse (Lene: 0:17:27.4).

Bodil fortæller om kontakten til SundhedsTeamet: *“Vores telefonnummer er sådan i frit flow udover hele byen, så det er bare at tage røret og ringe.” (Bodil: 0:19:02.1).*

Betydningen af at man ikke behøver at bestille tid lang tid i forvejen, og at man bare kan ringe, gør det nemmere og mere overskueligt for borgeren at fastholde kontakten til SundhedsTeamet, men også at borgeren bliver mødt ved akutte behov. Som beskrevet i problemfeltet er det ofte sådanne barrierer, der står i vejen for hjemløses møde med det traditionelle sundhedssystem.

Ovenstående kommer bl.a. til udtryk, da vi er på køretur med Bodil, og hun per telefon bliver kontaktet af en borger, der er på et rekreationsophold og har abstinenser. I løbet af meget kort tid får hun ordineret medicin, der hjælper borgeren i forhold til hans abstinenser (Bodil feltnote). Flexibiliteten og tilgængeligheden betyder, at SundhedsTeamet formår at imødekomme borgernes problemer her og nu. Alternativet kunne være, at borgeren ikke kunne få hjælp til abstinenserne med det samme og i stedet begyndte at drikke igen.

Ligeledes bliver Lene kontaktet af plejepersonalet på et herberg, da de er bekymret for en af borgernes helbred, hvorefter Lene tilser ham næste dag og sørger for at skabe kontakt til egen læge (Lene feltnote). SundhedsTeamet imødekommer således et akut behov om støtte til at håndtere situationen, og de træder ind som en legitim anden, der kan styrke borgerens håndterbarhed.

Den lette tilgængelighed og fleksibilitet kan således skabe en øget håndterbarhed hos borgerne, fordi de hurtigt og nemt kan få hjælp til at håndtere en problemstilling. At SundhedsTeamet er fleksibelt og står til rådighed gør, at de kan gribe kontakten til langt flere borgere og imødekomme nogle af de sædvanlige barrierer, som hjemløse møder, når de opsøger hjælp. Hermed viser vi, at hjemløse er en særlig målgruppe, der fordrer fleksibilitet.

SundhedsTeamets fremskudte sundhedsindsats er med til at skabe mulighed for, at de hjemløse kan opnå de samme sundhedsydelser som resten af samfundet. Deres arbejde muliggør, at de hjemløse borgere kan få konkret hjælp til fysiske og psykiske problemstillinger, og dermed en større mulighed for at opnå: “(...) *lige og let adgang til sundhedsvæsenet (...)*” (Retsinformation 2014). Det er også ud fra dette perspektiv, at SundhedsTeamet ’retfærdiggør’ deres arbejde som opsøgende og fleksibelt, f.eks. i forhold til den ekstra fleksibilitet, ’lange snor’ og behandlingstid, som mange af deres patienter får. En fleksibilitet, tålmodighed og et tidsforbrug, som det traditionelle sundhedssystem ikke ville kunne tilbyde i nær samme udstrækning:

*“(…) det syntes jeg jo, man kan retfærdiggøre, fordi vi har et velfærdssystem, der tilbyder alle en, en mulighed for at få en sundhedsfaglig hjælp, altså for at få hjælp til de sygdomme og problematikker man har, og det syntes jeg, alle skal have ret til uanset, hvordan de lever.” (Lene: 0:23:54.0).*

Når SundhedsTeamet er organiseret som en fremskudt sundhedsindsats, handler det om tilgængelighed for målgruppen, om adgang til sundhedssystemet, men denne tilgængelighed kan ikke stå alene, fordi de hjemløse ikke umiddelbart har ressourcerne til at gøre brug af SundhedsTeamets sundhedsydelser. De hjemløses livsførelse og manglende ressourcer gør det nødvendigt, at man samtidig, på et mikro-niveau, styrker de hjemløses individuelle kompetencer.

Organiseringen af SundhedsTeamet som opsøgende, tilgængeligt og fleksibelt gør, at de bedre og mere effektivt når ud til deres målgruppe. Samtidig oplever SundhedsTeamet dog at være organisatorisk begrænset i deres samarbejde med andre instanser og andre faggrupper i det offentlige system, som ellers kunne fordre et sundhedsfremmende arbejde. Lene beskriver i sit interview, hvordan hun ofte føler sig begrænset i sine handlemuligheder i forhold til systemet (Lene: 0:27:23.1). SundhedsTeamets organisering gør, at de har mulighed for at arbejde ud fra en mere sundhedsfremmende og empowerment-baseret tilgang, men ofte møder de ikke de samme muligheder hos samarbejdsparter og andre kolleger i det offentlige. Dermed bliver SundhedsTeamet begrænset i deres hverdag i forhold til at få koordineret og organiseret forløb omkring deres borgere:

*“(…) at der skal man på en eller anden måde, der skal man kunne tale dem ind i det system, altså så skal jeg kunne tale mine patienter ind i det system, som de [samarbejdsparter] forstår.” (Lene: 0:4:32.3).*

Ovenstående citat er interessant, fordi det viser, at Lene er nødt til at omformulere sin sundhedsindsats for målgruppen for at få det system, hun samarbejder med, til at overhovedet at forstå og modtage hendes målgruppe. Sådant en translation er givetvis nødvendig for at ‘få tingene til at ske’, men i et empowerment-perspektiv kunne det samtidig kalde på en form for *advocacy*. SundhedsTeamet burde antage en *advocacy*-rolle for de hjemløse således, at systemet på sigt blev tilpasset de hjemløse og ikke omvendt. SundhedsTeamet bør som led i vertikal empowerment være opmærksom på at gøre sit for at påvirke resten af sundheds- og velfærdssystemet ved at advokere for,

hvorfor de hjemløse som målgruppe f.eks. fordrer en mere fleksibel og opsøgende tilgang. Dette kan på sigt forandre organiseringen på et meso-niveau og samtidig styrke SundhedsTeamets kapacitet til at hjælpe de hjemløse.

### 5.2.2 SundhedsTeamets relationsarbejde

Sygeplejerskerne fra SundhedsTeamet nævner, at relationsarbejdet er et helt essentielt element i deres arbejde med hjemløse. Lene udtrykker det således: *“(...) så handler det meget om relationsarbejde, det handler meget om at bibeholde kontakten (...)”* (Lene: 0:1:26.7). Med SundhedsTeamets egne ord er det med udgangspunkt i relationen, at de lærer borgerne at kende, og dermed kan udføre deres sundhedsarbejde målrettet den enkelte borgers mål og med udspring i den enkelte borgers livsbetingelser og handlefærdigheder:

*“(...) og være den, der fanger de der små ting, som gør at de får forværringer i deres helbred eller deres sociale situation, og kan handle på dem, så de ikke ryger ud af systemet.”* (Lene : 0:1:26.7).

Relationsarbejdet er et middel for sygeplejerskerne til at arbejde med borgernes oplevelse af sammenhæng. Den måde, de arbejder med relationer, er gennem 1) *tid, kontinuitet & udgangspunkt i den enkelte* og 2) *vidensformidling & refleksion*.

Tid, kontinuitet & udgangspunkt i den enkelte

Helt essentielt for relationsarbejdet står tid og kontinuitet. Over tid opbygger SundhedsTeamet relationer præget af tillid, der tillader dem at opnå et reelt kendskab til borgeren og opnå indblik i kompleksiteten i deres livssituation, som udfoldet ovenfor.

*“Tid er virkelig omdrejningspunktet. Fordi det tager tid, det tager tid, at folk får så meget tillid til en, så de faktisk begynder at fortælle en, hvad det hele handler om. Og det er en proces, som man ikke kan forcere.”* (Bodil: 0:10:54.4).

Det tager tid at skabe en god og tillidsfuld relation mellem den hjemløse og SundhedsTeamet – en relation, der også er nødvendig for at nå ind til kernen i

problemet. Ydermere har SundhedsTeamet god tid til den enkelte borger, tid til at lytte og forstå. Et aspekt, hvor det traditionelle sundhedssystem er langt mere begrænset:

*“De [SundhedsTeamet] har bedre tid til at lytte til dig og finde ud af, hvad fanden der er galt. Kommer du ind til en praktiserende læge, så er de som regel lidt pressede og stressede, specielt i øjeblikket ikk. Så de har ikke andet end ti minutter (...) og så siger de, enten er du syg eller også er du ikke syg. SundhedsTeamet kan bruge en uge på det samme problem, for ligesom at finde ud af, hvad fanden er der noget galt (...)” (Tom: 0:27:5.9).*

Det er ifølge Wackerhausen en væsentlig faktor, at det tager tid både at komme frem til og arbejde med borgerens ægte mål. Fordi SundhedsTeamet har tid til at lytte, spørge ind og finde frem til den reelle problemstilling, får de mulighed for at skabe et andet 'verdensbillede' hos den hjemløse. Et verdensbillede, der kan favne den hjemløses komplekse sundhedsproblematik, og som er mere nuanceret end 'syg/rask'-dikotomien, som den praktiserende læge tilbyder, og som er funderet i den biomedicinske sundhedsforståelse. Dermed har Toms møde med SundhedsTeamet og dialogen om Toms sundhedsproblematik været med til at styrke hans begribelighed. Det nye verdensbillede kan, netop fordi det er baseret på kernen i problemet, give mere mening for Tom, end det hurtige og sort/hvide svar, han fik hos sin praktiserende læge. Og dermed styrker relationen med SundhedsTeamet også Toms meningsfuldhed.

Tom føler sig hørt og forstået, og hans relation til SundhedsTeamet gør, at de stressorer i form af psykiske og fysiske skavanker, han møder, bliver mere forståelige og begribelige, fordi de giver mere mening for ham.

En af grundene til at det tager tid at nå ind til sagens kerne for de hjemløse beskrives som et element af den kultur, som de hjemløse har levet i:

*“(...) rigtig mange af dem har jo brugt årevis på at nå dertil hvor de er, og så tager det altså også bare noget tid at komme den anden vej.” (Bodil: 0:10:54.4).*

Et hårdt liv på gaden og alle de følgevirkninger, det medfører, gør, at der kan være mange små ting, som skal klares eller belyses, førend man kan nå ind til det, som måske er den centrale problemstilling. Det kræver tid at opnå kendskab til, hvem den hjemløse er, og hvad sundhedsproblematikken indebærer:

*“(...) med at få dem lært så godt at kende, så man finder ud af, hvad der er nedenunder alt det der misbrug og kaos, og hvem er du egentlig, udover ham den der fulde brøleabe, der står oppe på torvet ikk.” (Bodil: 0:10:45.2).*

Det, at SundhedsTeamet kender målgruppen og miljøet så godt og over lang tid, betyder, at de bedre kan forstå og identificere sig med de hjemløses behov og problematikker. Dette kan ses som, at SundhedsTeamet påtager sig en *eco-identity*, som en del af empowerment-processen.

Tiden til at lære borgerne og deres problemstillinger at kende, giver SundhedsTeamet mulighed for målrettet at hjælpe dem med deres behov. Samtidig er et væsentligt element i SundhedsTeamets relationsarbejde et ønske om at tage udgangspunkt i den enkelte. Bodil beskriver hvorfor:

*“(...) det er jo det, der giver mening for den enkelte, som er det bærende. Fordi det nytter jo ikke noget, at vi kommer og siger til folk, at du skal holde op med at ryge og drikke og så skal du i øvrigt spise flere gulerødder, hvis det slet ikke er der, de er (...)” (Bodil: 0:16:16.0).*

Et udgangspunkt i den enkelte og at de hjemløse er i centrum er nødvendigt bl.a. i forhold til at identificere mål og problemstillinger. Dermed opnår de hjemløse et ejerskab over situationen samt en oplevelse af sammenhæng mellem de mål, de har, og deres ressourcer til at nå dem. Den hjemløse er ekspert i eget liv, og ekspert på, hvad der vil virke mest fremmende for hans/hendes sundhed.

Det at tage udgangspunkt i den enkelte kan defineres som en anerkendende tilgang, hvor den enkelte anerkendes på sine egne præmisser. Men det handler også om at anerkende de individeksterne livsbetingelser og de fysiske og psykiske handlefærdigheder, der gør sig gældende for den enkelte borger.

Ovenstående betragtning peger i retning af, at hvis livet eller det at fremme ens sundhed på den ene eller anden måde ikke giver mening for den enkelte borger, så kan det være ligegyldigt at prøve at presse sundhedstiltag igennem. Hvis den enkelte ikke kan se en mening i sit mål, er arbejdet nyttesløst. Ydermere, hvis kendskabet til den hjemløses reelle behov og problemstillinger mangler, kan hjælpen ramme ved siden af målet og endda bidrage til meningsløsheden. Bodil fortæller f.eks.:

*“Altså de [hjemløse alkoholikere] sidder på et eller andet værested og siger, nu vil jeg også holde op med at drikke, og så inden at de har set sig om, så er der en eller anden behjertet frivillig, der har smidt dem ind bag en bil og kørt dem på psykiatrisk skadestue til afrusning, og så står de derude og tænkte undskyld, hvordan fanden havnede jeg her, ikk.” (Bodil: 0:12:05.9).*

Uden reelt kendskab til de enkelte hjemløse, ville SundhedsTeamet ikke kunne hjælpe dem med at styrke deres meningsfuldhed. Ud fra Antonovsky vil meningsfuldheden kunne motivere borgeren til at fuldføre f.eks. et afvænningsophold.

Man kan dog gøre sig overvejelser over ‘hvilken’ eller ‘hvis’ meningsfuldhed, der er tale om. Er det en meningsfuldhed, der udspringer af ægte mål, der stammer fra borgeren selv, eller er det en meningsfuldhed skabt ud fra SundhedsTeamets sundhedsfaglige fokus, der primært tillader dem at stille skarpt på borgernes fysiske og psykiske handlefærdigheder? Man kan forestille sig muligheden for, at borgeren over tid og gennem relationerne kan blive præget og motiveret til også at kunne se mening i SundhedsTeamets mål for borgeren, hvad end dette er eksplicit eller implicit. Hvis borgerens oplevelse af sammenhæng skal styrkes, er meningsfuldheden ifølge Antonovsky det vigtigste element. Men denne meningsfuldhed skal ligge i forlængelse af ægte mål, der stammer fra borgeren selv. Hvis målet ikke er defineret og udspringer af borgeren selv, er målet ifølge Wackerhausen hverken etisk eller realistisk.

Den måde SundhedsTeamet forsøger at arbejde med udgangspunkt i den enkelte står også i kontrast til det traditionelle sundhedssystem. Sussi beskriver her en situation hos sin praktiserende læge:

*“(...) da jeg kommer op hos hende du ved, jamen hun mente jo så, jeg havde et misbrug, så siger jeg ja - det vil jeg godt have noget hjælp til, og så kunne hun ikke udskrive nogen piller det næste halve år, hvad har du så tænkt dig siger jeg, altså hallo, så går jeg bare på det sorte marked, altså det gør det jo slet ikke bedre (...)” (Sussi: 0:45:9.7).*

I situationen føler Sussi sig hverken hørt eller anerkendt, da lægen ikke har forståelse for hendes livsbetingelser, heriblandt de forhold Sussi har levet under som tidligere hjemløs og misbruger. Hun oplever ikke, at hendes praktiserende læge går i dialog med hende, men derimod kommer med en ekspertvurdering, der ikke er baseret på Sussis egne ønsker. Hjælpen fra den praktiserende læge er derfor ikke til nogen nytte.

Her oplever Sussi en forskel i mødet med SundhedsTeamet, hvor hun føler sig hørt og oplever, at deres arbejde tager udgangspunkt i hendes ståsted (Sussi: 0:46:28.5).

SundhedsTeamets tilgang til Sussis situation er med til at øge Sussis begribelighed i og med, at SundhedsTeamet indgår i dialog om afvænnning ud fra Sussis situation, på hendes præmisser og ud fra det miljø, hun kommer fra. Derfor bliver verden mere forståelig, hvilket styrker begribeligheden.

Heller ikke Ib føler at han passer ind i det traditionelle sundhedssystem og hos sin praktiserende læge. Da vi spørger ind til hvorfor:

*“Åh fordi de skal have mig trukket hen i en kasse, som jeg ikke passer til. Det er nemmere, immervæk nemmere at trække mig hen til kassen end at trække kassen hen til mig.” (Ib: 0:31:40.1).*

Hos den praktiserende læge føler Ib ikke, at det er ham som individ, der kommer i centrum, og han oplever, at han bliver presset ned i en bestemt kasse, hvor han ikke føler sig hjemme. Derfor giver det ikke længere mening for Ib at komme hos den praktiserende læge:

*“Jeg skal kun derhen, hvorfor man behandler den sag på de vilkår som jeg har opsættet som de rigtige, og man er velkommen til at diskutere om det er de rigtige vilkår, men det vil ende med at det er sådan som jeg er (...)” (Ib: 0:33:34.5).*

Det giver kun mening for Ib at arbejde mod en øget sundhed, hvis det tager udgangspunkt i der, hvor han er. Ellers rykker han sig ikke. Ib føler til gengæld, at SundhedsTeamet giver udtryk for en forståelse for hans situation med sin sag, som er altoverskyggende i hans liv (Ib: 0:33:34.5). I og med at Ib føler sig lyttet til af SundhedsTeamet, og at han oplever, at deres arbejde tager udgangspunkt i hans egne mål, bliver Ibs måde at se verden på - hans begribelighed - anerkendt og styrket. Samtidig kan den anerkendelse, som Ib møder hos SundhedsTeamet, give ham en følelse af, at han bedre kan håndtere de stressorer, han møder gennem sin daglige kamp med sin sag, som er hans primære mål. Dermed øger SundhedsTeamets udgangspunkt i den enkelte Ibs håndterbarhed.

At SundhedsTeamet lytter til Ib, betyder ikke, at deres arbejde fokuserer på at hjælpe Ib med hans største problemstilling - nemlig at få ordnet hans sag. SundhedsTeamet arbejder, som beskrevet, ud fra et sundhedsfagligt fokus, med en anerkendende og



lyttende tilgang. Derved oplever Ib at blive mødt, men han får ikke direkte hjælp til sit eget primære mål, dvs. sagen, som er det mest meningsgivende element i hans liv. Set med Antonovsky ville Ib kunne opnå en større oplevelse af sammenhæng, hvis SundhedsTeamets arbejde tog udgangspunkt i at hjælpe Ib med at få hans sag ordnet og ud af verden, så han kunne sætte sig nye mål.

Ligesom det traditionelle sundhedssystem arbejder SundhedsTeamet ikke uden en agenda, og man kan blive i tvivl om, hvem det er der sætter agendaen - Ib eller SundhedsTeamet.

At SundhedsTeamets arbejde giver mening for den enkelte er essentielt for, at deres arbejde kan lykkes. SundhedsTeamet arbejder således ikke med generelle succeskriterier, da deres arbejde tager udgangspunkt i den enkelte. Det er derfor borgeren selv, der skal definere succeskriteriet for sin behandling (Bodil: 0:30:36.3). Ifølge Wackerhausen kan mål for sundhed kun være ægte, hvis de udspringer fra borgeren selv, og derved forsøger SundhedsTeamet at støtte op om målene, så længe de ud fra deres sundhedsfaglige viden vurderer, at det er et realistisk og etisk forsvarligt mål. Samtidig er SundhedsTeamet begrænset af deres monofaglige fokus, hvor de ikke altid har mulighed for at arbejde med den mest motiverende agenda for borgeren.

Tiden og udgangspunktet i den enkelte er elementer i SundhedsTeamets relationsarbejde, hvori de lærer borgeren at kende og dermed kan nå ind til kernen i borgerens problemstillinger. Disse elementer er vigtige for at kunne styrke den hjemløses begribelighed og meningsfuldhed.

### *Den kontinuerede relation*

Udover tid til at lytte og etablere en tillidsfuld relation med udgangspunkt i den enkelte, så er kontinuitet og opretholdelsen af en længerevarende relation til de hjemløse ligeledes essentiel:

*“(...) du skal ikke starte forfra, du kan fortsætte på historien præcis der, vende tilbage til problematikker, som man har snakket om for et stykke tid siden, fordi nu er det relevant at tage det op igen. (...) det tror jeg betyder rigtig meget for dem, man bliver lidt sådan lidt en tråd, en rød tråd i deres liv på en eller anden måde.” (Lene: 0:16:43.1).*

Et godt eksempel på betydningen af en kontinuert relation ses hos Kaj. Lene er kommet hos Kaj igennem de sidste 10 år og har derfor haft mulighed for at opbygge en relation til ham, hvori der er en grundig forståelse for hans livsbetingelser, handlefærdigheder og mål. For Kaj har denne længerevarende, tætte relation og Lenes gode kendskab til Kajs situation haft stor betydning for hans kamp mod sit alkoholmisbrug:

*“Hun [Lene] har den betydning, at jeg er holdt op med at drikke i sammenlagt fire år pga. at hun accepterer, at når jeg skal holde op med at drikke, så skal jeg gøre det på en bestemt måde, og hun ved lige præcis, hvordan jeg skal gøre det (...)” (Kaj 1:24:23.5).*

Lene er, sammen med hjemmeplejen, en af de få, som Kaj definerer som sit primære sociale netværk (Kaj: 1:6:29.7). Lene fortæller, at deres relation har stor betydning for Kaj, og at han giver udtryk for, at han ville ønske, at Lene kom hos ham i privatregi, i stedet for i arbejdsregi (Lene feltnote). Kaj udtrykker således et ønske om, at overkomme den professionelle distance og etablere en jævnbyrdig relation baseret på venskab. Samtidig er det netop sigende for, hvor tæt relationen mellem Kaj og Lene er.

Lene udtrykker endvidere om den kontinuerte relation til Kaj:

*“(...) jeg ved, at det er en betydning for ham, at jeg kommer, fordi det er der, han føler, at han har den røde tråd i forhold til noget normalitet på en eller anden måde (...)” (Lene: 0:6:36.4).*

Man kan således sige, at Lene bidrager til Kajs oplevelse af stabilitet i hverdagen, hvor Lene fungerer som en legitim anden i de situationer, Kaj har svært ved at håndtere. Denne tillidsrelation mellem Kaj og Lene er med til at øge Kajs håndterbarhed i forhold til at skulle stoppe med at drikke. Han opnår via relationen en større følelse af at kunne mestre de stressorer, han vil møde i form af at skulle stoppe med at drikke, og opnår dermed at få en større kontrol over sit liv.

Den kontinuerte og tætte relation øger desuden Kajs meningsfuldhed, idet relationen i sig selv fungerer som en motiverende faktor i forhold til at prøve at stoppe med at drikke. Som stabilt holdepunkt er Lene en motiverende faktor i hans liv (Kaj:

1:14:35.8), og Lene er med til at give mening i Kajs liv og øge hans grad af oplevelse af sammenhæng.

I Kaj og Lenes relation kan ses elementer både fra et afgrænsende og brobyggende netværk. Der eksisterer et stærkt tillidsbånd i mellem dem, der gør, at Lene kan fungere som en legitim anden for Kaj. Samtidig ser Kaj Lene som sin vej ud af sit alkoholmisbrug, og derfor indeholder deres relation også en vis grad af *at komme videre i livet*, som er karakteristisk for et brobyggende netværk. Spørgsmålet er så, om denne relation mellem Kaj og Lene er stærk nok til, at en alkoholfvænning vil kunne lykkes, og om Kajs relation til Lene er den mest fordrende i forhold til at stoppe med at drikke. Det at Lene i sig selv, og ikke alkoholfvæningen, er den motiverende faktor for Kaj, gør at man kan betvivle, hvorvidt det at stoppe med at drikke er et ægte mål for Kaj. Eller om det blot er et mål, der udspringer af ønsket om en tættere relation med Lene – dvs. hvorvidt Lene er blevet et endemål i sig selv, fremfor at være en brobyggende relation.

Det er problematisk, hvis SundhedsTeamet ender med at blive Kajs primære netværk. Hvis SundhedsTeamets arbejde i stedet for fokuserede på at facilitere netværksrelationer for Kaj, hvori han ville kunne opnå den vigtige følelse af fællesskab, så kunne Kaj få opbygget ressourcer og få en større kontrol over sit eget liv. Spørgsmålet er, om sygeplejersker og læger har de rette handlemuligheder og kompetencer til at facilitere tværgående netværk. Uanset hvad er et brobyggende netværk essentielt, og det ville være et skridt på vejen for SundhedsTeamet mod et mål om, at Kaj skal blive mere uafhængig af dem, hvilket er et af de trin som Zimmerman beskriver som vigtige i en empowerment-proces.

For Tom har det også stor betydning, at SundhedsTeamet fortsætter med at komme hos ham på trods af, at han har fået sin egen lejlighed og ikke længere lever på gaden. Kontinuiteten giver ham en tryghed:

*“(...) de [bliver] ved at dukke op her indtil at jeg har fået det bedre. At de føler at de kan overgive mig til det kommunale regi eller praktiserende læger eller sådan.” (Tom: 0:29:7.4).*

At SundhedsTeamet bliver ved med at komme hos Tom og relationen opretholdes, hjælper ham med at få etableret en stabil hverdag. De tilbagevendende besøg er med til at skabe en følelse hos Tom om, at han godt kan håndtere de nye stressorer, der

følger med det at få en lejlighed. Toms grad af begribelighed styrkes, idet SundhedsTeamet snakker med ham om hans udfordringer og giver ham en følelse af, at han godt kan klare situationen, hvilket styrker hans håndterbarhed.

SundhedsTeamet fungerer som en ydre ressource og støtte ved f.eks. at tage Tom med ud på gaden. I kraft af teamets hjælp og tiltro til at Tom selv vil kunne klare hverdagen, er de med til at øge hans håndterbarhed, idet de krav, som SundhedsTeamet i samråd med Tom opstiller for ham, ikke er med til at overstige hans nuværende ressourcer og samlede handlekapaцитet. SundhedsTeamet er derudover med til at øge Toms oplevelse af sammenhæng, idet SundhedsTeamets hjælp først og fremmest har retning mod hans mål om at klare sig selv og få kontrol over eget liv.

På trods af at SundhedsTeamets hjælp peger i retning af, at Tom skal kunne klare sig selv, fungerer SundhedsTeamet her som et afgrænsende netværk for Tom. Et netværk der primært er med til at hjælpe ham i hverdagen, og som han er meget afhængig af til trods for, at han nu har fået sin egen lejlighed. Tom er dog selv opmærksom på, at han, for at komme videre med sit liv og for at kunne opnå sine mål om et arbejde og en kæreste (Tom: 0:9:13.9), er nødt til at etablere nogle netværk ud over hjemløsemiljøet og SundhedsTeamet. Han er dog også, som tidligere beskrevet, opmærksom på sine begrænsninger for dette. Derfor kunne SundhedsTeamets arbejde have større virkning, være mere relevant for Tom og styrke hans oplevelse af sammenhæng, hvis der var mere fokus på at etablere brobyggende netværk. Tom ville gennem disse netværk på sigt kunne opbygge ressourcer, så han kunne blive uafhængig af SundhedsTeamet. På længere sigt kunne facilitering af netværk måske hurtigere bidrage til en følelse af uafhængighed hos Tom og dermed også en følelse af selv at have kontrol over sit liv. Det er interessant, at Tom selv er meget bevidst om at etablering af brobyggende netværk er essentiel for, at han kan komme videre med sit liv. Samtidig er dette ikke et fokus for SundhedsTeamet, der primært fokuserer på, at Tom kan klare sig selv i hverdagen. Men en bæredygtig hverdag og livsform for Tom afhænger af mere end selv at kunne komme på gaden osv., den afhænger af mere end at *komme igennem dagen*. Man kunne derfor forestille sig, at SundhedsTeamet arbejde, netop for at have et reelt udgangspunkt i borgeren, kunne opnå bedre resultater, hvis det fokuserede mere på etableringen af netværk.

Den kontinuerte relation og fastholdelse af relationen er ligeledes et element i SundhedsTeamets forebyggende arbejde. Meget af tiden går med at pleje relationer med henblik på den dag, hvor borgeren har akut brug for hjælp.

Et eksempel på relationspleje er, at SundhedsTeamet ugentligt besøger to borgere på et herberg for at udlevere vitaminpiller. Lene fortæller, at besøget i langt højere grad handler om at vedligeholde deres relation end om vitaminpillerne. Målet er, at de ringer til Lene den dag, de virkelig har brug for hjælp.

Igen er det relevant at diskutere, hvorvidt SundhedsTeamet i deres funktion som borgernes legitime anden reelt styrker borgernes handlefærdigheder og dermed øger deres muligheder for selv at kunne tage hånd om akutte situationer. Vores overvejelser beror på, om et større fokus på styrkelse af borgernes handlefærdigheder ikke ville medføre en større oplevelse af håndterbarhed for dem, og dermed på om SundhedsTeamets arbejde er den bedste tilgang i forhold til, at de kan opnå kontrol over eget liv, eller at det 'forebyggende' relationsarbejde bør suppleres af en håndterbarheds-tilgang.

Ovenstående er et godt eksempel på SundhedsTeamets 'brandslukker-funktion'. Hvis SundhedsTeamet arbejde skulle indeholde flere elementer fra en empowerment-proces, skulle deres indsats fokusere mere på at gøre borgerne uafhængige af dem. Dette kan ske ved at arbejde mod at skabe muligheder for de to borgere i eksemplet, hvori de kunne opnå de relevante ressourcer. Dette kunne igen være i forhold til at skabe relationer til andre netværk, som f.eks. frivillige organisationer eller tilbud i lokalmiljøet. Netværksopbygning ville således kunne pågå som led i samme forebyggende relationsarbejde.

SundhedsTeamets særlige udgangspunkt, hvad angår *tid*, udmønter sig i muligheden for at arbejde mere kontinuerligt og tage udgangspunkt i den enkelte hjemløse. Dette fører til en styrket begribelighed, håndterbarhed og ikke mindst meningsfuldhed hos de hjemløse, da de føler sig hørt, set og deres problemer forstået. SundhedsTeamet har dog udelukkende et sundhedsfagligt fokus, hvilket kan begrænse dem i at yde en indsats til borgerne som rækker længere end *at komme igennem dagen*.

## Vidensformidling & Refleksion

En stor del af SundhedsTeamets relationsarbejde omhandler vidensformidling om sundhedsproblematikker gennem samtale. Således opnår borgerne større viden om deres sundhedstilstand og viden om, hvordan de kan håndtere den. Vidensformidling handler således også om at skabe et bedre grundlag for borgeren til at træffe beslutninger på.

Til en konsultation hos SundhedsTeamet, hvor Sussi, der har fået konstateret KOL, får tjekket lunger og udleveret medicin, observerer vi, hvordan SundhedsTeamet informerer grundigt om KOL og snakker med Sussi om, hvilken betydning rygning og alkohol har i den forbindelse. SundhedsTeamet fortæller ikke Sussi, at hun skal stoppe med at ryge eller bør drikke mindre, fordi hun har fået konstateret KOL. De informerer Sussi om hendes sygdom, og Sussi når i løbet af konsultationen selv frem til, at hun måske skal finde sig et nyt arbejde, da hun arbejder på en bodega, hvor der er meget røg og alkohol. Til samme konsultation spørger SundhedsTeamet Sussi gentagende gange, hvad hun selv synes er det rigtige, f.eks. i forhold til om hun skal trappe noget medicin op eller ned. Sussi foreslår, at hun får en lidt højere dosis over de næste par dage, fordi hun skal flytte. Dette bliver accepteret fra SundhedsTeamets side (Bodil feltnote). SundhedsTeamet arbejder her ud fra et væsentligt princip om borgerinddragelse, og Sussi får til konsultationen styrket sin meningsfuldhed, da hun føler, at hun tager ansvar for eget liv og selv tager beslutningerne omkring sin behandling. Samtidig får hun også styrket sin tro på, at hun kan mestre denne stressor, som KOL er, altså hendes begribelighed. Sussi går fra konsultationen med en styrket meningsfuldhed i forhold til at stoppe med at ryge og drikke. Hun er motiveret og kan se meningen i at skulle stoppe, og hun har en følelse af, at hun godt kan klare det. Her har SundhedsTeamet via empowerment på mikro-niveau, igennem konsultationen og vidensformidling, hjulpet Sussi med at klarlægge og mobilisere de ressourcer, som er nødvendige for, at hun kan stoppe med at ryge og drikke. Dermed er der kommet en større oplevelse af sammenhæng for hende mellem mål og løsningsmuligheder.

SundhedsTeamets relationsarbejde omhandler desuden refleksion med den hjemløse, omkring livsbetingelser, handlefærdigheder og mål. Konkret får SundhedsTeamet en funktion som samtalepartner, der lytter og videndeler, og hjælper borgerne med at reflektere over deres situation og fremtid. Netop denne refleksion med

SundhedsTeamet kan være med til at opbygge ressourcer hos de hjemløse, så de bedre kan se en sammenhæng mellem deres mål og vejen dertil. Ligeledes kan en sådan refleksion være med til at belyse og mobilisere de ressourcer hos de hjemløse, som muliggør opfyldelsen af deres mål. På den måde har relationen mellem SundhedsTeamet og de hjemløse en positiv effekt på de hjemløses begribelighed og derved deres oplevelse af sammenhæng. Bodil beskriver det således:

*“(…) det er bl.a. den der, ja, jeg har i øvrigt også tænkt, at jeg skal holde op med at drikke. Hvis der så pludselig er nogen, der siger hvorfor det? Så bliver de sådan helt [laver en grimasse], så man kan sige, at en af vores opgaver, det er at give folk plads til refleksion og så få styr på deres tankegang.” (Bodil: 0:14:04.7).*

Citatet vidner om, at SundhedsTeamet er bevidste om, at de hjemløse ikke har et netværk på samme måde som majoriteten af befolkningen og derfor i dagligdagen mangler nogle at reflektere med. De mangler nogle, der kan sætte spørgsmålstejn ved deres beslutninger og måske tilbyde nye perspektiver på livet og på, hvordan man kan håndtere det anderledes.

Dette viser samtidig, at de manglende sociale netværk er en genkendelig problemstilling i SundhedsTeamet, hvor SundhedsTeamet bliver de hjemløses refleksions- og sparringspartner. I Sussis situation ovenfor, hvor problemstillingen er sundhedsfagligt relateret, giver SundhedsTeamets funktion som vidensformidler og refleksionspartner rigtig god mening. Men de hjemløse har også andre livssituationer eller problemstillinger, som de har brug for at reflektere over, hvilket SundhedsTeamet, som et afgrænsende netværk, ikke kan dække. I sådanne tilfælde kunne SundhedsTeamet i et empowerment-perspektiv gå ind som facilitatorer for, at problemstillingerne kunne dækkes af et mere brobyggende netværk.

Det er også igennem refleksion og samtaler, at Lene og Kaj er kommet frem til, at han gerne vil stoppe med at drikke. Hermed har Lene hjulpet ham med at styrke hans begribelighed og håndterbarhed ved at reflektere med ham over, hvorfor at han skal stoppe med at drikke, samt give ham en følelse af, at han godt vil kunne mestre en sådan stressor, hvis han får den rette hjælp (Lene feltnote).

At SundhedsTeamet træder ind som refleksionspartner, kan styrke den hjemløses begribelighed og håndterbarhed. Samtidig er udgangspunktet for refleksionen

umiddelbart primært forankret i en sundhedsfaglig problemstilling grundet SundhedsTeamets monofaglige baggrund. Derfor kan man forestille sig, at der er elementer i borgernes liv, som bliver overset og som måske kunne have stor betydning for deres samlede oplevelse af sammenhæng.

Vidensformidling og refleksion er de elementer i sundhedsindsatsen, hvor SundhedsTeamet har mulighed for at guide og vejlede borgeren, men på en måde der fortsat tager udgangspunkt i den enkelte. Dette kan ses som en form for empowerment-facilitering, idet SundhedsTeamet er med til at styrke, at f.eks. Sussi oplever at få en større kontrol over eget liv.

Det skal ske på borgerens egne præmisser og lede frem til, at borgeren selv træffer en beslutning og sætter sig et mål indefra – sådan som Wackerhausen foreskriver. Dog skal man stadig have SundhedsTeamets professionelle baggrund for øje, da der her kan være nogle begrænsninger for, hvor udgangspunktet for refleksionen kan være. Refleksionen mellem SundhedsTeamet og den hjemløse er altså ikke udelukkende styret ud fra den hjemløses behov og problemstillinger. Kun hvis disse behov eller problemer passer ind under SundhedsTeamets fokus. De hjemløse kunne måske have stor gavn af at reflektere med nogle med en mere holistisk tilgang til dem.

SundhedsTeamet arbejder i deres relationsarbejde ud fra en ideologi om den hjemløse i centrum. Men både i deres relationsarbejde og rolle som vidensformidler og refleksionspartner er de begrænset af deres monofaglige perspektiv.

### **5.2.3 Det monofaglige perspektiv**

I forhold til de hjemløses komplekse sundhedsproblematikker virker SundhedsTeamets monofaglige perspektiv smalt eller ensidigt. Det lidt snævre fokus kommer f.eks. til udtryk i en modsætning mellem SundhedsTeamets idealistiske, brede sundhedsforståelse og deres traditionelle, sundhedsfaglige baggrund. I et af interviewene beskriver en af sygeplejerskerne, hvordan deres arbejde altid tager udgangspunkt i den enkelte:



*“(...) jeg tænker, at det er meget individuelt, at i virkeligheden er det jo ikke så interessant, hvad jeg synes er sundhed, det er meget mere interessant hvad mine patienter synes er sundhed.” (Bodil: 0:16:16.0).*

Bodil udtrykker her en sundhedsforståelse, der ligner Wackerhausens til forveksling. Med dette helt essentielle udgangspunkt har SundhedsTeamet i princippet mulighed for at udføre en sundhedsfremmende indsats til en gruppe borgere, som ellers bliver tabt af det traditionelle system, fordi deres behov og problematikker går ud over ‘normalen’. I løbet af samme interview bliver modsætningen tydelig i en selvmodsigende beskrivelse af SundhedsTeamets traditionelle sundhedsfaglige fokus, der ligger implicit, når der tages udgangspunkt i den enkelte:

*“(...) jeg tænker at KRAM-faktorerne ligger selvfølgelig ind over, og det gør de jo i og med, at vi har sådan en ganske almindelig somatisk tilgang til rigtig mange af de problemer folk har.” (Bodil: 0:16:16.0).*

Deres sundhedsfaglig baggrund kan dermed hindre dem i at se borgerens problemstillinger fra andre perspektiver og i at tage fuldbyrdet udgangspunkt i den enkelte borger.

SundhedsTeamets monofaglige udgangspunkt skinner ligeledes igennem, da vi beder Bodil om at lave en jobbeskrivelse af en medarbejder i SundhedsTeamet:

*“(...) jeg vil sige, at det kræver, at man har et godt fagligt fundament, sådan et alment medicinsk kirurgisk fagligt fundament.” (Bodil: 0:09:31.2).*

SundhedsTeamets tilgang til arbejdet med de hjemløse er altså styret af deres professionelle baggrund, der udspringer af deres medicinsk kirurgiske faglige fundament. SundhedsTeamets muligheder for at imødekomme de forskellige tilgange til sundhed, som de hjemløse har, er altså begrænset af deres profession. De har ikke mulighed for at imødekomme borgerne, hvis deres problemstillinger rækker ud over SundhedsTeamets kompetenceområder. Bodil beskriver ligeledes, hvordan deres arbejde er struktureret ud fra at: *“(...) succeskriteriet, det er jo altid patienten, der definerer det.” (Bodil: 0:30:36.3).* At det er de hjemløse, der har defineret succeskriterierne, er dog ikke ensbetydende med at de selv har identificeret målene. Hvem er det, der bestemmer, hvad de hjemløse borgere skal arbejde hen imod? De hjemløse har nogle behov og problemstillinger de skal have løst, men dilemmaet opstår, hvis SundhedsTeamet ikke har mulighederne for at se og varetage disse behov på grund af deres udelukkende sundhedsprofessionelle udgangspunkt.

Selvom SundhedsTeamet i mødet med de hjemløse fuldt ud erkender behovet for at arbejde holistisk og med udgangspunkt i den enkelte, så fungerer SundhedsTeamet som en fremskudt sundhedsindsats med rod i det traditionelle sundhedssystem, præget af en biomedicinsk sundhedsforståelse. Denne implicite modsætning, som Bodil udtaler: 'en ganske almindelig somatisk tilgang' vs. 'hvad mine patienter synes er sundhed' – kalder i et empowerment-perspektiv på en fagprofessionel selvkritik. Empowerment på såvel mikro- som på meso-niveau kræver, at professionelle forholder sig kritisk overfor deres eget fag og overfor de grænser og standarder, faget traditionelt indeholder. Hensigten er, at faget bliver så fleksibelt som muligt og dermed kan omfavne bredere problemstillinger hos individerne (Andersen 2013). Man kan således spørge, om det er SundhedsTeamets mulighedsrum eller de hjemløse selv, der er definerende for succeskriterierne eller målene. Problemet er ofte:

*"(...) at borgerens egen definition af et problem skal passe sammen med de kategorier, der er til rådighed, og de løsninger, som borgeren kunne forestille sig at få hjælp til, skal passe til de politisk bestemte muligheder, der er til rådighed."* (Andersen 2013: 253).

Det betyder altså, at SundhedsTeamets monofaglige tilgang langt fra er tilstrækkelig. De hjemløse ville have flere muligheder og et udvidet handlingsrum, hvis der ligeledes skete en kapacitetsopbygning hos SundhedsTeamet, således at de ville kunne favne bredere og flere problemstillinger.

SundhedsTeamets monofaglige, snævre tilgang til sundhed kan begrænse dem i at imødekomme de hjemløses individuelle forudsætninger for sundhed, hvis de hjemløses mål rækker udover SundhedsTeamets fokusområde. Dette kunne f.eks. være mål om flere sociale relationer og et arbejde.

Hvis SundhedsTeamets indsats skulle indeholde et større sundhedsfremmende element, ville det være nødvendigt med et større tværfagligt element i deres arbejde. Det vil sige, at både selve SundhedsTeamet kunne være tværfagligt sammensat – f.eks. af socialrådgivere, socialpædagoger og sundhedsprofessionelle – og at det system, som teamet er en del af og forsøger at samarbejde med, havde flere muligheder for at arbejde med en mere holistisk tilgang, så de kan tage udgangspunkt i der, hvor borgeren er.

En øget tværfaglighed og holistisk tilgang fordrer således både horisontal empowerment, hvad angår SundhedsTeamets organisering og indsats for de hjemløse, og vertikal empowerment, hvad angår den offentlige sektor, systemet, som SundhedsTeamet er en del af, og som de skal hjælpe de hjemløse med at brobygge til. Som beskrevet er hjemløses problemstillinger ofte sammensat af både individuelle og strukturelle elementer. På baggrund af de hjemløses livsbetingelser og handlefærdigheder, kunne det derfor være relevant at inddrage andre faggrupper for at kunne løse borgernes problemstillinger bedst muligt. Dette kunne f.eks. være faggrupper inden for det psykologiske, sociologiske, sundhedspædagogiske og økonomiske felt (Pedersen, Nielsen & Land 2012).

En tværfaglig indsats vil med udgangspunkt i de hjemløse, som eksperter i eget liv, kunne udvide de hjemløses handlingsrum, idet indsatsen bedre ville formå at imødekomme den løsning, borgerne forestiller sig at få hjælp til.

SundhedsTeamet er både begrænset i brobygningen til resten af sundhedssystemet og velfærdssektoren generelt. Vores traditionelle sundhedssystem er struktureret ud fra sygdomskategoriseringer og sygdomsforståelser, der ikke tager højde for borgernes kulturelle og sociale forudsætninger, herunder borgernes livsbetingelser (Dybbroe & Kappel 2013). Det vil sige at det almene sundhedssystem ikke formår at arbejde holistisk og tage udgangspunkt i den enkelte borger. Det gælder på sin vis også det samlede velfærdssystem, hvor sektorerne ikke formår at arbejde sammen på tværs om den enkelte borger, og hvor hver sektor er begrænset af et monofagligt perspektiv. Denne velfærdsproblematik viser sig ekstra tydeligt ved en udsat gruppe som hjemløse:

*”De hjemløses problemer påviser den manglende sammenhæng mellem de forskellige systemer, fordi deres sundhedsproblemer er så tydeligt forbundet med deres sociale problemer (...)” (Kristensen 2014: 37).*

Deres sociale og sundhedsmæssige problemstillinger er så komplekse og sammensatte, at de næsten ikke kan skilles ad. Dette skel mellem sociale og sundhedsmæssige problemstillinger er ofte forankret i diverse kommunale handlingsstrategier. Dette fordrer ikke et tværfagligt fokus og selv om der i strategierne lægges op til helhedsorienterede indsatser, er praksis, at de målretter sig

til enten den sociale sektor eller den sundhedsfaglige sektor (Københavns Kommune 2015 (A), Københavns Kommune 2015 (B)).

Der er således tale om et stort behov for vertikal empowerment på et meso-niveau. Hvis ikke alene sundhedssystemet, men hele velfærdssamfundet var struktureret efter en mere tværfaglig og helhedsorienteret tilgang, ville det i høj grad øge SundhedsTeamets muligheder for at arbejde mere tværsektorielt og sundhedsfremmende. Derved ville de kunne imødekomme de hjemløses forudsætninger og livsbetingelser og f.eks. arbejde med bolig, økonomi og jobmuligheder særligt tilrettelagt den enkelte som led i en bred sundhedsfremmende indsats.

### **5.3 OPSAMLING PÅ ANALYSE**

Gennem Wackerhausens teori om det åbne sundhedsbegreb har vi kortlagt de fem hjemløse informanternes begrænsede handlekapacitet. Deres problemstillinger er ofte sammensat af flere forskellige faktorer og deres mål er, i stedet for at være fremadrettet, oftest fokuseret mod at styrke deres livsbetingelser og handlefærdigheder. Behovet for netværk er vigtigt for alle de hjemløse informanter, også de afgrænsende netværk, som de befinder sig i, i hjemløsemiljøet, selvom disse netværk ikke er præget af tillid. SundhedsTeamet kommer ligeledes til at fremstå som et afgrænsende netværk, da de primært medvirker til at få de hjemløse igennem dagen. Flere af de hjemløse pointerer selv, at de for at kunne komme ud af hjemløsemiljøet og måske realisere nogle af deres mål, som f.eks. at få et arbejde, har brug for mere brobyggende netværk.

Igennem *SundhedsTeamets organisering* og *SundhedsTeamets relationsarbejde* har vi ud fra Antonovskys begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed vist, hvordan SundhedsTeamet på et mikro-niveau arbejder med empowerment målrettet en styrkelse af de hjemløses handlekapacitet, således at de bedre kan håndtere deres livssituation og dermed få større kontrol over eget liv.

SundhedsTeamet fremstår pga. af deres organisering som en fremskudt sundhedsindsats, hvilket gør, at de hjemløse har mulighed for at opnå sundhedsydelser på lige fod med resten af samfundet. SundhedsTeamet er dog

begrænset i sine handlemuligheder i forhold til at samarbejde om målgruppen med andre instanser. Behovet for vertikal empowerment viser sig bl.a. ved, at SundhedsTeamet burde påtage sig en advocacy-rolle i forhold til samarbejdspartnere, der ikke har den samme fleksible og opsøgende tilgang over for målgruppen. Advocacy bør ligeledes suppleres af organisatoriske forandringer på meso-niveau, hvor det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde styrkes ud fra en bredere og holistisk tilgang til sundhed.

Igennem relationsarbejde forsøger SundhedsTeamet at styrke de hjemløses ressourcer i forhold til at træffe beslutninger om eget liv. Relationsarbejdet er essentielt for at arbejdet kan tage udgangspunkt i den enkelte og deres mål. SundhedsTeamets monofaglige fokus begrænser dem dog, i nogle situationer, i at tage udgangspunkt i det, som er allermest meningsfyldt for den enkelte. Denne begrænsning viser sig også i forhold til etableringen af netværk for de hjemløse, hvor et større fokus på etableringen af brobyggende netværk ville øge de hjemløses samlede oplevelse af sammenhæng, og de ville hurtigere kunne klare sig uden hjælp fra SundhedsTeamet. SundhedsTeamets begrænsninger i forhold til deres monofaglige fokus og tværsektorielt samarbejde fordrer et større fokus på både horisontal og vertikal empowerment på mikro- og meso-niveau.

## 6. KAPITEL - REFLEKSION OVER DEN ANVENDTE METODE OG TEORI

I analysen har vi vist, at SundhedsTeamet til trods for deres holistiske udgangspunkt har svært ved at se bort fra samfundets dominerende diskurs omkring sundhed, der er centreret omkring KRAM(S)-faktorerne.

Det samme gælder vores hjemløse informanter der, når de skal fortælle om deres sundhed og trivsel, fører snakken ind på rygestop, motion og alkohol. KRAM(S)-faktorerne er altså en forståelse af sundhed, som ligger dybt forankret i vores samfundsnormer, og som er svært foranderlige.

Vores personlige udfordring i forhold til at skrive speciale ud fra en holistisk tilgang til sundhed har ligeledes været vores sundhedsprofessionelle baggrunde som sygeplejersker. Vi er begge skolet inden for en biomedicinsk tilgang med en snæver forståelse af, hvad der er sygt og sundt. Dette kan have hæmmet os i forhold til at forsøge at udfordre vores informanter mere i forhold til sundhedsspørgsmål, end vi gjorde, samt have medført, at vi ubevidst har stillet spørgsmål på en måde, som har ledt informanterne hen imod refleksioner over f.eks. rygning, motion og alkohol. Ligeledes har vi gennem arbejdet med vores empiri flere gang skullet huske os selv på at se sundhed i et bredere perspektiv netop for at kunne fokusere på, hvad der er sundhed for vores informanter.

Ifølge Wackerhausen er der ikke nogen objektiv sandhed for, hvad sundhed eller sygdom er for den enkelte, så vi har ingen mulighed for at vurdere informanternes udsagn i forhold til, om det er noget, de siger for at stille sig selv i et bedre lys ud fra f.eks. en samfundsmæssig sundhedsdiskurs, eller om deres udsagn er ufarvede og oprigtige.

Med disse refleksioner viser vi, hvor svært det kan være at indføre en holistisk tilgang til sundhed i et samfund, hvor der både på makro-, meso- og mikro-niveau er hegemoniske opfattelser af, hvad der er sygt og sundt.

Specialets reliabilitet handler om, hvorvidt vores undersøgelse kan gentages med de samme resultater af andre forskere (Kvale & Brinkmann 2009). Med et symbolsk interaktionistisk udgangspunkt vil den viden, vi skaber, være afhængig af vores tilstedeværelse i de deltagende observationer og interviews, og dermed være

kontekstafhængig og svær at genskabe. En ny undersøgelse vil dermed ud fra en symbolsk interaktionistisk præmis have et andet udfald.

På trods af dette har vi i vores metodeafsnit forsøgt at gøre undersøgelsen mere tilgængelig for efterprøvning. Vi har udarbejdet observations- og interviewguides samt beskrevet vores transskriptionsforskrifter, hvilket er med til at øge speciallets samlede reliabilitet.

Under interviewsituationerne med de hjemløse har vi ikke været opmærksomme på at spørge ind til deres barndom og opvækst og har derfor ikke viden om, hvad der kan have været med til at påvirke deres livsbetingelser, og hvilken betydning det har for deres nuværende livssituation. Ifølge Antonovsky er individers oplevelse af sammenhæng færdigudviklet i det tidlige voksen liv (Antonovsky 2000), og det kunne derfor have været relevant for vores analyse at kunne henvise til erfaringer fra informanternes opvækst. Dette kunne have bidraget til et mere nuanceret billede af informanternes udgangspunkt for oplevelse af sammenhæng, og derfra kunne vi have trukket tråde til deres nuværende livssituation.

Igennem analysen er vi blevet opmærksomme på, at nogle af vores analytiske begreber kan være svære at applicere i forhold til den empiri, vi har produceret omkring vores målgruppe.

Et afgørende element i teorien omkring handlekapacitet er netop, at individet selv skal kunne definere mål, men vores informanter har svært ved at definere langsigtede mål. Vi er således opmærksomme på, at vi anvender et analytisk begreb, der på en måde spænder ben for sig selv, idet informanternes målsætninger ofte peger bagud på deres livsbetingelser og handlefærdigheder - en bagudvendthed, som ikke er medtænkt i teorien. Wackerhausen tager i sin teori højde for at nogle bestemte grupper ikke har mulighed for at kunne beskrive og definere egne mål – her bruger han et eksempel med individer med hjerneskade. Men hvad med ressourcetsvage borgere, som er så fastkørte i en livsførelse og nogle omstændigheder, at de ikke kan definere fremadrettede mål for dem selv?

Samtidig er det dog interessant og på en måde bekræftende i forhold til Wackerhausens teori, at de hjemløse sætter sig 'bagudvendte' mål. Målene handler om at styrke deres livsbetingelser og handlefærdigheder ud fra en strategi om derigennem, at kunne fokusere fremadrettet på at forbedre deres sundhed og liv. Dette

aspekt af vores analyse ser vi som en styrkelse af Wachterhausens grundteori om handlekapacitet som et relationelt forhold mellem livsbetingelser, handlefærdigheder og mål.

Et andet analytisk begreb, der ikke har vist sig entydigt anvendeligt, er begrebet om afgrænsende netværk. Putnam beskriver afgrænsende netværk som *en superlim* - som et netværk med meget stærke bånd. Disse netværk er præget af loyalitet og tillid mellem medlemmerne. I analysen betegner vi de netværk, som de hjemløse indgår i med hinanden som havende karakter af afgrænsende netværk, da de som vist i analysen er essentielle for, at de hjemløse kan klare sig igennem dagen. De afgrænsende netværk kan her dog ikke udelukkende ses som noget positivt, og flere af vores informanter beskriver, hvordan at de ingen dybere tillid har til bekendte fra hjemløsemiljøet. Ligeledes kan disse netværk, netop via deres afgrænsende og til tider ekskluderende effekt, fastholde de hjemløse i en bestemt position – både som hjemløse og eventuelt også i deres misbrug. At disse netværk ofte er de eneste netværk, de hjemløse har, kan gøre dem ekstra svære at bryde med. Det betyder, at begrebet om afgrænsende netværk i forhold til vores empiri indebærer en dobbelthed, idet vi kan analysere os frem til flere negative aspekter ved det typisk positivt definerede begreb.



## 7. KAPITEL - KONKLUSION

Vi har i dette speciale ønsket at undersøge hjemløses handlekapacitet samt hvilke mulighedsbetingelser, der skal være tilstede for at udføre en sundhedsfremmende indsats. Dette har vi gjort i et empowerment-perspektiv, hvor vi igennem SundhedsTeamets arbejde med at styrke de hjemløses oplevelse af sammenhæng har belyst, hvordan empowerment-processer finder sted på mikro-niveau.

I første del af analysen har vi kortlagt vores hjemløse informanters meget begrænsede handlekapacitet. Deres komplekse problemstillinger er ofte så betydelige, at de hjemløse knapt nok formår at sætte sig mål, og at de mål, de sætter, ofte peger tilbage på de livsbetingelser og handlefærdigheder, som er et element i deres handlekapacitet. Især sociale netværk eller mangel på samme har betydning for de hjemløse, og kan ses som en stor udfordring i forhold til at fremme disse borgers sundhed. De hjemløse deltager primært i afgrænsende netværk gennem hjemløsemiljøet, hvor der fremtræder et paradoks, idet de afgrænsende netværk på en gang er med til at fastholde de hjemløse i et miljø, de ønsker at bevæge sig væk fra, men samtidig er nødvendige for, at de hjemløse kan klare sig igennem dagen. SundhedsTeamet træder ind og fungerer som en del af de hjemløses netværk, men deres funktion når ikke videre end til at være et afgrænsende netværk, da de ikke har handlemuligheder i forhold til at hjælpe de hjemløse videre i livet. Hvis SundhedsTeamets arbejde indeholdt et større fokus på facilitering af mere brobyggende netværk, ville de kunne nå længere i deres arbejde i forhold til at imødekomme nogle af de hjemløses mål som f.eks. det at få et arbejde og opbygge et socialt netværk uden for hjemløsemiljøet. Samtidig ville deltagelse i flere netværk, give de hjemløse nogle flere ressourcer i forhold til at kunne få mere kontrol over eget liv. Dette ville dog kræve et bredere fagprofessionelt fokus hos SundhedsTeamet.

En sundhedsfremmende indsats til hjemløse kræver et øget fokus på, at det er borgere, der har levet uden for det 'normale' system i ofte en betydelig årrække. Dermed passer hjemløse ikke nødvendigvis ind i den gængse samfundsdiskurs, om hvad der forventes af den enkelte i forhold til at bo i egen lejlighed eller at have et job. Derfor er SundhedsTeamet i deres arbejde nødt til at påtage sig en advocacy-rolle i

samarbejdet med andre instanser, da de hjemløse ofte falder uden for de normale borger- og patientkategorier.

En holistisk sundhedsindsats kan derfor ikke indrettes, som den ville have været til majoriteten af befolkningen. Det er nødvendigt, at der tages udgangspunkt i den enkelte og dennes problemstillinger, og der må, for at denne gruppe kan opnå de samme muligheder for sundhedsydelse, tænkes i forskelsbehandling og positiv særbehandling i forhold til majoriteten.

SundhedsTeamets arbejde, som en fremskudt sundhedsindsats, målretter sig i forhold til at nå ud til de hjemløse og tilbyde dem et alternativ til det traditionelle sundhedssystem. Deres arbejde er tilpasset målgruppen i forhold til organisering og relationsarbejde, og vi kan konkludere, at SundhedsTeamet i deres arbejde via elementerne *den opsøgende funktion, tilgængelighed & fleksibilitet, tid, kontinuitet & udgangspunkt i den enkelte og vidensformidling & refleksion* formår at styrke de hjemløses oplevelse af sammenhæng. Dermed formår SundhedsTeamet i et vist omfang at bidrage til empowerment på et individniveau hos de hjemløse.

SundhedsTeamet er dog begrænset i deres mulighedsbetingelser i forhold til at yde en hjælp til problemstillinger, der ligger ud over deres sundhedsfaglige fokus, og deres arbejde kan dermed, i et empowerment-perspektiv, komme til at fremstå lidt nyttesløst, da det ikke formår at favne alle borgernes problemstillinger.

SundhedsTeamets arbejdsbetingelser - rammer, strukturer og fokusområder - tillader ikke den brede og holistiske sundhedstilgang som en sundhedsfremmende indsats kræver. Dermed kommer SundhedsTeamets arbejde meget til at rette sig mod de hjemløses akutte og sundhedsfaglige problemstillinger, da de pga. af deres begrænsede handlemuligheder ikke kan tage fat om roden af problemstillingerne, og dermed få skabt det mulighedsrum for de hjemløse, som de har brug for i forhold til at kunne opbygge ressourcer til at kunne realisere deres mål.

Hvis SundhedsTeamet havde mulighed for at fokusere mere på opbygning af brobyggende netværk for de hjemløse, ville det bidrage til en styrkelse af de hjemløses oplevelse af sammenhæng, og de hjemløse ville have større mulighed for kapacitetsopbygning i forhold til at opnå en kontrol over eget liv.

For at tilvejebringe de mulighedsbetingelser, en fuldbyrdet sundhedsfremmende indsats kræver, er der behov for, at empowerment foregår på flere niveauer.

Nødvendigheden af en tværfaglig indsats viser sig præcist i WHO's definition af sundhed, som noget der bliver: "(...) *created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love.*" (WHO 2016). Der er således behov for en indsats, en sundhedsfremmende indsats, der målrettes alle dele af livet hos målgruppen.

For at kunne opnå dette er der behov for vertikal empowerment, hvor det etablerede sundheds- og velfærdssystem bør tilpasses og arbejde mere tværsektorielt. Og hvor der, på et makro-niveau, netop i forhold til denne målgruppe, er behov for en sundhedspolitisk forandring mod en bredere sundhedsforståelse, der rækker ud over KRAM(S)-diskursen.

De forandringer, vi kan identificere som nødvendige på et velfærdsorganisatorisk meso-niveau, handler om nedbrydelse af skel mellem sektorer, om at sikre tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer og en holistisk og empowerment-faciliterende tilgang til den enkelte borger.

I Københavns Kommunes sundhedspolitik beskrives der et øget fokus på sundhedsfremme. Hvis SundhedsTeamet skal ses som en sundhedsfremmende indsats under Københavns Kommune, er det nødvendigt at tilføre et bredere og mere tværfagligt element i deres arbejde. Ellers kan SundhedsTeamets indsats ende som et eksempel på en *lip-service* empowerment-proces, hvor en empowerment-diskurs ikke udmøntes i praksis, og dermed bliver til retorik uden fokus på kollektive og strukturelle faktorer (Andersen 2012).

Vores nærstudie af SundhedsTeamets arbejde med empowerment på et mikro-niveau, har dannet grundlag for en analyse af konkrete mulighedsbetingelser og begrænsninger for at implementere en empowerment-tilgang i sundhedsarbejdet med hjemløse. Forhåbentlig kan denne analyse af SundhedsTeamets arbejde bidrage med viden om, hvordan man kan styrke den enkeltes deltagelse i samfundet generelt. Samtidig kan de hjemløse, som en udsat gruppe borgere, vise os nødvendigheden af et bredere og langt mere holistisk sundhedsbegreb, end det dominerende.

## 8. KAPITEL - PERSPEKTIVERING

Som vi har vist i vores analyse, er der for at opnå en komplet sundhedsfremmende indsats for socialt udsatte grupper, nødt til at ske både horisontal og vertikal empowerment på både makro-, meso- og mikro-niveau.

Forandringer på makro-niveau retter sig mod en bredere sundhedsforståelse, der kan rumme alle sociale grupper og aspekter af livet. En sundhedsforståelse som kan danne grundlag for en omformulering af sundhedspolitikker og omorganisering af velfærdsstaten, og hvor målet er: ”(...) at fastholde og udvikle sundhed som en del af en universel velfærdsstat.” (Andersen 2012: 170).

For at se på hvilke forandringer det ville kræve på makro-niveau, kunne det, i et eventuelt senere studie, være interessant med en videre undersøgelse af den herskende sundhedsdiskurs, og hvordan den afspejler sig på makro-, meso- og mikro-niveau.

Et eksempel kunne være at kigge på diskursen i forskellige kommunale sundhedspolitikker som f.eks. Københavns Kommunes Sundhedspolitik 2015-2025 *Nyd livet, Københavner* (Københavns Kommune 2015 (A)). Her beskriver Københavns Kommune, hvordan de ønsker en sundhedspolitik med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i alle af dele af københavnernes hverdag. Dette giver en tydelig genklang af tankerne bag WHO's Ottawa Charter hvor sundhed beskrives som: ”*Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love.*” (WHO 2016). Som vi har vist i vores analyse, er der lang vej i forhold til at få implementeret sådanne politikker i praksis, for det vil bl.a. kræve tværsektorielle forandringer på meso-niveau. Dette kommer også til udtryk i sundhedspolitikken fra Københavns Kommune, der selv om den har et sundhedsfremmende holistisk fokus, alligevel, i hvert fald indledningsvist, prioriterer indsatser, der er målrettet rygning, motion, alkohol og psykisk mistrivsel. Strategien ender altså, trods sin gode intention, med at have et udgangspunkt i den dominerende KRAM(S)-diskurs. Visionerne om en mere holistisk og sundhedsfremmende strategi er altså tilstede, men de kan være svære at udleve sådan som vores velfærdsstat og sundhedspolitikker er udformet på nuværende tidspunkt.

Denne konflikt der opstår mellem den sundhedsdiskurs, der begynder at dukke op f.eks. i kommunale strategier, og som afspejler en mere sundhedsfremmende tankegang, og den herskende sundhedsdiskurs med udgangspunkt i dikotomien syg/rask og KRAM(S), afspejler sig også i praksis på et mikro-niveau. Et eksempel fra vores empiri, som vi også har nævnt i analysen, er hvor en sygeplejerske beskriver SundhedsTeamets holistiske tilgang til de hjemløse, samtidig med at hun fortæller, at deres udgangspunkt for arbejdet ligger i KRAM(S)-faktorerne. Den herskende diskurs kommer til udtryk i en paradigmatisk praksis, til trods for at en ny sundhedsdiskurs funderet i det brede sundhedsbegreb er på vej frem. Spørgsmålet er så, om den nye diskurs i det små er begyndt at bryde den herskende op, eller om der er tale om et slags overfladespil med diskurser i flere lag.

I et empowerment-perspektiv, er modsætningen mellem den nye diskurs og en indgroet, traditionel praksis lige netop et eksempel på lip-service empowerment på meso- og mikro-niveau.

Det er desuden interessant, hvor stærkt den dominerende sundhedsdiskurs og sundhedsforståelse står. Den er dominerende på makro- og meso-niveau, hvor den endda sniger sig ind i sundhedsfremme i form af KRAM(S), men den viser sig ligeledes dominerende på mikro-niveau. Både hos os selv under udarbejdelsen af dette speciale og i interviewsituationer, og hos de hjemløse informanter. I begyndelsen af interviewene begynder de hjemløse nemlig selv at referere til elementer fra KRAM(S), når de bliver spurgt ind til, hvordan de opfatter deres sundhedstilstand.

I den herskende sundhedsdiskurs i Danmark, med et udgangspunkt i KRAM(S), lægges der op til et ansvar hos det enkelte individ i forhold til at ændre på adfærd i forhold til disse faktorer. Faktorer der klassificeres som livsstilsfaktorer – dvs. livsstilvalg, som det enkelte individ selv har truffet og er ansvarlig for (Mandag Morgen 2006). Hermed udviskes det kollektive ansvar. Igennem vores analyse har vi vist, hvordan hjemløses sundhedstilstand er påvirket af mange forskellige faktorer, der rækker langt ud over 'selvvalgt livsstil', og man kan derfor være spørgende overfor, om denne tankegang ikke overser faktorer, som gør det svært for individer at ændre på deres livsstil og svært for dem, at stå med ansvaret alene.

Ligeledes lægges der med denne neoliberale tankegang op til, at der fra samfundets side eksisterer en bestemt udlægning af det, at være sund eller syg. Via officielle klassifikationer og anbefalinger hentydes der til en bestemt sundhedsopfattelse i samfundet, der ikke tilgodeser forskellige levestandarder og sociale vilkår, der kan være determinerende for individets livsstilsvalg (Larsen 2009). Men hvem har retten til at definere, hvad der er den rigtige livsstil, og ikke mindst, hvad det gode liv er? Måske er vores hjemløse informanters behov for at tale dem selv ind i KRAM(S)-diskursen et eksempel på, at de prøver at fremstille et *foretrukken selv* og dermed passe bedre ind i majoritetens opfattelse af hvad der er den rigtige livsstil. Hvis dette er tilfældet, kan denne diskurs måske endda stå i vejen for, at de hjemløse fokuserer på mere relevante sundhedsproblematikker i deres liv, end rygestop og motion. Den sundhedsforståelse, der ligger bag KRAM(S)-faktorerne formår ikke at imødekomme den komplekse sundhedsproblematik, de hjemløse står i, ej heller at komme ind til kernen i problemet.

KRAM(S)-faktorerne bliver ofte brugt som et led i at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, hvilket også gælder for Københavns Kommunes sundhedspolitik. Men disse strategier forekommer ofte kontekstløse, da de i deres udgangspunkt indeholder en antagelse om, at alle har ens forudsætninger i forhold til adfærdsændringer og valg i forhold til livsstil (Larsen 2009). Økonomisk er det kun ca. halvdelen af den sociale ulighed, der kan sættes i forbindelse med KRAM(S)-faktorerne (Mandag Morgen 2006), hvorfor strategier, der udelukkende fokuserer på dette, ikke kan stå alene, hvis man reelt skal nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

I Københavns Kommunes sundhedspolitik beskrives ligeledes et mål om at: ”(...) gøre op med den sociale ulighed i sundhed, for alle københavnere skal have gode livsbetingelser.” (Københavns Kommune 2015: 7). Med dette sundhedsfremmende perspektiv ligger Københavns Kommune op til en holistisk tilgang, hvor alle skal have lige adgang til sundhed. Imidlertid udvikler vores samfund sig til at blive mere og mere individorienteret. Udover en fastgroet, snæver sundhedsforståelse bliver sundhed samtidig et mere og mere privat anlæggende.

Hvor det danske sundhedssystem siden 1970'erne primært har været offentligt og skattefinansieret ud fra en politisk konsensus om, at alle skal have lige og let adgang til sundhedstilbud, ses der nu en stigning i antallet af private sundhedsforsikringer.

Forsikringer, der for ejeren, giver adgang til behandling tidligere end dem uden forsikring. Hvis udviklingen i retningen af en stigende markedsgørelse af vores sundhedssystem fortsætter, går dette imod målsætningen om en lige og let adgang til sundhedsvæsenet for alle, samtidig med at den sociale ulighed i sundhed bliver større (Gøtrik 2008).

Ovenstående modstridende elementer som både viser sig i ønsket om en bred holistisk sundhedspolitik vs. KRAM(S)-diskursen og i princippet om en lige og let adgang til sundhed vs. en øget markedsgørelse af sundhedssystemet, understreger nødvendigheden af empowerment-processer på et makro-niveau, for at de forandringer vi i vores analyse viser nødvendige på meso- og mikro-niveau kan blive en realitet. Forandringer i den dominerende sundhedsforståelse som udgangspunkt for forandringer i sundhedspolitiske strategier og prioriteringer vil skabe bedre sundhedsmæssige vilkår for socialt udsatte samt, må man formode, medvirke til en mindskelse i den sociale ulighed i sundhed.

## 9. LITTERATURLISTE

### 9.1 BØGER

- Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium*, Hans Reitzels Forlag, København
- Bech-Jørgensen, B. (2003): *Ruter og rytmer*, Hans Reitzels Forlag, København
- Brandt, P. (1999): *Udelukkende velfærd*, Gyldendals Boghandel, Nordisk Forlag A/S, København
- Brandt, P. (2009): *Byen og social ulighed*, Tiderne Skifter, København
- Desjarlais, R. (1997): *Shelter blues*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia Pennsylvania
- Fangen, K (2010): *Deltagende observasjon*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.
- Glasser, I. & Bridgman, R. (1999): *Braving the street. The anthropology of homelessness*, Berghahn Books, New York - Oxford
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2006): *Modeller i socialt arbejde*, Hans Reitzels Forlag, København
- Jensen, T. K. & Johnsen, T. J. (2009): *Sundhedsfremme i teori og praksis – En lære-, debat- og brugsbog p grundlag af teori og praksisbeskrivelser*, Forlaget Filosofia, Århus C
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K. (2015): *Deltagende observation*, Hans Reitzels Forlag, København
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview Introduktion til et håndværk*, Hans Reitzels Forlag, København
- Lau, C. B. et al. (2012): *Strategier for integreret sundhedsfremme - et review*, 1. ebog-udgave, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg
- Lorenz, R. (2007): *Sundhedens kilde - Oplevelsen af sammenhæng*, Psykologisk Forlag A/S, Danmark
- Putnam, R. D. (2000): *Bowling alone - The Collapse and Revival of American Community*, Simon & Schuster Paperbacks, New York,
- Yin, R. K. (2014): *Case Study Research: Design and Methods*, Sage, London, 5. udgave



## 9.2 REDIGEREDE BØGER

Andersen, J. (2012): "Sundhedsstrategier i et empowermentperspektiv" i: *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*, Dybbroe, B., Land, B. & Nielsen, S. B. (red.), Samfundslitteratur, Frederiksberg C

Andersen, M. (2013): "Empowerment - begreb og betydning i teori og praksis" i: *Sundhed, menneske og samfund*, Niklasson, G. (red.), Samfundslitteratur, Frederiksberg C

Andersen, P. T. (2010): "Empowerment som frigørelse?" i: *Sundhedssociologi en grundbog*, Andersen, P. T & Timm, H. (red.), Hans Reitzels Forlag, København

Bælum, L. & Sandø, N. (2006): "Samfundsmæssige strategier i sundhedsfremmende perspektiv" i: *Sundhed, udvikling og læring – Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed*, Akselsen, K. & Koch, B. (red.), Billesø & Baltzer, Værløse

Dybbroe, B. & Kappel, N. (2012): "Ulighed i sundhed - et sundhedsfremmeperspektiv på socialt udsattes adgang til sundhed" i: *Sundhedsfremme - Et kritisk perspektiv*, Dybbroe, B., Land, B. & Nielsen, S. B. (red.), Samfundslitteratur, Frederiksberg C

Flyvbjerg, B. (2010): "Fem misforståelser om casestudiet" i: *Kvalitative metoder en grundbog*, Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.), Hans Reitzels Forlag, København

Gøtrik, J. K. (2008): "Markedsgørelse af sundhedsvæsenet" i: *Den tunge ende - Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed*, Rasmussen, J. G. & Döllner, N. (red.), Dagens Medicin Bøger, København

Harste, G. & Mortensen, N. (2013): "Sociale samhandlingsteorier" i: *Klassisk og moderne samfundsteori*, Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (red.), Hans Reitzels Forlag, København

Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010): "Fænomenologi" i: *Kvalitative metoder en grundbog*, Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.), Hans Reitzels Forlag, København

Jørgensen, A. (2008): "Hermeneutik, fænomenologi og interaktionisme - tre sider af samme sag?" i: *At forstå det sociale - sociologi og socialt arbejde*, Jacobsen, M. H. & Pringle, K. (red.), Akademisk Forlag, København

Jørgensen, T. (2014): "Kommunernes folkesundhedsarbejde" i: *Det kommunale sundhedsvæsen*, Pedersen, B. M. & Petersen, S. R. (red.), Hans Reitzels Forlag, København

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005): "Observationer i en interaktionistisk begrebsramme" i: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.), Hans Reitzels Forlag, København.

Järvinen, M. (2011): "Socialt udstødte" i: *Socialpolitik*, Møller, I.H. & Larsen, J. E. (red.). Hans Reitzels Forlag, København.

- Kamper-Jørgensen, F. (2009): "Analyse af sundhedsproblemer" i: *Forebyggende sundhedsarbejde*, Kamper-Jørgensen, F. & Almind, G. (red.), Munksgaard Danmark
- Kamper-Jørgensen, F. & Jensen, B. B. (2009): "Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber" i: *Forebyggende sundhedsarbejde*, Kamper-Jørgensen, F. & Almind, G. (red.), Munksgaard Danmark
- Kvale, S. (2014): "Hvordan kan konflikter være en vidensgenerator?" i: *Konflikter i kvalitative studier*, Tanggaard, L., Thuesen, F. & Vitus, K. (red.), Hans Reitzels Forlag, København
- Larsen, K. (2009): "Kroppe - sundhed og social ulighed" i: *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, Glasdam, S. (red.), Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Lau, C. B. & Dybbroe, B. (2012): "Kommunal sundhedsfremme i borgernes hverdag - ud fra en setting - og empowermenttilgang" i: *Sundhedsfremme - Et kritisk perspektiv*, Dybbroe, B., Land, B. & Nielsen, S. B. (red.), Samfundslitteratur, Frederiksberg C
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005): "Indledning" i: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.), Hans Reitzels Forlag, København
- Pedersen, K. B., Nielsen, S. B. & Land, B. (2012): "Behovet for teorier om sundhedsfremme" i: *Sundhedsfremme - Et kritisk perspektiv*, Dybbroe, B., Land, B. & Nielsen, S. B. (red.), Samfundslitteratur, Frederiksberg C
- Rosenmeier, S. L. (2007): "Den sociale kapitals fædre" i: *Social kapital som teori og praksis*, Hegedahl, P. & Rosenmeier, S. L. (red.), Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg C
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010): "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" i: *Kvalitative metoder en grundbog*, Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.), Hans Reitzels Forlag, København
- Zahavi, D. (2006): "Fænomenologi" i: *Humanistisk videnskabsteori*, Collin, F. & Køppe, S. (red.), DR Multimedie, Viborg
- Vallgård, S. (2009): "Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse" i: *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, Glasdam, S. (red.), Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Wackerhausen, S. (2005): "Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme" i: *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*, Jensen, U. J. & Andersen, F. P. (red.), Philosophia, Århus.

### 9.3 ARTIKLER & TIDSSKRIFTER

Andersen, J. (2005): "Handlingsorienteret socialforskning - om empowermentperspektivet", *Research Paper from Department of Social Sciences*, no. 7/05

Brandt, P. (2008): "Hvorfor har vi hjemløse i Danmark", *Social Politik*, nr. 6, s. 5 - 8.

Daiki, I. (2007): "Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 58, issue 3, s. 273-281.

Kristensen, K.A. (2014): "Betydningen af socialt- og sundhedsarbejde for hjemløse der lever på gaden", *Nordiske udkast*, nr. 2.

La Cour, A., Knudsen, M. & Thygesen, N. T. (2005): Det systemteoretiske interview - Interview som meningsdannelse, *MPP Working Paper No. 8/2005, Department of Management, Politics and Philosophy*, Copenhagen Business School

Mandag Morgen (2006): "Er sundhed et personligt valg? - et debat oplæg om forebyggelse i Danmark". *Mandag morgen og Trygfonden*.

Nielsen, H. B. "Sundhedsteam skal sikre hjemløse bedre behandling.", *Dagens Medicin*

Pedersen, P. V., Grønbæk, M. & Curtis, T. (2011): "Associations between deprived life circumstances, wellbeing and self-rated health in a socially marginalized population", *European Journal of Public Health* 2012, vol. 22, p. 647-652

Power, R. et al. (1999): "Health, health promotion, and homelessness". *BMJ Clinical Research* vol. 318, p. 590-592.

Sennov, S. (2013): "Danskerne: Hjemløshed er selvvalgt", *Politiken* d. 18. Marts 2013

Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. (1988): "Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment", *American Journal of Community Psychology*, Vol.16, No. 5, 1988.

Zimmermann et al. (1992): "Further Explorations in Empowerment Theory: An Empirical Analysis of Psychological Empowerment.", *American Journal of Community Psychology*, Vol. 20, No. 6 1992. Set d. 13. Juni 2016.

Zimmermann, M. A. (1995): "Psychological Empowerment: Issues and Illustrations.", *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23, No. 5. 1995. Set d. 13. Juni 2016

## 9.4 RAPPORTER

Benjaminsen, L., Birkelund, J. F. & Enemark, M. H. (2013): Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser, København, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Benjaminsen, L. & Lauritzen, H. H. (2015): Hjemløshed i Danmark 2015, National Kortlægning, København, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Christensen, A. I. et al. (2012): Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København

Epinion for Rådet for Socialt Udsatte (2016): Holdninger til socialt udsatte – Svar fra 1.013 danskere

Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. (red.) (2007): ”Baggrund og formål”, Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab

Komiteen for Sundhedsoplysning (1988): Ottawa Charter om sundhedsfremme. 1. udgave , 1. Oplag

Københavns Kommune (A) (2015): Nyd livet københavner, Københavns Kommunes sundhedspolitik 2015-2015

Københavns Kommune (B) (2015): Socialstrategi- Et godt liv for alle københavnere, Københavns Kommune, Socialforvaltningen

Pedersen, P. V. et. al. (2012): SUSY UDSAT 2012 - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007, Rådet for Socialt Udsatte, Statens Institut for Folkesundhed & Syddansk Universitet

Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i Sundhed - Årsager og indsatser

SundhedsTeam (2008): SundhedsTeam – Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblem i Københavns Kommune, Årsrapport 2008

## 9.5 WEBSIDER

CASA. *Sociale udsatte grupper.*

<http://www.casa-analyse.dk/default.asp?Action=Details&Item=441>

Set d. 20. februar 2016.

FEANTSA (2011). *ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion*

<http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en>

Set d. 18. april

Københavns Kommune 2016 (A). *Center for udsatte voksne og familier*.  
<http://www.kk.dk/institution/center-udsatte-voksne-og-familier>  
Set d. 15. maj 2016

Københavns Kommune 2016 (B). *SundhedsTeam*.  
<http://www.hjemlosesundhed.dk/>  
Set d. 15. maj 2016

Retsinformation (2014): Sundhedsloven – bekendtgørelse af sundhedsloven  
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710>  
Set d. 22. Juni 2016

Sundhedsstyrelsen (2016): *Ulighed i sundhed*.  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/ulighed>  
Set d. 11. Juni 2016

WHO (2016): The Ottawa Charter for Health Promotion  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>  
Set d. 24. Juni 2016

## **10. BILAGSOVERSIGT**

Bilag 1 - Observationsguide

Bilag 2 - Interviewguide SundhedsTeamet

Bilag 3 - Interviewguide Hjemløse

Bilag 4 – Lene Feltnote

Bilag 5 – Bodil Feltnote

Bilag 6 – Lene Interview

Bilag 7 – Bodil Interview

Bilag 8 – Kaj Interview

Bilag 9 – Sussi Interview

Bilag 10 – Flemming Interview

Bilag 11 – Tom Interview

Bilag 12 – Ib Interview