

Notat om metoder på hjemløseområdet - indsattstyper og indsatsmodeller

Lars Benjaminsen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Dette metodenotat sammenfatter den eksisterende viden om indsattstyper og indsatsmodeller med henblik på den fortsatte udvikling af indsatsen på hjemløseområdet i Danmark. Der tages i notatet udgangspunkt i behovet for metode- og vidensudvikling i en dansk sammenhæng og der lægges vægt på at overføre problematikker belyst i en international sammenhæng til en dansk kontekst.

I afsnit 1 opridses den danske definition af hjemløshed som er benyttet ved den nationale kortlægning.

I afsnit 2 præsenteres overordnede problemstillinger omkring forskellige indsatsmodeller. Her diskuteres tre modeller – 'normaliseringsmodellen', 'kædemodellen' og 'trappetrinsmodellen'.

I afsnit 3 gennemgås viden fra den internationale forskning på området, herunder belyses evidens for en række centrale sociale metoder på hjemløseområdet, nemlig 'supported housing', 'assertive community treatment', 'case management' og 'critical time intervention'.

I afsnit 4 identificerer vi med udgangspunkt i den eksisterende indsats i Danmark centrale problemstillinger i forhold til metodeudvikling og evidensbaseret viden på området. Her oversætter vi således problemstillingerne identificeret i den internationale forskning til danske forhold, herunder i forhold til indsattstyper defineret i Serviceloven.

I afsnit 5 diskuterer vi forhold omkring dokumentation og behovet for registrering af indsattsernes virkning for brugerne.

Afsnit 6 udgør et opsamlingsafsnit.

1 Definition af hjemløshed

Den første nationale kortlægning af hjemløshed i Danmark (Benjaminsen og Christensen 2007) blev gennemført i 2007, efter samme metode som tilsvarende kortlægninger i Sverige og Norge.

I kortlægningen er anvendt følgende begrebsmæssige definition:

Som hjemløse regnes personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige boalternativer, eller som bor midlertidigt og uden kontrakt hos slægtninge, venner eller bekendte. Som hjemløse regnes også personer uden et opholdssted den kommende nat.

Desuden regnes som hjemløse personer, som befinder sig under kriminalforsorgen, psykiatriske hospitaler og behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere eller lignende tilbud, hvis der er tale om personer, der skal løslades eller udskrives inden for de næste tre måneder uden at have en bolig til rådighed, og uden at der er iværksat en boligløsning forud for udskrivningen.

I kortlægningen er den begrebsmæssige definition operationaliseret gennem en række kategorier, der registreres. Det er disse kategorier, der udgør afgrænsningen af hvilke definitioner der i Danmark henregnes som hjemløshed.

Nedenfor følger de situationer, der registreres i kortlægningen af hjemløshed i Danmark. I kortlægningen i 2007 var kategorierne 2 og 3 samlet til én kategori. I kortlægningen 2009 vil disse to kategorier blive splittet op to kategorier, således at overnatning på natvarmestuer/væresteder med nødovertatning udgør en kategori for sig.

Kategori	Situation
1	Personen mangler tag over hovedet den kommende nat. Herunder regnes personer, som sover på gaden, i en trappeopgang, i et skur e.l. løsninger, som giver en form for ly.
2	Personen sover på en natvarmestue/værested med nødovertatning e.l.
3	Personen opholder sig på et akut/midlertidigt botilbud, som fx herberger og forsorgshjem
4	Personen opholder sig på hotel, vandrerhjem, campingplads e.l. pga. hjemløshed
5	Personen bor midlertidigt og uden kontrakt hos venner/bekendte eller familie
6	Personen bor i midlertidig udslusningsbolig e.l. uden permanent kontrakt
7	Personen er under kriminalforsorgen, skal løslades inden for 3 måneder, og der er IKKE iværksat en boligløsning forud for løsladelsen.
8	Personen er indlagt på en psykiatrisk afdeling eller opholder sig på en behandlingsinstitution og planlægges udskrevet inden for 3 måneder, og der er IKKE iværksat en boligløsning forud for udskrivningen.

Også såkaldt 'funktionelt hjemløse' regnes som hjemløse. Det er personer som sover på gaden eller benytter herberger, forsorgshjem, natvarmestuer o.l. men som har egen bolig, de ikke kan benytte pga. sociale eller psykiske problemer. I kortlægningen registreres det dog samtidig, at personen har egen bolig.

Såfremt der i situation 7 og 8 løslades/udskrives fra fængsler/hospitaler/ behandlingsinstitutioner til en situation, som er beskrevet under situation 1-5 regnes personen som hjemløs. Såfremt der sker en løsladelse/udskrivning direkte til en udslusningsbolig (situation 6) registreres personen ikke under situation 7 og 8.

Følgende personer regnes IKKE som hjemløse:

- Personer, som bor i fremlejet bolig, eller som bor varigt hos pårørende/slægtninge.
- Personer i botilbud, der er beregnet til længerevarende ophold (fx §108-boformer eller boliger efter almenboligloven med lejekontrakt).
- Studerende, der søger tilflytning til anden by ved studiestart, unge, der ønsker at flytte hjemmefra, samt personer, der midlertidigt er uden bolig pga. brand e.l.
- Personer, der opholder sig på et krisecenter pga. vold i familien.

Der er i definitionen generelt lagt vægt på sammenlignelighed med den Europæiske hjemløshedsklassifikation ETHOS-klassifikationen, udviklet af FEANTSA. Det betyder at definitionen tager afsæt i boligsituationen. I spørgeskemaet anvendt i kortlægningen afdækkes en række øvrige karakteristika som fx baggrundsspørgsmål, forhold omkring misbrug, sygdom, årsager til hjemløsheden, og hvilke indsatser der modtages. Der lægges således i definitionen af hjemløshed vægt på at sondre mellem hjemløsheden som situation, og hjemløshedens årsager og konsekvenser.

2 Indsatsmodeller og erfaringer fra nabolande

Udviklingen i indsatsformer i Danmark har mange ligheder med udviklingen i en række nabolande som fx Norge, Finland, Holland, Irland og Skotland. Også i disse lande er tendensen gået i retning af etableringen af målrettede og specialiserede indsatser, herunder navnlig udbygningen af individuel bostøtte i egen bolig og botilbud med bostøtte.

Med undtagelse af Sverige har indsatsen i de øvrige nordvesteuropæiske lande i høj grad været præget af den såkaldte 'housing first' retning. Denne retning har sit udspring i USA og betoner væsentligheden af tidligt i et indsatsforløb at sikre en permanent boligløsning for at muliggøre en stabilisering af livssituationen. Der er dog ikke tale om en ensidig betoning af boligindsatsen men snarere om en samtænkning af boligindsatsen og en støttende social indsats. Andre begreber som fx 'housing plus' har været foreslået til at karakterisere en integreret boligmæssig og social indsats.

Tabel 1 viser tre principielt forskellige indsatsmodeller:

	The normalising model	The tiered model	Staircase of transition
Measure	Moving into independent living in ones own dwelling	Independent living after an intermediate phase from hostel etc. to independent living	Hierarchy/staircase of lodging and dwellings; independent living for those who qualify
Method	Individually designed support	Tiers of intervention during a settled intermediate phase before independent living	Differentiated system of sanctions based on withdrawal and expansion of rights and goods
Ideology	Homeless has the same need as other people, but need support to obtain a "life quality"	A negative circle is to be broken through gradually adaption to independent living	Homeless persons need to learn to live independently and not all will succeed

Tabel 1: Tre interventionsmodeller -Kilde: Dyb (2005) based on Harvey (1998) and Sahlin (1996)

I normaliseringsmodellen henviser 'normaliseringsbegrebet' til en normalisering af boligsituationen, og indsatsen lægges tilrette efter at den hjemløse kan bo i egen bolig, men det betones også at mange hjemløse har brug for individuel støtte for at være i stand til at bo i egen bolig. Kædemodellen sigter også mod ophold i egen bolig, men betoner vigtigheden af en udslusningsfase, hvor en negativ cirkel brydes, fx gennem ophold i udslusningsbolig, halvvejshuse etc. Trappetrinsmodellen lægger derimod vægt på at den hjemløse skal kvalificere sig til at bo i egen bolig navnlig gennem succesfuld misbrugsbehandling e.l. og boliginterventionen tilrettelægges som en række trin, hvor en permanent egen bolig er sidste trin på stigen.

Oversat til danske indsatser er anvisningen af hjemløse til egen bolig gennem den kommunale boliganvisning evt. med bostøtte et eksempel på en indsats, der følger normaliseringsmodellen, mens brugen af udslusningsforløb fx gennem udslusningsboliger under § 110, og ligeledes midlertidige tilbud under § 107, kan siges at følge kædemodellen.

Indsatsen i Danmark er generelt baseret på både normaliseringsmodellen og kædemodellen.

Indsatsen i Norge befinder sig inden for den såkaldte normaliseringsmodel og i mindre udstrækning kædemodellen. I Norge har udviklingen særligt gået i retning af etableringen af individualiserede boligløsninger. Væsentlige erfaringer fra den norske indsats er at en betydelig del af brugerne ønsker at bo i egen bolig med bostøtte frem for kollektive boligløsninger som bofællesskaber o.l. I den norske indsats lægges der særligt vægt på at en stor del af de hjemløse vil kunne klare sig i egen bolig, med den fornødne individuelt tilpassede støtte (Dyb 2005, Ytrehus 2008).

Udviklingen i Sverige har i vid udstrækning taget en anden retning end i Norge og Danmark gennem brugen af trappetrinsmodellen. Særligt gøres der i Sverige i vid udstrækning brug af såkaldte andenhåndskontrakter, hvor boligkontrakten holdes af fx kommunen, der på en midlertidig kontrakt udlejer boligen til den hjemløse. Forskning i Sverige peger på en række uuntenderede konsekvenser af trappetrinsmodellen og det 'sekundære boligmarked', herunder at de hjemløse fastholdes i en ustabil boligsituation, og der er tegn på at antallet af hjemløse særligt har været stigende i kommuner, der har anvendt trappetrinsmodellen (Sahlin 2005, Löfstrand 2005).

Samtidig er der i både Norge og Sverige og en række øvrige lande en stigende opmærksomhed på uuntenderede negative konsekvenser ved de såkaldte 'kategoriboliger' det vil sige boligløsninger hvor personer med samme problemkategori fx misbrug bor sammen. Kritikken går på en tendens til at beboerne fastholdes i negative sociale netværk og misbrugsmiljøer. (Blid og Gerdner 2006)

Både i Norge og Sverige og i en række øvrige lande som Skotland, Irland, Storbritannien, Holland og (Vest)tyskland betones sammenhængen mellem hjemløshedsproblemet og vanskeligheden ved at skaffe lejeboliger tilpasset målgruppens betalingsevne, navnlig i storbyerne.

3 Effekter af indsatstyper – viden fra den internationale forskning

I den internationale litteratur omkring interventioner på hjemløshedsområdet kan udskilles en lille håndfuld metoder som har været afprøvet gennem eksperimentelle og quasi-eksperimentelle metoder. Det drejer sig navnlig om følgende metoder:

- Supported housing
- Assertive community treatment
- Case Management
- Critical time intervention

En række eksperimentelle og kvasi-eksperimentelle studier slår fast at der kan påvises positive effekter af alle ovennævnte indsatstyper. Ved de eksperimentelle metoder forstås vi randomiserede forsøg, hvor der trækkes lod om personen får indsatsen, eller modtager en 'almindelig indsats'/ingen særlig indsats. Der er foretaget enkelte samlede reviews af indsatsen. I disse reviews beregnes en gennemsnitlig effekt af en bestemt indsatstype på tværs af en række enkeltstudier.

3.1 Interventionstyper

Fælles for de metoder, der har været undersøgt i den internationale forskning har været et fokus på sammenhængen mellem boligindsatsen og den sociale og behandlingsmæssige indsats. Metoderne er dog primært blev afprøvet i en amerikansk kontekst, ligesom det særligt er været gruppen af psykisk syge og/eller psykisk syge misbrugere der har været i fokus i de amerikanske studier. Mest centralt viser en række studier, at selv hjemløse med tunge, komplekse psykosociale problemstillinger i vid udstrækning er i stand til at klare sig i egen bolig, når en tilstrækkelig individuelt tilpasset støtte tilordnes. De forskellige metoder skitserer en række forskellige måder at tilrettelægge støtten på, ligesom nogle af metoderne fokuserer på indsatsens organisering. Der kan også være overlap mellem

metoderne, fx kan 'assertive community treatment' benyttes i tilknytning til placering i individuelle boliger.

Tabel 2: Interventionstyper

Metode	Dansk betegnelse ¹	Indhold	Boligform	Støtteform
Supported housing	Permanent bolig m social støtte	Individuelt tilpasset støtte i egen bolig.	Boligerne kan være enten individuelle boliger eller kategoriboliger (hvor flere bor sammen).	Støtten kan være 'floating' med ambulante teams eller case manager i egen bolig, eller medarbejdere kan være tilknyttet en samlet gruppe af kategoriboliger.
Assertive community treatment	Tværfaglige bostøtte teams	Individuelt tilpasset støtte	Metoden i sig selv kædes ikke sammen med en bestemt boligform	Floating support, multiple teams, med medarbejdere med forskellige kompetencer – fx psykiatrisk behandling, misbrug, mv.
Case management	Bostøtte	Individuel tovholderfunktion	Metoden i sig selv kædes ikke sammen med en bestemt boligform	En støttemedarbejder formidler kontakter til relevante behandlere mv. samt giver praktisk støtte
Critical time intervention	Tidsbegrænset bostøtte i kritisk overgangsfase	Tidsbegrænset case management	Støtte ved overgang fra herberg til egen bolig	En støttemedarbejder formidler kontakter til relevante behandlere mv. samt giver praktisk støtte. Fokus på overgangssituationen til egen bolig

¹ De engelske betegnelser kan ikke uden videre overføres til eksisterende danske indsatser. Bostøttebegrebet anvendt i denne metodiske sammenhæng kan således tænkes at have forskellige mulige udformninger, hvor udformningen i den danske lovgivning udgør én mulighed

3.1.1 Supported housing - bostøtte

Supported housing tager generelt udgangspunkt i 'housing first' retningen, hvor der lægges vægt på at en stabil boligsituation er afgørende for en generel stabilisering af livssituationen, og at individet samtidig har brug for støtte i boligen. 'Supported housing' kan etableres både som boliger i individuelt byggeri, hvor hjemløse indplaceres mellem øvrige beboere, eller som såkaldte kategoriboliger, hvor en gruppe af boliger overvejende eller udelukkende beboes af hjemløse. Også bostøtten kan principielt tilordnes på forskellig vis, fx gennem support teams, eller som case management, hvor en case manager formidler kontakter til øvrige støtte indsatser.

Housing first litteraturen peger særligt på nødvendigheden af at benytte boliger i almindeligt boligbyggeri, frem for kategoriboligerne på grund af risikoen for negative synergieffekter ved kategoriboligerne. Housing first indsatsen har haft sit udspring i New York området, hvor private udlejningsboliger er blevet anvendt i indsatsen. Her er maksimalt 10-15 % af boligerne i et udlejningsbyggeri blevet anvendt til hjemløse, mens resten beboes af øvrige beboere.

I et review af undersøgelser, der ved hjælp af randomiserede eksperimenter har belyst effekt supported housing finder Nelson og Aubry (2007) en markant gennemsnitlig effekt af supported housing i form af en reduktion i hjemløsheden på 67 % når gruppen der modtager 'permanent housing and support' sammenlignes med en kontrolgruppe, der modtager standard care. I beregningen indgår resultater fra seks undersøgelser, publiceret i 8 artikler: Hurlburt, Wood & Hough (1996), Lipton, Nutt & Sabatini (1988), Rosencheck, Kaspro, Frisman & Liu-Mares (2003), Tsemberis (1999), Tsemberis & Eisenberg (2000), Greenwood, Schaefer-McDanile, Winkel & Tsemberis (2005), Tsemberis, Gulcur & Nakae (2004) og Drake, Yovetich, Bebout, Harris & McHugo (1997). Outcome målene i de forskellige studier er fx andelen der bor i permanent/uafhængig bolig, antal dage i bolig, andel i stabil boligsituation etc.

Endvidere påviser Nelson og Aubry ligeledes en positiv effekt af permanent housing kombineret med case management sammenlignet med case management alene, med en gennemsnitlig reduktion i hjemløsheden på 37 % baseret på studier af Hurlburt et. al. (1996), Rosencheck et. al. (2003) og Clark & Rich (2003).

3.1.2 Assertive community treatment – opsøgende/ambulante støtteteams

Assertive community treatment (ACT) er en metode, der bedst kan beskrives som tværfaglige bostøtte teams, baseret på en tilgang der også kendes fra tilstødende områder, fx de opsøgende psykoseteams på det psykiatriske område. På hjemløseområdet består indsatsen i, at sammensatte ambulante teams står til rådighed for at rykke ud med støtte til klienterne efter behov. Der lægges vægt på at teamet inkluderer medarbejdere med forskellige kompetencer, fx psykiatere, psykologer, sygeplejersker, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter, og evt. 'peer recovery specialists' dvs. tidligere hjemløse e.l. der har egen erfaring med at komme ud af hjemløshed. Modsat case management modellen er der tale om indsatsteams, med flere integrerede specialfunktioner. Teamet fungerer således modsat case manageren ikke blot som tovholder i forhold til fx behandlingsindsatser mv. men varetager i betydeligt omfang selv disse funktioner for klienten idet kompetencer på relevante områder indgår i teamet. Assertive community treatment er ikke i sig selv tilknyttet en bestemt boligform, men følger personen, og kan således både gives i eget hjem, på herberger, på gaden etc. Indsatsformen kan således principielt kombineres med supported housing. Gennem assertive community treatment i eget hjem lægges vægt på at klienternes opnåede færdigheder mv. ikke først skal overføres ud af et 'kunstigt miljø' som det fx er tilfældet ved brug af udslusningsboliger.

Også assertive community treatment er påvist gennem eksperimentelle studier at have en positiv effekt i forhold til at reducere hjemløsheden. Nelson og Aubry (2007) påviser en gennemsnit effekt af ACT på 47 % sammenlignet med 'Standard care'. Effektestimatet er baseret på en række undersøgelser: (Korr &

Joseph (1995), Lehman, Dixon, Kernan, Deforge & Postrado (1997), Lehman et. al. (1999), Morse et. al. (1997), Wolff et. al. (1997), Morse, Calsyn, Allen, Tempelhoff & Smith (1992), Calsyn, Morse, Klinkenberg, Trusty & Allen (1998), Der er i alle tilfælde tale om studier af klienter med alvorlig psykisk sygdom (skizofreni, psykoser mv.)

I et tilsvarende review, der til dels inkluderer samme studier og enkelte øvrige studier finder Coldwell og Bender (2007) et samlet effektesimat på 37 %.

3.1.3 Individual case management

Case management indsatsen består i at den enkelte klient tilordnes én case manager. Det vil typisk være case managerens opgave at holde en løbende kontakt med klienten, og at sikre kontakten til relevante behandlingsenheder, som klienten har brug for at komme i kontakt med, fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling, beskæftigelses/forsørgelse, sociale aktiviteter mv. eller bidrager med praktisk støtte i dagligdagen. Case management modellen er således ikke nødvendigvis mindre vidtgående end assertive community treatment modellen i sin karakter, da modellen forudsætter brugen af og formidling af kontakt til en række øvrige støtteformer.

Også for case management indsatsen kan der påvises en positiv effekt i forhold til at reducere hjemløsheden. Nelson & Aubry finder således en gennemsnitlig effekt på 28 % af case management, sammenlignet med standard care. I estimatet indgår resultater fra fire studier: Hulburt et. al. (1996), Rosencheck et. al. (2003), Shern et. al. (1997), Shern et. al. (2000) og Susser et al. (1997). Igen er der tale om studier af gruppen med alvorlig psykisk sygdom.

3.1.4 Critical time intervention

Critical time intervention (CTI) er en tidsbegrænset intensiveret case management indsats, der støtter den hjemløse i den kritiske fase ved overgangen fra ophold på herberg til egen bolig. Indsatsperioden kan fx være 6 måneder eller 9 måneder, hvor en case manager giver støtte på samme måde som beskrevet under individual case management. Interventionen er dog i sit udgangspunkt defineret som støtte i en kortere/begrænset tidsperiode, hvorefter der sigtes mod, at klienten skal kunne klare sig selv.

Susser (1997) har på baggrund af et randomiseret studie vist en positiv effekt af CTI i form af en reduktion i sandsynligheden for tilbagefald i hjemløshed sammenlignet med en kontrolgruppe, der ikke modtog denne indsats. Effekten er ca. 20 %.

3.2 Opsamling af viden om effekter af de forskellige interventionsformer

De forskellige effektstudier af indsatstyper på hjemløseområdet peger generelt på en markant effekt af en række metoder. Der kan iagttages et vist hierarki mellem indsatserne. En indsats, der samtænker en permanent boligløsning og en social støtteindsats, i en eller anden form, giver en meget betydelig reduktion i hjemløsheden på ca. 2/3 målt på individniveau i form af om man efter en given periode har en bolig. Også forskellige former for bostøtteordninger har en betydelig effekt. Her kan det iagttages at bostøtte baseret på tværfaglige teams tilsyneladende har en større effekt end bostøtte baseret på case manager modellen. Bostøtten kan evt. begrænses til en overgangsperiode omkring den mest kritiske fase ved udslusning fra herberg til egen bolig, men den største effekt opnås gennem en længerevarende indsats.

Det kan diskuteres i hvilken grad erfaringerne fra de amerikanske effektstudier primært baseret på indsatser for psykisk syge hjemløse dels kan generaliseres til en dansk kontekst, dels om resultaterne kan overføres til en bredere gruppe af hjemløse fx hjemløse misbrugere, eller hjemløse uden misbrugsproblemer eller psykisk sygdom. Formentlig bør det særligt tages i betragtning at indsatserne rent faktisk kan dokumenteres at virke over nogle af de mest vanskeligt stillede hjemløse, nemlig de psykisk syge. Omvendt kan der dog også være tale om, at en indsats over for denne gruppe med et stort

støttebehov sammenlignet med ingen indsats/standard care, kunne tænkes have en kraftigere effekt end over for personer med et mindre udtalt støttebehov. Der er dog ingen grund til at betvivle at en ligeledes markant effekt af de nævnte indsatser må kunne forventes i en dansk sammenhæng, hvor der dog ikke findes nogen opfølgingsstudier af tilsvarende indsatser.

4 Indsatsen for hjemløse i Danmark – udfordringer for metodeudvikling

I dette afsnit vil vi oversætte den internationale viden om indsatser på hjemløseområdet til en dansk kontekst og gå i dybden med, hvilke problematikker, der gør sig gældende i forhold til indsatsen set i forhold til behovet for metodeudvikling og evidensbaseret praksis. I afsnit 3.1 gennemgås de eksisterende danske indsatser, i relation til ovenstående internationale erfaringer omkring indsatsmodeller og indsatstyper. I afsnit 3.2 diskuteres en række problematikker omkring udviklingen i den danske indsats ligeledes i forhold til ovenstående vidensgrundlag.

§ 110 – boformer (herberger og forsorgshjem, samt udslusningsboliger i tilknytning hertil). Den danske indsats er kendetegnet ved et veludbygget offentligt system af herberger og forsorgshjem. § 110 boformer spiller en væsentlig rolle med at skaffe midlertidigt ophold til hjemløse og udgør et væsentligt omdrejningspunkt for den videre afklaring af brugernes problemstillinger. § 110 boformerne er som udgangspunkt ikke beregnet på længerevarende ophold, men statistikken på boformsområdet viser, at en betydelig del af beboerne har langvarige ophold. Hjemløsestrategiens målsætning om at reducere ophold på boformerne til 3-4 måneder for borgere der er i stand til at flytte i bolig med den fornødne støtte, ligger i tråd med en bevægelse væk fra 'shelterisation' i fremherskende internationale strømninger på området, hvor vægten i stedet lægges på at skaffe permanente boligløsninger med støtte.

I forhold til metodeudvikling på området er en central udfordring at videreudvikle metoder til at styrke udredningen af brugere, og til at styrke processen omkring at gøre brugerne parat til udflytning. Samtidig er der et behov for mere viden om hvilke efterfølgende indsatstyper bestemte grupper af brugere har behov for og kan drage bedst nytte af. Her er et væsentligt spørgsmål at skaffe et bedre evidensgrundlag for hvem der har mest gavn af udflytning til egen bolig med bostøtte, hvem der har gavn af udslusningstilbud, og hvem der har brug for egentlige botilbud.

§ 107 – midlertidige boformer Virkningen af midlertidige boligindsatser er genstand for betydelig diskussion i den internationale litteratur. I disse typer af tilbud er der mulighed for at arbejde med brugernes problematikker omkring fx stofmisbrug eller psykisk sygdom. Kritikerne af midlertidige tilbud peger på risikoen for, at brugerne fastholdes i en ustabil livssituation. En betydelig del af kritikken stammer fra en amerikansk kontekst, hvor alternativerne til housing first indsatsen ofte er en forholdsvis sparsom øvrig indsats fx ophold i 'shelters'. Også i en svensk sammenhæng er der kritik af brugen af midlertidige tilbud men i Sverige er ophold i de midlertidige tilbud ofte er kædet sammen med krav om misbrugsbehandling og fremgang i forhold til at rykke op på botrappen. I Danmark kan brugen af § 107 tilbud generelt integreres med andre indsatsformer navnlig udflytning til egen bolig gennem den kommunale boliganvisning med bostøtte (denne mulighed findes kun i begrænset omfang i Sverige, hvor den kommunale boliganvisning er afskaffet i hovedparten af de svenske kommuner). Brugen af § 107 boformer har således som udgangspunkt mulighed for at undgå en del af den usikkerhed knyttet til en ikke-permanent boligsituation, gennem muligheden for at integrere de midlertidige tilbud med efterfølgende længerevarende/permanente tilbud.

Forskellen til trods, er der i Danmark en meget begrænset viden om effekten af de midlertidige tilbud - forbedrer de på sigt brugernes boligsituation og øvrige livssituation, eller er der uintenderede konsekvenser fx knyttet til en usikkerhed omkring boligsituationen, og afhænger denne af hvorledes

brugen af de midlertidige tilbud integreres i et længerevarende indsatsforløb, og hvordan disse tilbud tilrettelægges – fx tilgængeligheden af bostøtte mv.?

Også i forhold til den nylige mulighed for at benytte udslusningsboliger i almene boliger er der grund til at være opmærksom på eventuelle uintenderede konsekvenser. Erfaringerne fra brugen af andenhåndskontrakter i det svenske system er generelt meget dårlige, men den stærkere institutionelle forankring af de øvrige indsatsformer i det danske system særligt vilkårene for at overgå til permanent kontrakt, kan muligvis modvirke eventuelle uintenderede konsekvenser. Her mangler der generelt evidens for indsatsernes virkninger.

§108 – længerevarende boformer Gennem de senere år er der sket en betydelig udbygning af de alternative plejehjem henvendt til fx misbrugere og/eller psykisk syge misbrugere, der efter et mangeårigt (fortsat) misbrug og ofte et langt liv på gaden, udvikler plejebenhov fra en forholdsvis tidlig alder. Der er ikke egentlige effektstudier af disse tilbud, men evalueringer peger på gode erfaringer med gennem disse tilbud at give mulighed for at denne brugergruppe kan få den fornødne pleje. Disse tilbud sigter generelt på permanent ophold, og der er næppe tvivl om at disse tilbud giver mulighed for at brugerne kan få den pleje de vanskeligt kan få på herberger og midlertidige boformer, og som ligeledes pga. målgruppens karakteristika er vanskeligt at rumme på øvrige plejehjem. I forhold til denne indsatsstype er en væsentlig problematik først og fremmest at afklare og udrede hvem der har behov for denne type af indsats, og at forudsige udviklingen i det fremtidige behov.

Skæve boliger – Evalueringer af de skæve boliger peger på, at disse boliger er velegnede til en gruppe af hjemløse som vanskeligt kan bo i almene boliger pga. fx adfærd, psykiske problemstillinger etc. FEANTSA påpeger, at de skæve boliger er egnet som boliger til en gruppe blandt de hjemløse, som har vanskeligt ved at bo i andre boligformer, og kan løfte livskvaliteten for denne gruppe, men påpeger samtidig at boligformen ikke kan anvendes som en generel løsning på hjemløshedsproblemet. De skæve boliger er således næppe velegnede som boligløsning til en bredere gruppe af hjemløse som kan bo i egen bolig med bostøtte eller som har brug for botilbud med mere intensiv bostøtte.

Bostøtte

Bostøtte i eget hjem giver generelt mulighed for at styrke muligheden for at hjemløse kan bo i egen bolig, med hjælp til fx at håndtere praktiske problemstillinger, social støtte, og sikre at der kan tages hånd om øvrige behov herunder koordination i forhold til behandlingsmæssige og sociale problemstillinger. At dømme på litteraturen refereret oven for er der formentlig et betydeligt potentiale i de individuelle bostøtteordninger når det gælder at styrke de hjemløses mulighed for at bo i egen bolig. De internationale erfaringer peger på, at selv borgere med forholdsvis komplekse problemstillinger kan bo i eget hjem, når individuel bostøtte integreres tilstrækkeligt med en øvrig behandlingsmæssig indsats i forhold til fx psykisk sygdom, misbrug og øvrige sociale problemstillinger. En central udfordring er at udvikle en viden om hvem der kan klare sig i eget hjem med bostøtte, herunder viden om støttens intensitet, organisering og samspil med øvrige indsatser, og at udvikle metoder der sikrer at bostøtten integreres bedst muligt med øvrige behandlingsmæssige behov.

En væsentlig forudsætning for brugen af bostøtte i eget hjem er naturligvis, at der er en tilgængelighed af boliger, for de der allerede befinder sig i en hjemløshedssituation.

Boliganvisning

I en dansk sammenhæng er en væsentlig mekanisme til at skaffe boliger til hjemløse, muligheden for at anvise 25 % af ledige almene boliger (33 % i København) til socialt udsatte grupper gennem den kommunale boliganvisning.

'Housing first' indsatserne baseres typisk på at klienter placeres i egne ordinære boliger, med tilknytning af bostøtte o.l. (floating support). I lande uden offentlig boliganvisning eller med begrænset mulighed for anvisning har disse indsatser som oftest været baseret på leje af private boliger. Her betyder den danske anvisningspraksis at en af housing first indsatsens hovedkomponenter, nemlig sikringen af en permanent boligløsning tidligt i et indsatsforløb allerede er en institutionaliseret praksis i den danske indsats.

Der er navnlig i hovedstadsområdet problemer med at skaffe et tilstrækkeligt antal boliger med lav husleje til anvisning. Her kan der sættes fokus på, om det er muligt i højere grad end det er tilfældet i dag, at de billigste lejeboliger reserveres til de svageste grupper herunder de hjemløse og navnlig de unge hjemløse.

5 Behov for udvikling af dokumentation

Der er generelt et betydelig behov for at udvikle en bedre viden om de forskellige indsatsformers effekt i en dansk kontekst. Der er således ikke i en dansk kontekst gennemført tilsvarende studier som de amerikanske hvor effekterne af forskellige indsatstyper sammenlignes.

Den mest vidtgående form for dokumentation består i den viden der kan opnås gennem randomiserede eksperimenter. Herved kan der kontrolleres for såkaldte selektionseffekter, dvs. at der tages hensyn til hvilke typer af hjemløse der modtager en given indsats, idet det sikres gennem lodtrækning, at indsatsgruppe og kontrolgruppe er ens.

Såfremt randomiserede studier ikke er mulige, vil også forløbsstudier af brugernes forløb i løbet af og efter en given indsats kunne bidrage til at højne vidensniveauet omkring indsatserne.

En udfordring er at sikre at der ved en given indsats sker en efterfølgende registrering af brugernes situation på centrale parametre, som fx hvorvidt brugeren stadig har en stabil boligsituation. Også fx indlæggelsesmønstre, symptombilleder, funktionsniveau etc. udgør relevante indikatorer. Samtidigt er det vigtigt at sikre at der sker en systematisk registrering af, hvilke øvrige indsatser brugeren modtager, fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling etc. For at kunne vurdere hvilke typer af brugere der modtager bestemte indsatser er det også vigtigt at dokumentere karakteristika ved brugerne som fx psykisk sygdom, misbrug, somatisk sygdom, og øvrige baggrundskarakteristika fx uddannelse, indkomsttype, etnisk baggrund mv.

Såfremt dokumentation af indsatsernes virkninger skal indbygges i den sociale praksis generelt, er en særlig udfordring at registrere, hvad der sker med brugerne efter en given indsats stopper. Fx hvis bostøtte modtages i et begrænset forløb. Det betyder generelt, at dokumentationen af indsatserne må række ud over de enkelte institutioner fx §110 boformerne, og således suppleres af registreringer fx på kommunalt niveau af hvordan forløbet omkring boligsituationen udvikler sig.

6 Opsamling

I forbindelse med udviklingen af indsatsen for hjemløse i Danmark er det vigtigt at rette et fokus mod hvilke underliggende indsatsmodeller indsatsen baseres på. Den danske indsats er primært baseret på hhv. normaliseringsmodellen og kædemodellen. Normaliseringsmodellen lægger vægt på at 'normalisere' den hjemløses boligsituation i form af at sikre en permanent boligløsning baseret på brugen af almindelige boliger med ambulansstøtte. Kædemodellen er derimod baseret på brugen af udslusningsboliger og –forløb ved overgangen fra brug af herberg til egen bolig.

Der er generelt i Danmark ikke nogen systematisk viden om hvilke af disse indsatsformer der virker bedst for bestemte grupper af hjemløse, fx psykisk syge, misbrugere, unge, etniske minoriteter. Fx er der ligeledes ikke nogen systematisk viden om hvilke grupper af hjemløse der kan klare sig i egen bolig, med bostøtte, og hvem der har brug for mere institutionslignede indsatser (fx §107, eller 108).

Internationale studier peger på, at selv personer med forholdsvis komplekse problemstillinger kan klare sig i egne boliger, når den fornødne ambulante støtte tilvejebringes. Udenlandske effektstudier påviser generelt markante effekter af forskellige indsatstyper i forhold til at reducere hjemløsheden. Den største effekt opnås ved indsatser der etablerer en permanent boligløsning med fornøden social støtte.

Der kan generelt påvises en markant effekt af bostøtteordninger, herunder en lidt større effekt af bostøtteformer baseret på brugen af tværfaglige bostøtteteams. Også for case managermodellen iagttages dog en betydelig positiv effekt.

For at kunne styrke videns- og metodeudviklingen på hjemløseområdet i Danmark er der generelt behov for at styrke dokumentationen af forskellige indsatsformers virkninger. Det er særligt vigtigt at der sker målinger af udviklingen i brugernes situation over tid på centrale indikatorer – herunder navnlig selve boligsituationen.

Såfremt sådanne målinger skal ønskes forankret i en generel social praksis er det formentligt vigtigt at dokumentationen forankres på kommunalt niveau, og således rækker ud over de enkelte boformer, for at kunne følge individernes situation på tværs af forskellige indsatser. Det er også centralt at der sker en styrkelse af dokumentationen på boformerne, herunder i forhold til dokumentation af udredningen af brugernes problemer og indsatsbehov.