

Udsatte ældre borgere i hjemløshed

En kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne



Lars Benjaminsen og Heidi Hesselberg Lauritzen

Udsatte ældre borgere i hjemløshed – En kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-942-0

Arkivfoto: Ole Bo Jensen/VIVE

Projekt: 301815

Finansiering: Rådet for Socialt Udsatte

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af en kvalitativ undersøgelse om udsatte ældre borgere i hjemløshed. Undersøgelsen tager udgangspunkt i, at der gennem de seneste 10 år på landsplan generelt er sket en stigning i omfanget af hjemløshed blandt borgere på 50 år og derover. Undersøgelsen har fokus på både at afdække kompleksiteten i udsathedens i målgruppen af udsatte ældre borgere i hjemløshed og på at afdække udfordringer og muligheder i indsatsen til denne gruppe.

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview med medarbejdere i otte udvalgte kommuner og på sociale tilbud i samme kommuner. Desuden indgår i undersøgelsen også interview med et mindre antal borgere i hjemløshed. Vi retter i den forbindelse en stor tak til både borgere og medarbejdere samt til kommunerne og de sociale tilbud for deres deltagelse i undersøgelsen.

Til undersøgelsen har været knyttet en følgegruppe, der takkes for gode og konstruktive kommentarer til rapporten. To anonyme referees takkes også for deres kommentarer til rapporten.

Undersøgelsen er gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Seniorforsker Lars Benjaminsen har været projektleder for undersøgelsen. Ph.d.-stipendiat Heidi Hesselberg Lauritzen har været tilknyttet som projektmedarbejder.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Rådet for Socialt Udsatte.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

2021

Indhold

Sammenfatning	5
Hovedresultater	6
Opmærksomhedspunkter	11
1 Indledning	14
1.1 Baggrund	14
1.2 Undersøgelsens fokus og formål	16
1.3 Rapportens opbygning	17
2 Metode og datagrundlag	18
2.1 Medarbejderinterview	18
2.2 Borgerinterview	19
2.3 Anonymisering af både kommuner og sociale tilbud	19
2.4 Analysens rækkevidde og begrænsninger	20
3 Profil af ældre borgere i hjemløshed	21
3.1 Komplexitet i udsathed	21
3.2 To grupper af ældre borgere i hjemløshed	23
3.3 Fysiske og psykiske helbredsproblemer	24
3.4 Økonomi og forsørgelsesgrundlag	25
3.5 Borgernes oplevelse af vejen ud i hjemløshed	25
4 Bolig- og støtteløsninger	27
4.1 Botilbud til ældre udsatte borgere	27
4.2 Udfordringer med mangel på botilbudspadser	32
4.3 Boligløsning i egen bolig	33
4.4 Social støtte i boligen	35
4.5 Kategoriboliger	37
4.6 Alternative boligløsninger	39
4.7 Når det ikke lykkes at etablere en løsning	40
5 Organisering og snitfladeproblematikker	42
5.1 Kontaktskabelse og opbygning af tillid	42
5.2 Koordination i komplekse borgersager	43
5.3 Udredning og visitation	43
5.4 Samspillet mellem den sociale støtte og hjemmeplejen	47
5.5 Samspil med sundheds- og behandlingssystemet	49
5.6 Forsørgelsesgrundlag, kontanthjælp og førtidspension	50
5.7 Kastebold mellem kommuner	52
Litteratur	54

Sammenfatning

I denne rapport præsenteres resultaterne af en kvalitativ undersøgelse om udsatte ældre borgere i hjemløshed og af bolig- og støtteindsatser til denne gruppe. Undersøgelsen er gennemført af VIVE for Rådet for Socialt Udsatte.

Baggrunden for undersøgelsen er, at der i de nationale kortlægninger af hjemløshed gennem det seneste årti er dokumenteret en betydelig stigning i hjemløsheden i aldersgrupperne af 50-59-årige og borgere på 60 år og derover. Ved kortlægningen i 2009 blev der registreret 744 personer i hjemløshed blandt de 50-59-årige, mens dette antal var steget til 1.131 personer i 2019, svarende til en stigning på 52 %. I aldersgruppen på 60 år og derover steg antallet af personer i hjemløshed fra 235 personer ved kortlægningen i 2009 til 414 i 2019, svarende til en stigning på 76 %. Ved den seneste kortlægning i 2019, hvor antallet af borgere i hjemløshed i alt blev opgjort til 6.431 personer, var det dermed næsten hver fjerde borger i hjemløshed, som var 50 år eller derover.

I undersøgelsen sættes altså fokus på hjemløsheden blandt udsatte midaldrende og ældre borgere i aldersgruppen fra 50 år og opefter. Vi benytter i rapporten begrebet "ældre" om hele denne målgruppe til trods for, at der er tale om væsentligt yngre borgere, end når man taler om "ældre" i almenbefolkningen. Når aldersgrænsen sættes ved de 50 år, skyldes det, at mange udsatte borgere ældes væsentligt tidligere end den øvrige befolkning. Allerede fra 50-årsalderen begynder mange udsatte borgere at have udviklet alvorlige helbredsproblematikker, og for en del sætter egentlige plejebehov ind allerede i 50-60-årsalderen.

Undersøgelsens formål er at afdække, hvad der kendetegner udsathedens blandt ældre borgere i hjemløshed, og at belyse indsatserne til denne målgruppe. I forhold til udsathedens karakter lægges der vægt på at afdække, hvad der kendetegner kompleksiteten i udsathedens, og på at belyse tilstedeværelsen af forskellige delmålgrupper med forskellige karakteristika i udsathedens. I forhold til indsatserne afdækkes både muligheder og udfordringer i indsatsen, hvor der ses på tilgængeligheden af forskellige typer af tilbud og indsatser som fx botilbud eller tilbud om egen bolig med social støtte. I den forbindelse er fokus i undersøgelsen særligt lagt på at afdække adgangen til permanente boligløsninger og støttetilbud frem for på tilgængeligheden af midlertidige akuttilbud som fx herberger og varmestuer. Det skyldes et ønske om at afdække, om der lokalt er adgang til længerevarende indsatser og løsninger, der kan hjælpe borgerne videre fra de akutte tilbud, og om disse løsninger og tilbud samtidig er i stand til at imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov.

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview foretaget i løbet af vinteren og foråret 2020/2021 med medarbejdere i udvalgte kommuner og på sociale tilbud, ligesom der som led i undersøgelsen også er foretaget et mindre antal interview med borgere i hjemløshed på 50 år og derover. Hovedvægten er lagt på medarbejderinterviewene, hvor der er foretaget interview med medarbejdere i otte forskellige kommuner samt på forskellige sociale tilbud i de samme kommuner. Der er i alt foretaget 41 medarbejderinterview, der i næsten alle tilfælde er foretaget som video- eller telefoninterview. Desuden er der foretaget interview med 13 borgere i hjemløshed eller med tidligere hjemløshedserfaring. På grund af corona-situationen har det kun i begrænset omfang været muligt at foretage interview med borgere i hjemløshed, da der kun i den allersidste del af undersøgelsesperioden blev mulighed for at gennemføre nogle få borgerinterview ved fysisk fremmøde. Kontakten til de øvrige interviewede borgere er formidlet gennem en organisation på hjemløshedsområdet og er derefter gennemført som telefoninterview. Undersøgelsens problemstillinger omkring udsathedens og indsatsernes karakter belyses gennem medarbejdernes

og borgernes beskrivelser og vurderinger, og der er således ikke tale om en kortlægning og evaluering af bestemte typer af indsatser, men om kvalitativ afdækning med særligt fokus på at beskrive udfordringer og løsningsmuligheder i forhold til at afhjælpe hjemløsheden blandt ældre i hjemløshed. Det har heller ikke været formålet at evaluere forholdene i den enkelte kommune eller på det enkelte tilbud, men at uddrage en generel læring på tværs af forskellige kommuner og typer af indsatser. Derfor er kommunerne anonymiseret i rapporten, hvilket også er tilfældet med de sociale tilbud, medarbejderne og borgerne.

Hovedresultater

Kompleksitet og forskellighed i udsatheden blandt ældre i hjemløshed

Mange ældre borgere i hjemløshed har en høj kompleksitet i udsatheden med både psykiske lidelser, misbrugsproblemer og for en dels vedkommende også alvorlige fysiske helbredsproblemer efter et langt liv med udsathed og misbrug. Der er dog forskellige konstellationer af problematikker. Et gennemgående træk på tværs af kommunerne er, at medarbejderne identificerer to forskellige grupper af ældre i hjemløshed. Den første gruppe er borgere med en langvarig udsathed, der typisk gennem mange år har haft psykiske problemer og/eller misbrugsproblemer, og som nu har tiltagende fysiske helbredsproblemer og for en dels vedkommende egentlige plejebehov. De fleste af borgerne i denne gruppe har flere længerevarende hjemløshedsforløb og flere ophold på herberg bag sig. Denne gruppe af ældre med kompleks og langvarig udsathed består dog også af borgere med forskellige konstellationer af problematikker. Mange har dobbeltproblematikker fx med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug, en misbrugsproblematik med fysiske helbredsproblemer eller en tripelproblematik med både psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsproblemer. De forskellige konstellationer har blandt andet betydning for, hvilke længerevarende tilbud borgerne har behov for og har "adgang til". Særligt tilstedeværelsen eller fraværet af en psykiatrisk diagnose har betydning for, hvilken målgruppe borgeren tilhører, og dermed, hvilke typer af botilbud borgeren kan visiteres til. Det samme gælder i forhold til, om borgeren har alvorlige fysiske helbredsproblemer og plejebehov samt kognitive funktionsnedsættelser som fx alkoholdemens.

Den anden gruppe af ældre i hjemløshed er dem, der debuterer i hjemløshed forholdsvis sent i deres liv – fx op i 50- eller 60-årsalderen, og for nogles vedkommende endnu senere. Det er typisk borgere, der har været ude for en livsændrende begivenhed, som fx en fyring, en skilsmisse eller ægtefællens død, som for manges vedkommende har resulteret i et eskalerende misbrugsproblem, der på et tidspunkt har bevirket, at de har mistet boligen. De fleste i gruppen er mænd, der ofte udvikler et betydeligt alkoholproblem, men der er også kvinder, der debuterer sent i hjemløshed, og her oplever medarbejderne oftere, at der er ubehandlede psykiatriske problematikker i spil. En del af disse borgere har vanskeligt ved at se sig selv på akuttillbud som herberger, forsorgshjem og natvarmestuer og går i nogle tilfælde "under radaren" og forsøger at klare sig selv, fx som sofasovere hos familie, venner og bekendte. Når de dukker op på tilbuddene, oplever medarbejderne, at de fleste af disse borgere ønsker at komme tilbage i egen bolig. Mange af disse borgere har tidligere i deres liv været vant til at klare sig selv og har ifølge medarbejderne ikke altid en erkendelse af egne støttebehov, fx i forbindelse med alkoholmisbrug eller psykiske problematikker som angst og depression.

Behov for specialiserede botilbud

En del af de udsatte ældre i hjemløshed har en kompleksitet i udsathed, der tilsiger, at de har brug for et egentligt botilbud. Det skyldes for en dels vedkommende, at de allerede fra 50-årsalderen og frem har udviklet plejehjemsbehov på grund af fysiske helbredsproblemer og/eller kognitive udfordringer som følge af begyndende alkoholmisbrug, hjerneskader eller lignende. Et fortsat aktivt misbrug betyder imidlertid, at disse borgere ofte ikke kan være på de almindelige plejehjem, hvor beboerne samtidig også generelt er væsentligt ældre. Det er imidlertid meget forskelligt, om specialiserede botilbud til plejkrævende borgere med fortsat aktivt misbrug findes i kommunerne, og hvis de findes, om der er en tilstrækkelig kapacitet til, at alle med behov for et sådant tilbud kan få en plads.

I nogle af kommunerne, hvor vi har foretaget interview, er der gennem de senere år etableret forskellige botilbud henvendt til udsatte ældre med et fortsat aktivt misbrug og tidligt udviklede plejehjemsbehov eller udsatte borgere med meget komplekse støttebehov i øvrigt. I nogle kommuner er der etableret længerevarende botilbud efter servicelovens § 108, herunder alternative plejehjem til plejkrævende udsatte borgere med et fortsat aktivt misbrug. Der er også kommuner, der har etableret botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105, hvor støtten ydes som bostøtte (SEL § 85) og/eller hjemmepleje (SEL § 83) afhængigt af borgerens behov. I flere af de kommuner, der har etableret egne pladser i kommunen, oplever medarbejderne, at man har fået lettere ved at imødekomme behovet for botilbud til denne gruppe. Der er dog også tilfælde, hvor der findes forskellige botilbud i en kommune, men hvor der samtidig opleves mangel på kapacitet og pladser, hvilket blandt andet giver sig udslag i ventetider på at få en plads i et botilbud. Der er også et eksempel på, at en kommune har et botilbud, der primært er henvendt til ældre udsatte borgere med alkoholmisbrug, men hvor der ikke indskrives borgere med et aktivt stofmisbrug på tilbuddet, og hvor man oplever at mangle pladser til den sidstnævnte gruppe. Endelig er der kommuner, der slet ikke har specialiserede botilbudspladser til ældre udsatte borgere, og særligt i et par af disse kommuner oplever interviewpersonerne, at det er en betydelig udfordring, at der ikke er egne pladser i kommunen. Det betyder, at hvis en borger har behov for et sådant tilbud, skal kommunen ud og "købe en plads" i andre kommuner eller på private tilbud. I nogle tilfælde oplever interviewpersoner i disse kommuner dog, at primært økonomiske hensyn resulterer i en tilbageholdenhed med at købe sådanne udenbys pladser. Det betyder enten, at man må forsøge at holde meget udsatte borgere i egen bolig trods meget komplekse støttebehov, eller at borgerne, i fald de mister en bolig, må tage ophold på et herberg eller forsorgshjem, hvor man typisk ikke er gearret til at håndtere egentlige plejehjemsbehov. Der er også kommuner, hvor det beskrives, at der generelt er en villighed til at købe pladser uden for kommunen, men hvor det opleves vanskeligt overhovedet at finde egnede tilbud til ældre udsatte borgere med en meget høj kompleksitet i udsathed. Der kan også være tilfælde, hvor de få egnede pladser, der findes, ligger langt fra hjemkommunen, og hvor borgeren derfor ikke ønsker et ophold. Endelig er der en af de mindre kommuner, der ikke har egne specialiserede botilbudspladser til målgruppen, men hvor interviewpersonerne vurderer, at behovet i rimelig grad kan dækkes ved køb af pladser i andre kommuner, når dette behov af og til viser sig.

Der er således en tendens til, at kommuner der har specialiserede tilbud, hvor der samtidig er en tilstrækkelig kapacitet med pladser i disse tilbud, i højere grad har mulighed for at imødekomme behovet for botilbud til ældre udsatte borgere i hjemløshed, hvilket samtidig betyder, at man i højere grad kan undgå langvarige ophold på herberger og forsorgshjem for disse ældre. Undersøgelsens resultater tyder i den forbindelse på, at der i både de store og mellemstore bykommuner – og i nogle tilfælde også de mindre bykommuner – vil være et behov for at etablere (flere) specialiserede botilbudspladser til udsatte ældre borgere med plejehjemsbehov og et

fortsat aktivt misbrug, og at det i de fleste tilfælde vil være en udfordring, hvis sådanne pladser ikke findes, da det betyder, at der er udsatte borgere i hjemløshed, der har vanskeligt ved at få tilbud, der kan imødekomme kompleksiteten i deres støttebehov.

Kommunerne rejser dog også en række problematikker omkring etableringen og driften af de forskellige typer af botilbud. Det drejer sig blandt andet om finansieringen af anlægsudgifterne til tilbuddene. Her er en problematik, at hvis tilbuddene etableres som servicelovstilbud (§ 107 eller 108), skal et eventuelt nybyggeri finansieres direkte over kommunernes anlægsbudgetter, mens en etablering af botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 kan foretages med langvarig lånefinansiering ligesom almindelige almene boliger. På den måde kan der være en økonomisk barriere mod at etablere botilbudspladserne efter serviceloven. Imidlertid betyder en etablering efter almenboliglovens § 105, at den sociale støtte skal gives efter servicelovens § 85 som almindelig bostøtte, evt. i kombination med hjemmepleje efter servicelovens § 83, hvilket i nogle tilfælde indebærer, at den støtte, der gives, ikke er lige så intensiv som ved en fast bemanning med social- og sundhedsfagligt personale på et § 107- eller 108-botilbud. Samtidig opleves der en problematik omkring, hvorvidt støtten i et botilbudslignende tilbud efter almenboligloven er tilsynsgodkendt efter § 83 eller § 85, hvor det er den paragraf, som tilbuddet godkendes under, der betinger, hvilken form for tilsyn tilbuddet underlægges. I en af de kommuner er tilsynsgodkendelsen givet efter § 83, hvilket betyder, at man på tilbuddet underlægges hjemmeplejens generelle tilsynskrav med et primært fokus på de sundhedsfaglige problematikker, hvilket man imidlertid ikke oplever, passer til praksis på et tilbud, der er henvendt til udsatte borgere med aktivt misbrug, og hvor den socialpædagogiske indsats opleves som den primære støtteopgave.

Boligløsning i egen bolig

Selvom en del udsatte ældre borgere i hjemløshed har brug for et egentligt botilbud, er der også en del af målgruppen, som ikke har støttebehov i et omfang, der tilsiger, at de skulle have en plads i et botilbud, men hvor den primære boligløsning vil være en egen selvstændig bolig, og for de flestes vedkommende med en eller anden form for social støtte tilknyttet. Også blandt de interviewede borgere er der en del, der primært ønsker at få deres egen bolig. Der er imidlertid en væsentlig forskel mellem kommunerne på mulighederne for og ventetiden på at skaffe en boligløsning i egen bolig. Særligt i de store byer opleves det som vanskeligt at skaffe egen bolig til udsatte ældre i hjemløshed, hvor der typisk opleves lange ventetider på typisk ½-1 år på at få en bolig gennem den kommunale boliganvisning. Der meldes også om betydelige ventetider på at få en bolig i de mellemstore kommuner, typisk omkring et halvt år, og selv i en af de mindre kommuner meldes der om en lang ventetid på op mod 1 år på at få en bolig. Kun i en enkelt af kommunerne er der en kort ventetid på kun ca. 2 måneder. De lange ventetider betyder, at borgerne ofte må opholde sig i lang tid på et herberg, før der kan etableres en boligløsning, eller at borgerne har en lang periode som sofasovere, hvor det kan være vanskeligt at fastholde kontakten til dem.

Udfordringen med at skaffe boliger til borgere i hjemløshed er ikke særegen for de ældre aldersgrupper – den gælder også for de yngre borgere i kommunerne. Mens man til unge i hjemløshed også har mulighed for at anvise til almene ungdomsboliger, er der for de ældre i hjemløshed stort set kun de små almene familieboliger (typisk små etværelseslejligheder) at anvise, men netop denne boligtype opleves der at være stor mangel på i flere kommuner. Desuden er der også praksisser og dispositioner i nogle af kommunerne, der begrænser mulighederne for at skaffe boliger til borgerne. I et par af kommunerne benyttes lovgivningens muligheder for kommunal boliganvisning af op til hver fjerde ledig almen bolig ikke fuldt ud, mens der også er

kommuner, hvor der er nedlagt en del små almene boliger ved renoveringer og sammenlægninger, hvilket har reduceret tilgængeligheden af små boliger med lav husleje. I en anden af kommunerne er en del almene etværelses familieboliger lavet om til ungdomsboliger for netop at afhjælpe bolig manglen blandt unge, men en ikke-intenderet konsekvens har imidlertid været, at man nu mangler disse boliger til anvisning til midaldrende og ældre i hjemløshed. De interviewede medarbejdere understreger endvidere, at også forhold omkring borgernes forsørgelsesgrundlag og betalingsevne spiller ind på ventetiderne på at få en bolig. Det er generelt vanskeligst at skaffe en bolig til borgerne på kontanthjælp, der har den laveste betalingsevne, mens det derimod tager kortere tid at skaffe en bolig til borgere på førtidspension, der typisk har en væsentligt højere betalingsevne.

Alternative boligløsninger

De fleste af de ældre udsatte borgere i hjemløshed har enten behov for et botilbud pga. en høj kompleksitet i udsathed eller har behov for anvisning til egen bolig, hvor der typisk vil være brug for en tilhørende støtte i et eller andet omfang. Medarbejderne understreger dog, at der også er nogle borgere, der har behov for forskellige andre løsninger. I en af kommunerne benyttes opgangsfællesskaber til en del udsatte borgere, men der er dog en opmærksomhed på, at man let kommer til at koncentrere mange udsatte borgere på ét sted. Der er også borgere, hvor en alternativ bolig – en "skæv bolig" – umiddelbart er den mest hensigtsmæssige løsning, hvilket særligt er tilfældet for borgere med en adfærd eller psykologiske problematikker, der gør det vanskeligt for disse borgere at bo i egen bolig. Nogle interviewpersoner fremhæver dog også, at de skæve boliger ikke er egnede til borgere med betydelige somatiske helbredsproblemer, blandt andet fordi der ofte ikke er plads til, at hjemmeplejen kan komme til i de skæve boliger, og i nogle af kommunerne oplever man, at en del af dem, der i dag begynder at have behov for en plads i et botilbud, er dem, der for fx 10 eller 15 år siden blev placeret i en skæv bolig. Ønsket om alternative boligløsninger genfindes også hos nogle af de interviewede borgere. Selvom de fleste af de interviewede borgere ønsker sig deres egen bolig, er der også nogle af borgerne, der har ønsker om forskellige andre løsninger end både et botilbud eller egen bolig. Der er fx et par af borgerne, der ønsker sig et "tiny house", der er en lille, flytbar bolig, og gerne en bolig, som borgeren selv kan være med til at bygge.

Social støtte i egen bolig

Som nævnt vil forudsætningen for at kunne bo i egen bolig for en del af de udsatte ældre i hjemløshed ud over en boliganvisning også være, at de modtager en passende social støtte i boligen. Der er en del forskel mellem kommunerne på, hvilke former for støtte der er tilgængelige. I nogle af kommunerne varetages en sådan støtte af den almindelige § 85-bostøtte, mens der i andre af kommunerne i større eller mindre grad gøres brug af de specialiserede støtte metoder Critical Time Intervention (CTI), Intensiv Case Management (ICM) eller Assertive Community Treatment (ACT), der er de støttemetoder, der generelt har været udviklet og afprøvet i tilknytningen til Housing First-indsatsen. I nogle af kommunerne opleves det, at den § 85-bostøtte, der kan tilbydes borgere i hjemløshed, der flytter i egen bolig, ikke er tilstrækkeligt intensiv og fleksibel, og at bostøtten typisk afsluttes hurtigt igen, hvis en borger i en periode ikke tager imod støtten. De specialiserede indsatsmetoder er typisk mere intensive, fleksible og vedholdende end den almindelige bostøtte og kan i højere grad tilpasses borgernes aktuelle støttebehov. I flere af de kommuner, der benytter en eller flere af disse specialiserede indsatsmetoder, opleves kapaciteten i disse indsatses dog ikke at modsvare behovet. Eksempelvis har der i en af kommunerne i længere perioder været lukket for tilgang til en af de specialiserede indsatsmetoder, da indsatsen var "fyldt op", og der således kun var plads til at tage nye borgere ind, når en anden borger blev afsluttet.

Samspelet med hjemmeplejen

En del af de udsatte ældre vil have behov for hjælp fra hjemmeplejen. Kun i en enkelt af de otte kommuner er der et særligt hjemmeplejeteam, der er specialiseret i hjemmepleje til udsatte borgere, mens hjemmeplejeopgaverne i de øvrige kommuner varetages af den almindelige hjemmepleje på ældreområdet. I den kommune, der har et specialiseret hjemmeplejeteam til udsatte borgere, opleves dette at være en stor fordel, da medarbejderne i teamet har indgående kendskab til de særlige problematikker og udfordringer blandt udsatte borgere med fx misbrugsproblemer eller dobbeltdiagnoser. I de kommuner, der benytter den almindelige hjemmepleje, sker der i nogle tilfælde en selektion i forhold til, hvilke medarbejdere i den almindelige hjemmepleje der særligt er gode til at håndtere plejen til udsatte borgere. Der er dog også tilfælde, hvor plejeopgaverne giver udfordringer, og hvor den almindelige hjemmepleje ikke vil gå ind til de mest udsatte borgere, fx pga. af ophobning af skrald eller andre årsager omkring hygiejne og arbejdsforhold. I nogle af kommunerne har medarbejdere fra udsatteområdet givet små "kurser" for medarbejderne i hjemmeplejen for at klæde dem bedre på til at håndtere plejeopgaverne for de mest udsatte borgere. Der opleves også udfordringer med hyppige medarbejderskift i hjemmeplejen, og at det ofte er mange forskellige personer fra hjemmeplejen, herunder også helt unge og uerfarne medarbejdere, der kommer ud til borgerne. Endelig opleves der også at være en rigiditet i opgavefordelingen mellem den sociale bostøtte og hjemmeplejen, hvor særligt kravet om et socialpædagogisk udviklingsperspektiv i den sociale bostøtte opleves at stå i vejen for en større samtænkning af den sociale støtte og praktiske hjælp til borgeren i hverdagen.

Forsørgelsesgrundlag

En væsentlig problematik, der beskrives i alle kommunerne, er, at en del ældre udsatte borgere "hænger fast" i kontanthjælpssystemet og ikke har fået tilkendt en førtidspension på trods af en ofte høj kompleksitet i udsathed. Mange af de udsatte ældre er således fortsat på kontanthjælp. I nogle tilfælde fritages de for aktiveringsforpligtelser og/eller fremmødekrav, men for de borgere, hvor det ikke lykkes at blive fritaget fra de forskellige krav, kan det opleves som et stort pres at skulle leve op til disse krav, når man er sidst i 50'erne eller starten af 60'erne og fx har et aktivt misbrug. Medarbejderne i kommunerne oplever generelt et stort efterslæb fra den årrække, hvor det var meget vanskeligt at få tilkendt en førtidspension, men en del oplever dog, at de lovgivningsmæssige lempelser, der er sket i forhold til at få tilkendt en førtidspension, bevirker, at lidt flere i dag får tilkendt en førtidspension end tidligere. Dokumentationskravene i forhold til at få tilkendt en førtidspension beskrives dog fortsat som omfattende, og netop kompleksiteten i borgernes udsathed gør det ofte svært at få tilvejebragt den fornødne dokumentation i form af lægeudtalelser og udredninger. Ud over det pres, som den enkelte borger kan opleve i forhold til beskæftigelsesystemets krav og forventninger, har fraværet af en førtidspension også en stor konsekvens i forhold til muligheden for at etablere en boligløsning for borgeren, da kontanthjælpsmodtagerne som tidligere nævnt har en væsentligt lavere betalingsevne i forhold til huslejeniveauet. Det tager derfor generelt væsentligt længere tid at skaffe en bolig til de ældre udsatte borgere, der stadig er på kontanthjælp. I nogle tilfælde er fraværet af en førtidspension også en barriere i forhold til indskrivning på et botilbud, hvor der i nogle tilfælde er en forholdsvis høj egenbetaling/husleje knyttet til boligen. I disse tilfælde kan det forekomme paradoksalt, at borgeren på den ene side vurderes at have sociale og helbreds-mæssige problematikker, der nødvendiggør ophold på et botilbud eller i en plejebolig, men samtidig ikke i alle tilfælde har fået tilkendt en førtidspension.

Koordination og kompleksitet i borgersager

Kompleksiteten i borgernes problematikker betyder, at et indsatsforløb ofte involverer koordination på tværs af mange forskellige aktører og instanser. I en del tilfælde tager forløbet udgangspunkt i, at borgeren selv har henvendt sig på en § 110-boform, men der er også tilfælde, hvor den første kontakt med borgeren opstår gennem kommunens opsøgende gadeplansmedarbejdere, et værested, en natvarmestue, et hospital, et rusmiddelcenter, jobcentret eller lignende. For mange af borgerne er der tale om en langvarig kontakt med forskellige dele af velfærdssystemet. Ofte tager den kontaktskabende fase tid, hvor medarbejderne forsøger at opbygge en relation til borgeren og skabe den fornødne tillid. I de fleste af kommunerne er der en fremskudt myndighedsfunktion, hvor en myndighedsrådgiver på et tidspunkt bliver koblet på sagen og mødes med borgeren, fx efter en henvendelse fra det herberg, som borgeren opholder sig på. Medarbejderne i de forskellige roller og funktioner oplever ofte, at der er mange udfordringer med at skabe en sammenhængende indsats og en tilstrækkelig koordination i borgerens forløb på tværs af de mange forskellige aktører, der ofte må ind over et borgerforløb. En udfordring, der ofte nævnes, er sikringen af en tilstrækkelig udredning og beskrivelse af borgernes problematikker, for at kunne tildele den støtte og de tilbud, som vedkommende har behov for. Det gælder fx beskrivelser af plejebehov for at kunne blive visiteret til et botilbud, støttebehov for at kunne blive visiteret til bostøtte, boligbehov og betalingsevne for at kunne blive indstillet til en boliganvisning, mangel på arbejdsevne i forhold til at blive indstillet til førtidspension osv. I mange led i denne kæde af krav og indstillinger kan der opstå barrierer og udfordringer, hvor væsentlige krav for at blive godkendt til forskellige former for støtte og hjælp ikke vurderes opfyldt eller ikke er tilstrækkeligt udredt og beskrevet. En særlig udfordring opstår, når chancen for at leve op til systemets krav på ét område afhænger af, om borgeren får tilstrækkelig støtte på et andet område. Det kan fx være, når medarbejderne på socialområdet oplever, at et krav om fysisk fremmøde af borgeren i jobcentrets rehabiliteringsteam undervejs i dokumentations- og sagsbehandlingsprocessen i forhold til en førtidspension kan være vanskelig at imødekomme pga. borgerens ustabilitet, mens jobcentermedarbejdere samtidig oplever, at der fra socialområdet ikke bliver givet støtte nok til, at borgeren er i stand til at honorere de fremmøde- og dokumentationskrav, der stilles. Disse udfordringer og barrierer knyttet til koordination og samarbejde på tværs af mange forskellige aktører er ikke særegne for sagerne med ældre udsatte borgere, men gælder generelt for udsatteområdet. Den høje kompleksitet i borgernes problematikker øger imidlertid risikoen for, at det ikke lykkes at skabe en sammenhængende bolig- og støtteindsats, når kompleksiteten i borgersagerne også mødes af den høje kompleksitet i velfærdssystemets indsatser, begrænsninger i indsatsernes kapacitet og de tilhørende regler og krav, der skal være opfyldt for at kunne få en indsats.

Opmærksomhedspunkter

Undersøgelsen viser, at samtidig med den høje kompleksitet i udsathedens blandt mange af borgerne i målgruppen, bidrager tilstedeværelsen af en række barrierer af strukturel og systemisk karakter til at forstærke hjemløshedeproblematikken blandt udsatte ældre borgere, herunder at borgerne i mange tilfælde befinder sig i unødigt lang tid i en hjemløshedssituation. Såfremt man ønsker at mindske hjemløsheden blandt udsatte ældre, kan der rettes opmærksomhed på at afhjælpe disse strukturelle og systemiske barrierer og særligt på at etablere flere langvarige bolig- og støtteløsninger til målgruppen.

I de kommuner, hvor der er etableret specialiserede botilbud til ældre udsatte borgere med en høj kompleksitet i udsathedens, er der generelt en oplevelse af, at disse tilbud spiller en vigtig rolle i forhold til at kunne imødekomme støtte- og plejebehovene blandt de mest udsatte ældre

borgere, herunder særligt dem med plejebehov samtidig med et fortsat aktivt misbrug. I de kommuner, der ikke har sådanne tilbud, eller hvor der ikke er en tilstrækkelig kapacitet i de eksisterende tilbud, er der derimod større vanskeligheder med at give disse borgere et tilstrækkeligt tilbud. Konsekvensen er i en del tilfælde, at disse borgere får lange ophold på herbergerne, der hverken personalemæssigt eller i forhold til de fysiske rammer er rustede til at kunne imødekomme støtte- og plejebehovene i denne målgruppe. Der kan derfor rettes opmærksomhed mod, at der i de fleste store og mellemstore bykommuner, og i nogle tilfælde også i de mindre bykommuner, kan være et behov for at etablere specialiserede botilbud, hvis de ikke allerede findes, eller etablere flere pladser, hvis kapaciteten i de eksisterende tilbud ikke er tilstrækkelig.

For de udsatte ældre borgere, der primært har behov for en boligløsning, hvor de bor i egen bolig, opleves i mange tilfælde lange ventetider på at få en bolig. Det skyldes både en generel mangel på boliger med en tilstrækkelig lav husleje i en del kommuner eller en utilstrækkelig brug af anvisningsreglerne i nogle kommuner. Hjemløshedsproblematikken blandt udsatte ældre borgere må således også ses i forhold til en generel boligproblematik med knaphed på betalbare almindelige boliger til målgruppen, ligesom der i nogle kommuner (typisk mindre og mellemstore kommuner) også kan være et potentiale for i højere grad at benytte anvisningsreglerne i almenboligloven til at skaffe boliger til ældre borgere i hjemløshed.

Der opleves også barrierer i forhold til den sociale støtte, og særligt når den sociale støtte gives som almindelig bostøtte efter servicelovens § 85, opleves denne støtte i en del tilfælde ikke at være intensiv og fleksibel nok i forhold til at imødekomme borgernes støttebehov. I de kommuner, hvor specialiserede bostøttemetoder som CTI, ICM og ACT benyttes, opleves disse indsatser i højere grad som værende i stand til at imødekomme behovet for en mere intensiv og fleksibel støtteindsats. Men selv i kommuner, der benytter disse indsatser, vurderes kapaciteten i disse indsatser ikke at være tilstrækkelig til, at alle de borgere, der har behov for disse indsatser, kan få dem. Der er derfor generelt et potentiale for at udbrede de specialiserede bostøtteindsatser til flere kommuner og øge kapaciteten i disse indsatser, der hvor de allerede benyttes. Dette potentiale gælder ikke særskilt i forhold til ældre i hjemløshed, men også i forhold til borgere i de yngre aldersgrupper, men den forholdsvis høje kompleksitet i støttebehovene hos mange ældre i hjemløshed peger på, at en stor del af de ældre i hjemløshed ville kunne have gavn af disse indsatser.

I nogle tilfælde kræver en boligløsning i egen bolig også, at der ydes støtte fra hjemmeplejen. Her er der gode erfaringer med at have et specialiseret hjemmeplejeteam særligt henvendt til udsatte borgere, hvilket dog ikke findes i de fleste kommuner. Særligt i nogle større og mellemstore byer ville der kunne etableres et sådant specialiseret hjemmeplejeteam. Der kan også rettes opmærksomhed på et potentiale ved at sikre en større fleksibilitet i opgavevaretagelsen i henholdsvis bostøtten og hjemmeplejen, hvor opgavefordelingen i nogle tilfælde opleves at have en rigiditet, som skaber barrierer for at kunne skabe en helhedsorienteret støtteindsats for borgeren i hverdagen.

Mange af de udsatte ældre er fortsat på kontanthjælp trods en høj kompleksitet i udsatheden. Selvom lempelsen af kravene til at få tilkendt en førtidspension mærkes i kommunerne, opleves kravene til at få tilkendt en førtidspension og de tilhørende krav til dokumentation og udredning fortsat som en stor barriere. Fraværet af en førtidspension har som nævnt særligt den konsekvens, at det er vanskeligere at etablere en boligløsning for borgerne pga. den væsentligt lavere betalingsevne blandt borgere på kontanthjælp. Det gælder både i forhold til en boligløsning i egen bolig og i nogle tilfælde også, at borgere ikke kan blive visiteret til et botilbud, fordi

huslejen er for høj for borgere på kontanthjælp. Fraværet af en førtidspension kan dermed også være med til at forlænge opholdstiden på herberger og forsorgshjem alene pga. den tid, borgerne venter på at kunne få en bolig. Der er således et generelt potentiale for at kunne reducere hjemløsheden blandt udsatte ældre ved at sikre, at flere af de udsatte ældre kan få tilkendt en førtidspension.

Mødet mellem en høj kompleksitet i borgernes udsathed og et komplekst velfærdssystem indebærer generelt et stort behov for koordination og samarbejde mellem forskellige indsatser og aktører. Der er mange led i kæden, hvor der kan opstå udfordringer med at skabe sammenhæng i indsatsen, herunder bureaukratiske udfordringer og barrierer i forhold til at samarbejde på tværs af sektorer. Der kan rettes en opmærksomhed på, at meget specifikke krav til udredning og dokumentation i en del tilfælde bliver en barriere for, at borgeren får en indsats, snarere end at disse krav sikrer, at borgeren får den rette indsats. Undersøgelsen peger således på et behov for at sætte borgerens støttebehov i centrum frem for systemets adgangskrav til, om borgeren kan visiteres til en indsats. I forhold til at skabe sammenhæng i indsatsen kan det også fremhæves, at brugen af integrerede tværfaglige og tværsektorielle teambaserede indsatser generelt er meget begrænset på udsatteområdet i Danmark i dag. Det gælder særligt den tværfaglige ACT-indsats, der består af et tværfagligt, integreret indsatsteam med både socialpædagoger, sygeplejerske, misbrugsbehandler, psykiater, myndighedsrådgiver og jobkonsulent. Mange af de koordinationsudfordringer, der er ved den langt overvejende brug af "ikke-integrerede" indsatser i dag, ville formentlig kunne imødekommes ved en øget brug af tværfaglige integrerede indsatser som ACT-indsatsen. I forhold til ældre udsatte vil der formentlig kunne være et yderligere potentiale ved også at inddrage hjemmeplejefunktioner i en ACT-indsats.

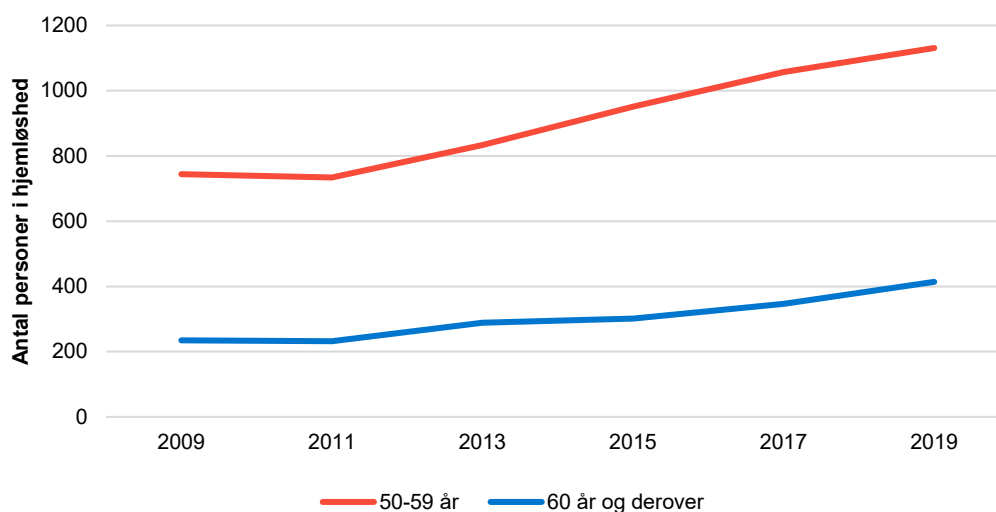
1 Indledning

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af hjemløshed blandt udsatte ældre borgere og af indsatser og tilbud til denne gruppe. Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview med ledere og medarbejdere i udvalgte kommuner samt på forskellige sociale tilbud i disse kommuner. Desuden indgår også et mindre antal kvalitative interview med udsatte ældre borgere i hjemløshed.

1.1 Baggrund

Undersøgelsen tager udgangspunkt i, at der gennem en årrække er sket en stigning i omfanget af hjemløshed i aldersgruppen af borgere på 50 år og derover, og at denne stigning forholds-mæssigt har været kraftigere end stigningen i hjemløsheden som helhed på tværs af alle aldersgrupper. I figur 1.1 er vist udviklingen i hjemløsheden i aldersgrupperne af 50-59-årige og personer på 60 år og derover. Tallene stammer fra de landsdækkende kortlægninger af hjemløshed, der gennemføres hvert andet år, og som opgør antallet af borgere i hjemløshed i en given uge (uge 6) i det pågældende år (Benjaminsen, 2019). Da der blev foretaget en justering af definitionen og afgrænsningen af hjemløshed efter den første kortlægning i 2007, viser figuren udviklingen fra 2009 og frem til 2019. I tabel 1.1 er vist antallet af borgere i hjemløshed ved kortlægningerne fra 2009 og frem til 2019 opgjort særskilt for alle aldersgrupper, samt den procentvise ændring i antallet af borgere i hjemløshed i hver aldersgruppe.

Figur 1.1 Udviklingen i hjemløshed, 2009-2019, i aldersgrupperne af 50-59-årige og personer på 60 år og derover. Antal personer.



Anm.: I figuren er opgjort antallet af personer i aldersgrupperne af 50-59-årige og på 60 år og derover, som er registreret i hjemløshed i de nationale kortlægninger af hjemløshed 2009-2019. Tallene refererer til hjemløsheden målt i uge 6 i de enkelte opgørelsesår.

Kilde: Kortlægning af hjemløshed 2019 (Benjaminsen, 2019, s. 31).

Tabel 1.1 Udvikling i hjemløshed 2009-2019, særskilt for aldersgrupper. Antal og procentvis ændring.

Alder	2009	2011	2013	2015	2017	2019	Procentvis ændring 2009-2019	Procentvis ændring 2017-2019
18-24 år	633	1.002	1.138	1.172	1.278	1.023	62	-20
25-29 år	490	596	617	799	1.014	905	85	-11
30-39 år	1.221	1.155	1.189	1.261	1.328	1.312	7	-1
40-49 år	1.357	1.263	1.414	1.423	1.270	1.365	1	7
50-59 år	744	734	833	951	1.057	1.131	52	7
≥ 60 år	235	232	289	301	347	414	76	19

Anm.: I tabellen er vist antallet af personer i hjemløshed i aldersgrupper fra 18 år og opefter opgjort ved de nationale kortlægninger af hjemløshed, 2009-2019. Tallene refererer til hjemløsheden målt i uge 6 i de enkelte opgørelsesår. Desuden er vist den procentvise ændring 2009-2019 og 2017-2019.

Kilde: Kortlægning af hjemløshed 2019 (Benjaminsen, 2019, s.31).

Figur 1.1 viser, at der er sket en forholdsvis kraftig stigning i hjemløsheden i de ældre aldersgrupper i den 10-årige periode fra 2009 til 2019. Blandt de 50-59-årige blev der ved kortlægningen i 2009 registreret 744 personer i hjemløshed, mens antallet i denne aldersgruppe var steget til 1.131 personer i 2019, svarende til en stigning på 52 % (tabel 1.1). I aldersgruppen på 60 år og derover steg antallet af personer i hjemløshed fra 235 personer ved kortlægningen i 2009 til 414 i 2019, svarende til en stigning på 76 %. Dermed har den procentvise stigning i hjemløsheden i de ældre aldersgrupper været ligeså kraftig som blandt de unge, hvor der også var en kraftig stigning i hjemløsheden i den samlede periode, med en stigning på 62 % blandt de 18-24-årige og 85 % blandt de 25-29-årige. Det er således bemærkelsesværdigt, at den generelle stigning i hjemløsheden fra 2009 til 2019 stort set udelukkende er sket i henholdsvis de yngre og ældre aldersgrupper, mens hjemløsheden har haft et stort set uændret omfang i de mellemliggende aldersgrupper mellem 30 og 49 år. Ydermere viser tabel 1.1 også, at mens stigningen i hjemløsheden blandt de unge toppede i 2017 – med et fald fra 2017 til 2019 – så fortsatte stigningen i hjemløsheden i de ældre aldersgrupper med en stigning fra 2017 til 2019 på 7 % blandt de 50-59-årige og 19 % i aldersgruppen på 60 år og derover.

I 2020 udkom en *Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov* (Rambøll Management Consulting, 2020). Det var en undersøgelse, der blev iværksat af Sundhedsstyrelsen, og som viste, at det kun er cirka halvdelen af landets kommuner, der har særlige indsatser målrettet forskellige grupper af ældre med særlige udfordringer. Blandt andet viste kortlægningen, at 58 % af kommunerne har indsatser til socialt udsatte ældre med "komplekse og sammensatte problemer", mens det er lidt under halvdelen af kommunerne, 45 %, der har indsatser specifikt målrettet ældre i hjemløshed. Kortlægningen viste også, at 35 % af kommunerne vurderede, at udsatte ældre i hjemløshed 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får deres pleje- og omsorgsmæssige behov dækket, mens 29 % af kommunerne svarede 'i nogen grad' og 27 % af kommunerne svarede 'i mindre grad' eller 'slet ikke'. Der er således en betydelig del af landets kommuner, der enten ikke har indsatser til målgruppen eller ikke vurderer, at de eksisterende indsatser er tilstrækkelige til at imødekomme borgernes behov. Kortlægningen pegede desuden på forskellige indsatser, der har karakter af god praksis på området. Det drejer sig om fokuserede hjemmeplejeteams særligt målrettet ældre udsatte borgere, alternative boformer – herunder alternative plejehjem til ældre udsatte borgere med aktivt misbrug, brobyggende indsatser, der har til formål at skabe sammenhæng mellem indsatser, og samværstilbud rettet mod at skabe muligheder for social deltagelse og netværk blandt udsatte æl-

dre borgere. Kortlægningen beskrev de pågældende eksempler på god praksis ud fra eksempler i kommuner, hvor sådanne indsatser findes, men belyste dog ikke nærmere kommunernes udfordringer og muligheder i forhold at etablere sådanne tilbud samt udfordringer og konsekvenser i de tilfælde, at sådanne tilbud ikke findes i kommunerne.

1.2 Undersøgelsens fokus og formål

I denne undersøgelse belyses, hvad der kendetegner målgruppen af udsatte ældre i hjemløshed, ligesom det også afdækkes, hvad der kendetegner indsatserne til ældre borgere i hjemløshed med særligt fokus på muligheder og udfordringer i indsatsen. Konkret belyser undersøgelsen følgende spørgsmål:

- Hvad kendetegner de sociale og helbredsmæssige forhold, herunder kompleksiteten i udsathed, blandt ældre borgere i hjemløshed?
- Hvilke muligheder og udfordringer kan identificeres i indsatser og tilbud for ældre borgere i hjemløshed?
- Hvad kendetegner bolig- og støtteløsninger til udsatte ældre borgere i hjemløshed og hvilke muligheder og udfordringer er der med at skabe langvarige løsninger for borgerne?
- Hvilke organisatoriske muligheder og udfordringer er der med at skabe sammenhæng i indsatsen for ældre borgere i hjemløshed?

I forhold til udsathed i målgruppen lægges der vægt på at belyse, hvad der kendetegner kompleksiteten i udsathed, herunder om der er grupper af ældre i hjemløshed med forskellige former for udsathed, og hvad dette betyder for indsats- og støttebehov.

Hovedvægten i rapporten er lagt på at belyse indsatserne til målgruppen, hvor der særligt ses på, om de eksisterende indsatser til målgruppen giver mulighed for at imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov. Undersøgelsen afdækker udfordringer og barrierer i indsatsen og belyser samtidig, hvilke typer af indsatser og tiltag der kan være med til at styrke muligheden for at skabe sammenhængende indsatser, der kan imødekomme komplekse støttebehov blandt udsatte ældre i hjemløshed. I den forbindelse ses der nærmere på tilstedeværelsen af specialiserede botilbud til ældre udsatte borgere i hjemløshed og på muligheder og udfordringer omkring etableringen af sådanne tilbud. Der ses også på muligheder og udfordringer omkring bolig- og støtteløsninger i egen bolig og på brugen af alternative boligløsninger. Endvidere belyses samarbejds- og snitflader mellem forskellige indsatser og aktører, herunder mellem udsatteområdet, hjemmeplejen, jobcentrene og forskellige behandlingstilbud. Fokus i undersøgelsen er endvidere særligt lagt på at afdække adgangen til permanente boligløsninger og støttetilbud frem for på tilgængeligheden af midlertidige akuttilbud som herberger og varmestuer. Det skyldes et ønske om at afdække tilstedeværelsen af længerevarende indsatser og løsninger, der kan hjælpe borgerne videre fra de akutte og midlertidige tilbud og dermed ud af hjemløshed. Vi vil dog også se på forhold omkring ophold på de midlertidige tilbud, herunder særligt de udfordringer der opstår, når det bliver nødvendigt, at borgerne opholder sig i lang tid på herberger og forsorgshjem, fordi der er udfordringer og barrierer i forhold til at etablere langvarige løsninger.

1.3 Rapportens opbygning

I rapportens kapitel 2 gennemgås undersøgelsens metode og datagrundlag i form af de kvalitative interview med medarbejdere og borgere, der ligger til grund for undersøgelsen. I kapitel 3 afdækkes målgruppen af udsatte ældre borgere i hjemløshed, hvor der ses nærmere på kompleksiteten i problematikker og støttebehov samt på forskellige undergrupper og konstellationer af udsathedsproblematikker i målgruppen. I kapitel 4 afdækkes etableringen af bolig- og støtteløsninger til borgerne, hvor der blandt andet ses på brugen af specialiserede botilbud, bolig- og støtteløsninger i egen bolig, alternative boligløsninger samt konsekvenserne af, når der ikke kan etableres de rette bolig- og støtteløsninger for borgerne. I kapitel 5 afdækkes indsatsens organisering med særligt fokus på koordination, samarbejde og snitfladeproblematikker mellem forskellige indsatser og aktører.

2 Metode og datagrundlag

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview med ledere og medarbejdere i udvalgte kommuner og på sociale tilbud i de samme kommuner. Desuden indgår et mindre antal interview med ældre udsatte borgere med egen hjemløshedserfaring. Hovedvægten i undersøgelsens dataindsamling er lagt på medarbejderinterviewene, da corona-situationen indebærer en væsentlig begrænsning på mulighederne for at gennemføre borgerinterview som led i undersøgelsen.

2.1 Medarbejderinterview

Der er foretaget interview med medarbejdere i otte forskellige kommuner. Kommunerne er udvalgt ud fra at repræsentere forskellige typer af kommuner, og der indgår blandt de otte kommuner både storbykommuner, mellemstore bykommuner og mindre by/landkommuner. Tre af kommunerne er beliggende i Jylland, og fem af kommunerne er beliggende på Sjælland. Kommunerne er udvalgt, så de både repræsenterer kommuner med en forholdsvis omfattende hjemløshedsproblematik og kommuner med en gennemsnitlig hjemløshedsproblematik i forhold til kommunens størrelse og type. Samtidig er der lagt vægt på, at der er en variation mellem kommunerne inden for samme kategori. For eksempel er der blandt de mindre kommuner både en "udkantskommune" med en betydelig lokal udsathed- og hjemløshedsproblematik og en gennemsnitlig mindre bykommune, der som en del mindre kommuner ikke har en omfattende hjemløshedsproblematik.

Kontakten til kommunerne er i de fleste tilfælde foregået ved en forespørgsel til nøglepersoner (ledere eller medarbejdere) på udsatteområdet og i enkelte tilfælde ældreområdet, og forespørgslen har således været stilet til kommunernes driftslag frem for til direktionsniveauet. Nøglepersonerne i kommunerne har derefter været behjælpelige med at udpege øvrige relevante interviewpersoner i kommunen og på sociale tilbud i kommunen. Der har generelt været en stor velvillighed og opbakning til undersøgelsen fra kommunernes side. Ud over de otte kommuner, er der én kommune, der har takket nej til at deltage i undersøgelsen ud fra en vurdering af, at der i denne mindre kommune kun var en meget begrænset problematik omkring ældre borgere i hjemløshed.

Der er i alt foretaget interview med 41 medarbejdere i de otte kommuner og på sociale tilbud i de samme kommuner. Det er forskelligt, hvilke typer af medarbejdere der er interviewet i de forskellige kommuner ud fra, hvilke medarbejdere der i de enkelte kommuner er vurderet at have en særlig viden og indsigt at bidrage med til undersøgelsen. Der er fx tale om medarbejdere i forvaltningen (særligt på udsatteområdet og i nogle tilfælde også på ældreområdet), gadeplansmedarbejdere, visitatorer og myndighedsrådgivere, jobcentermedarbejdere, sociale viceværter, værestedsmedarbejdere og medarbejdere på rusmiddelcentre. Blandt de sociale tilbud er der både interviewet medarbejdere på kommunale tilbud (fx alternative plejehjem og øvrige botilbud) og ikke-kommunale tilbud (fx nogle herberger og væresteder, der drives af civilsamfundsorganisationer). Enkelte sociale tilbud i de pågældende kommuner er kontaktet "uden om kommunen" af hensyn til at sikre en alsidighed i de tilbud, der har indgået i undersøgelsen. Medarbejderinterviewene er i næsten alle tilfælde foretaget som enten video- eller telefoninterview afhængigt af, hvad interviewpersonerne har foretrukket, mens kun et enkelt medarbejderinterview er foretaget ved fysisk fremmøde.

2.2 Borgerinterview

På grund af situationen med covid-19 og nedlukningen hen over vinteren 2020/2021 har det kun i meget begrænset omfang været muligt at foretage interview med borgere i hjemløshed, da der kun i den sidste del af undersøgelsesperioden blev mulighed for at gennemføre nogle få borgerinterview med fysisk fremmøde. En organisation på hjemløshedsområdet har formidlet kontakt til nogle af sine brugere, og disse interview er gennemført som telefoninterview. Enkelte af borgerinterviewene er gennemført med borgere på et herberg med fysisk fremmøde. Der er alt i alt foretaget interview med 13 borgere på 50 år og derover, der for de flestes vedkommende aktuelt befandt sig i en hjemløshedssituation på interviewtidspunktet, mens nogle af borgerne tidligere havde været i hjemløshed, men nu var kommet i bolig.

Nogle af de interviewede borgere kommer fra de samme kommuner, som der er foretaget medarbejderinterview i, men der er også nogle af de interviewede borgere, der kommer fra andre kommuner. Det har været et vilkår ved, at det kun i begrænset omfang har været muligt at foretage interview med fysisk fremmøde, hvorved der ikke har kunnet foretages en rekruttering af borgere til interview på tilbuddene i de enkelte, udvalgte kommuner. Da de interviewede borgere i stedet i overvejende grad er rekrutteret gennem en organisation, blev der også rekrutteret borgere i andre kommuner med henblik på at opnå et tilstrækkeligt antal interview. Det betyder, at eksemplerne fra borgerinterviewene på borgernes oplevelser af de indsatser, de har modtaget, således ikke specifikt er relateret til de otte kommuner, men kan også stamme fra andre kommuner. Dermed kan man ikke tage borgernes oplevelser af indsatserne som udtryk for, hvordan indsatserne fungerer (set fra borgernes synsvinkel) specifikt i de otte kommuner. I stedet bidrager borgerinterviewene med generelle eksempler på de erfaringer og udfordringer, som borgere i hjemløshed kan komme ud for i deres møde med velfærdssystemets indsatser og krav.

2.3 Anonymisering af både kommuner og sociale tilbud

Undersøgelsens problemstillinger omkring kompleksitet i udsatheden og indsatsernes karakter belyses gennem medarbejdernes og borgernes beskrivelser og vurderinger, og der er således ikke tale om en kortlægning og evaluering af den samlede indsats som helhed i de udvalgte kommuner, ligesom der heller ikke er tale om en evaluering af bestemte indsatser. Undersøgelsen har således karakter af en kvalitativ afdækning af undersøgelsens genstandsfelt med særligt fokus på at beskrive udfordringer og løsningsmuligheder i forhold til at kunne give indsatser og tilbud, der kan imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov, og dermed kunne afhjælpe hjemløsheden blandt borgerne i målgruppen.

Da det ikke har været formålet at evaluere indsatsen i den enkelte kommune eller på det enkelte tilbud, men at opnå en generel viden på tværs af forskellige typer af kommuner og indsatser, er kommunerne anonymiseret i rapporten, ligesom der også er foretaget en generel anonymisering af alle sociale tilbud, medarbejdere og borgere, der har medvirket i undersøgelsen. Et vigtigt hensyn har i den sammenhæng været at skabe en tryghed i forhold til, at medarbejderne har kunnet beskrive udfordringer og barrierer i indsatsen lokalt og i deres egen kommune eller i forbindelse med det tilbud, hvor de selv er ansat. Det er væsentligt i forhold til at kunne give et fyldestgørende og retvisende billede af udfordringer med mangel på bestemte typer af tilbud, kapacitetsbegrænsninger og ventetider på at få en indsats, og i forhold til udfordringer generelt med at kunne imødekomme borgernes støttebehov i kommunen og på de sociale tilbud.

2.4 Analysens rækkevidde og begrænsninger

Anonymiseringen af kommunerne og de sociale tilbud betyder generelt, at der ikke foretages en særskilt gennemgang af problematikken og indsatserne i hver enkelt kommune, da det ville give en for stor genkendelighed af den enkelte kommune og af sociale tilbud og interviewpersoner. I stedet benyttes eksempler fra de enkelte kommuner til at tegne et billede af forskellige tematikker og problematikker på tværs af kommunerne, fx til at beskrive, hvordan der i nogle kommuner er specialiserede botilbud til målgruppen, mens der i andre kommuner ikke findes sådanne tilbud.

Det er ud fra det kvalitative interviewmateriale endvidere ikke muligt at sætte tal på de forskellige problematikker, der afdækkes i kommunerne, som fx manglen på specialiserede botilbud i nogle af kommunerne. På den måde rummer undersøgelsens analyser ikke en kapacitetsanalyse af de pågældende problematikker. Ligeledes er det ikke ud fra eksemplerne muligt at vurdere forekomsten af de forskellige problematikker på landsplan. De otte kommuner er dog udvalgt, så de generelt repræsenterer ret typiske kommuner, hvor vi må forvente, at lignende udfordringer og problematikker vil gøre sig gældende i andre kommuner. På den måde kan eksemplerne generelt være med til at illustrere en række barrierer og udfordringer, som man støder på i forbindelse med at skabe langvarige bolig- og støtteløsninger og sammenhæng i indsatserne for de mest udsatte ældre borgere i hjemløshed.

3 Profil af ældre borgere i hjemløshed

I dette kapitel afdækkes, hvad der kendetegner gruppen af borgere i hjemløshed på 50 år og derover. Indledningsvis rammesættes kapitlet med opgørelser fra den seneste kortlægning af hjemløshed, der tegner et billede af omfanget af fysisk sygdom, psykiske lidelser og misbrugsproblemer blandt ældre i hjemløshed, ligesom vi også inddrager oplysninger om hjemløshedens varighed. Derefter ser vi på interviewpersonernes beskrivelser af udsathed i gruppen, og hvilke problematikker interviewpersonerne oplever i målgruppen. Karakteristikken af udsathed i målgruppen er primært baseret på medarbejdernes beskrivelser og vurderinger af målgruppen som helhed, mens borgerinterviewene primært inddrages med eksempler på, hvordan nogle af de interviewede borgere har oplevet forskellige problematikker i deres liv, og hvordan de er kommet ud i hjemløshed.

3.1 Komplexitet i udsathed

Forskningslitteraturen peger generelt på, at socialt udsatte ældre ofte har en høj kompleksitet i udsathed med kombinationer af psykiske vanskeligheder, misbrugsproblemer, fysiske helbredsproblemer og øvrige sociale problematikker (Ege, 2011; Ahlmark m.fl., 2018). Samtidig er der ofte tale om en udsathed, der har udviklet sig over et langt livsforløb (Christensen & Larsen, 2012). Når vi specifikt ser på gruppen af ældre borgere i hjemløshed, er der generelt en høj andel med psykiske lidelser, fysiske lidelser og misbrugsproblemer (Benjaminsen, 2019). Tabel 3.1 er baseret på den seneste kortlægning af hjemløshed fra 2019 og viser andelen af borgere i hjemløshed med fysiske og psykiske lidelser, samt andelen med misbrugsproblemer, herunder forskellige typer af misbrug, blandt henholdsvis de 50-59-årige og dem på 60 år og derover, samt desuden for alle aldersgrupper som helhed. Tabellen er endvidere opdelt på mænd og kvinder, da der er en væsentlig forskel på mænd og kvinder i hjemløshed i forhold til forekomsten af henholdsvis misbrugsproblemer og psykiske lidelser.

Tabel 3.1 Andel med psykisk lidelse, fysisk lidelse og misbrugsproblemer blandt mænd og kvinder i hjemløshed, særskilt for 50-59-årige, 60-årige og derover, samt for alle aldersgrupper under ét. Procent.

	Mænd			Kvinder		
	50-59 år	60 år og derover	Alle aldersgrupper under ét	50-59 år	60 år og derover	Alle aldersgrupper under ét
Psykisk lidelse	45	43	56	59	63	66
Fysisk lidelse	39	44	24	34	46	26
Misbrugsproblem	68	61	69	54	33	54
- alkohol	53	52	36	44	28	31
- hash	27	16	41	19	11	29
- narkotika ¹	14	6	25	9	7	21
- medicin	7	2	8	7	2	9
I substitutionsbehandling	7	5	8	6	4	8

Anm.: I tabellen er opgjort andelen blandt borgere i hjemløshed med hhv. en psykisk lidelse, en fysisk lidelse eller et misbrugsproblem, samt andelen i substitutionsbehandling særskilt for hhv. de 50-59-årige, dem på 60 år og derover samt for alle aldersgrupper (18 år og derover) under ét. Tabellen er opdelt på mænd og kvinder.

Note: 1) Narkotika dækker over fx heroin, kokain og amfetamin.

Kilde: Kortlægning af hjemløshed 2019 (Benjaminsen, 2019, s. 64-68).

Tabel 3.1 viser, at der blandt de midaldrende og ældre mænd i hjemløshed er en høj andel med misbrugsproblemer, ligesom det også er tilfældet for mænd i hjemløshed generelt på tværs af aldersgrupper. Blandt de 50-59-årige mænd i hjemløshed har 68 % et misbrugsproblem, mens denne andel er 61 % blandt mænd i hjemløshed på 60 år og derover. 53 % af de 50-59-årige mænd i hjemløshed har et alkoholmisbrug, men der er også 27 % med et hashmisbrug og 14 %, der har et misbrug af hårde stoffer som fx heroin, kokain eller amfetamin. Blandt mænd i hjemløshed på 60 år og derover er andelen med alkoholmisbrug stort set lige så høj med 52 %, mens andelen med misbrug af hash eller hårde stoffer er noget lavere med hhv. 16 og 6 %. Andelen med misbrugsproblemer er noget lavere blandt kvinderne end blandt mændene med 54 % blandt de 50-59-årige kvinder i hjemløshed og 33 % blandt kvinder på 60 år og derover. Derimod er andelen med en psykisk lidelse væsentligt højere blandt kvinderne end mændene. Blandt de 50-59-årige kvinder i hjemløshed har 59 % en psykisk lidelse, og blandt kvinder i hjemløshed på 60 år og derover har 63 % en psykisk lidelse. Blandt mændene er de tilsvarende andele med en psykisk lidelse hhv. 45 % og 43 % i de to aldersgrupper. Hvor det for de midaldrende og ældre mænd i hjemløshed således særligt er misbrugsproblemerne, der er fremtrædende, er der blandt de ældre kvinder i hjemløshed særligt en høj andel med psykiske lidelser. Derudover ser vi også blandt både de ældre mænd og kvinder i hjemløshed en betydelig andel med fysiske helbredsproblemer. Blandt mænd i hjemløshed er andelen med en fysisk lidelse på 39 % blandt de 50-59-årige og 44 % blandt mænd på 60 år og derover, mens de tilsvarende andele blandt kvinder i hjemløshed er hhv. 34 % og 46 % i de to aldersgrupper. Tallene understreger, at de fysiske helbredsproblemer sætter tidligt ind, idet der allerede fra 50-årsalderen og opefter er en betydelig andel med fysiske helbredsproblemer. Tabel 3.1 viser dog også, at der både blandt de ældre mænd og kvinder i hjemløshed desuden er en gruppe, der ikke er angivet med fysiske helbredsproblemer. For nogle er det således primært de psykiske problematikker og/eller misbrugsproblemerne, der er fremtrædende uden at dette (endnu) har resulteret i alvorlige fysiske helbredsproblemer. Det samme billede sås i SUSY Udsat 2017, som er en undersøgelse af sundhed, sygelighed og trivsel blandt socialt udsatte i Danmark, hvor 61 % af de 55-80-årige respondenter i hjemløshed havde en positiv selv vurdering af helbredet og vurderede deres helbred til at være enten 'fremragende', 'vældig godt' eller 'godt' (Ahlmark m.fl., 2018, s. 43). Det understreger generelt, at der er en forskellighed i udsathed- og helbredsprofilen i målgruppen som helhed.

Kortlægningerne af hjemløshed har også tegnet et billede af varigheden af hjemløsheden i forskellige grupper. I tabel 3.2 er opgjort varigheden af hjemløsheden i de forskellige aldersgrupper, hvor vi også har medtaget oplysninger for hver af de yngre aldersgrupper (denne opgørelse er ikke opdelt på køn).

Tabel 3.2 Borgere i hjemløshed fordelt efter varigheden af deres hjemløshed. Særskilt for aldersgrupper. Procent og antal.

Alder	0-3 mdr.	4-11 mdr.	1-2 år	Mere end 2 år	I alt, procent	I alt, antal
18-24 år	26	43	20	11	100	847
25-29 år	19	38	25	18	100	744
30-39 år	19	33	20	28	100	1.059
40-49 år	17	30	21	32	100	1.139
50-59 år	16	29	18	37	100	970
≥ 60 år	15	21	25	39	100	361
I alt	19	33	21	27	100	5.120

Anm.: I tabellen er opgjort varigheden af hjemløsheden, særskilt for aldersgrupper. Der er et 'internt bortfald' (fravær af oplysninger om alder og/eller varighed af hjemløsheden) for 1.298 personer.

Kilde: Kortlægning af hjemløshed, 2019 (Benjaminsen, 2019, s. 36).

Tabel 3.2 viser, at der blandt de midaldrende og ældre i hjemløshed generelt er en forholdsvis høj andel med langvarig hjemløshed. I aldersgrupperne af 50-59-årige og blandt dem på 60 år og derover er der således en væsentligt højere andel, der har været i hjemløshed i mere end 2 år, med 37 % blandt de 50-59-årige og 39 % blandt dem på 60 år og derover, mens denne andel er 27 % for alle aldersgrupperne under ét, og væsentligt lavere i de yngre aldersgrupper. Der er dog også en del af de midaldrende og ældre i hjemløshed, der er kommet ud i hjemløshed for forholdsvis nylig, men denne andel er generelt lavere i de midaldrende og ældre aldersgrupper end i de yngre aldersgrupper.

3.2 To grupper af ældre borgere i hjemløshed

Medarbejderne i kommunerne og på de sociale tilbud oplever generelt, at mange ældre borgere i hjemløshed har en høj kompleksitet i udsathed, men understreger samtidig, at borgerne også er en meget heterogen gruppe med en variation i graden af udsathed og en individualitet i problematikkerne. Et gennemgående træk i medarbejdernes beskrivelser er, at de ser to forskellige grupper af ældre borgere i hjemløshed. Den ene gruppe består af borgere, der har oplevet en langvarig udsathed gennem det meste af livet, og som typisk også har langvarige erfaringer med hjemløshed, mens den anden gruppe er ældre, der debuterer i hjemløshed i en forholdsvis høj alder. Det kan være med til at forklare mønstret, som vi ser i forhold til varigheden af hjemløsheden i kortlægningen (tabel 3.2), hvor der som nævnt både er borgere med langvarig hjemløshed og borgere, der kun har været i hjemløshed forholdsvis kort tid.

Den førstnævnte gruppe er meget udsatte borgere, der i mange år har kæmpet med misbrugsproblemer og psykiske vanskeligheder, og som nu er blevet "ældre og dårligere", som en interviewperson udtrykker det. Det er borgere, der ofte har udviklet alvorlige fysiske helbredsproblemer som følge af mange års misbrug. De har typisk også en langvarig hjemløshedshistorik med ophold på herberger og forsorgshjem. I denne gruppe af ældre i hjemløshed med en langvarig udsathed bag sig sker der typisk en tidligere aldring end i almenbefolkningen, og allerede fra 50'erne og frem har mange i denne gruppe alvorlige somatiske helbredsproblemer, og en del udvikler forholdsvis tidligt besludte plejebehov.

Den anden gruppe af ældre i hjemløshed er dem, der kommer ud i hjemløshed forholdsvis sent i livet. Det er som oftest borgere, der har været ude for en livsændrende situation som fx ægtefællens død eller en skilsmisse. Der er også borgere, som har mistet arbejdet, eller som har oplevet et stort tab af netværk og daglig kontakt med andre mennesker ved overgangen til efterløn eller pension. Disse borgere har typisk været ude i en form for social deroute, der har været lang tid undervejs, og hvor de på et tidspunkt er stoppet med at betale husleje og har mistet boligen. Denne gruppe af borgere har ofte svært ved at benytte forsorgshjemmene. De er fx ikke vant til at færdes i misbrugsmiljøerne og bliver ofte udnyttet af de andre beboere. Selvom borgerne i den sidstnævnte af de to grupper ikke har en ligeså omfattende og langvarig udsathed bag sig som borgerne i den første gruppe, er der dog ofte tale om borgere, der er forholdsvis svækkede i forhold til deres alder, og som typisk har forskellige problematikker og udfordringer. Særligt har mange af mændene i denne gruppe et betydeligt alkoholforbrug, mens der for kvindernes vedkommende i højere grad er tale om psykiske udfordringer, bl.a. er der en del, som ikke "vil i kontakt med psykiatrien", som en interviewperson udtrykker det.

Tilstedeværelsen af de to grupper – henholdsvis dem med en langvarig udsathed og hjemløshedserfaring, og dem, som er debuteret i hjemløshed sent i livet – er som nævnt et gen-

nemgående træk i interviewmaterialet og på tværs af kommunerne. I en af kommunerne vurderes det fx, at de to grupper er nogenlunde lige store. Ud over de to grupper af ældre i hjemløshed betoner mange interviewpersoner dog samtidig forskelligheden i borgernes profil. Der er således både borgere, som er meget udsatte og har en meget høj kompleksitet i udsathed, og borgere med en mere moderat grad af udsathed, ligesom der er forskel på, hvilke problematikker der er fremtrædende hos borgerne. Denne variation i udsathed og problematikkerne har samtidig en stor betydning i forhold til, hvilke støttebehov borgerne har, og dermed også, hvilke typer af indsatser de ønsker og har behov for.

3.3 Fysiske og psykiske helbredsproblemer

Udsathed blandt ældre borgere i hjemløshed knytter sig i høj grad til samspillet mellem forskellige former for helbredsproblemer, hvor mange i målgruppen har dobbelt- eller trippelproblematikker mellem psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsproblemer. Der er dog forskellige grader og konstellationer af disse problematikker. Ifølge de interviewede medarbejdere er der en del af borgerne i målgruppen, der primært har en misbrugsproblematik, mens der for andre er der tale om en kompleks dobbeltdiagnose-problematik, hvor borgeren både har en egentlig psykisk lidelse og et samtidigt misbrugsproblem. I begge grupper kan der desuden være fysiske helbredsproblemer, som forøger kompleksiteten, og interviewpersonerne fremhæver generelt den "tidlige aldring" blandt dem med et mangeårigt misbrug bag sig.

De interviewede medarbejdere oplever generelt, at misbrug af rusmidler er fremtrædende i målgruppen, men fremhæver også, at der er en betydelig variation i misbrugsproblematikkerne. For nogle er der tale om et massivt alkoholmisbrug, for andre et kombineret hash- og alkoholmisbrug, mens en tredje gruppe er dem med et langvarigt stofmisbrug, hvoraf en del er i substitutionsbehandling. Der er også en del med blandingsmisbrug, herunder medicinmisbrug med fx benzodiazepiner. I forhold til misbruget af hårde stoffer fremhæves de ændringer, der generelt er sket i stofmisbruget over de senere årtier, hvor særligt misbruget af kokain og amfetamin er blevet mere udbredt og omfattende, også blandt nogle af de midaldrende og ældre borgere. Det er medvirkende til, at flere end tidligere har udadreagerende adfærd. Som nævnt er der også en væsentlig forskel på, om hjemløsheden hænger sammen med en mangeårig udsathed og langvarigt misbrug, eller om der er tale om en social deroute i en sen alder, og hvor et eskalerende alkoholmisbrug (men sjældent et stofmisbrug) ofte er en del af et sådant forløb.

De psykiske helbredsproblemer spænder over mange forskellige lidelser og tilstande. Det er særligt psykiske lidelser i kombinationen med misbrugsproblemer, der giver en høj kompleksitet i udsathed. For nogle er der tale om svære psykiske lidelser, som skizofreni eller bipolar lidelse, hvor medarbejderne også ofte oplever en lav sygdomserkendelse hos borgerne. Misbruget bliver for mange en form for selvmedicinering, der blot forstærker både den psykiske lidelse og bidrager til en svær marginalisering. Ud over dem med svære psykiske lidelser i skizofreni- og psykosespektret er der også mange af borgerne, der har kombinationer af misbrug og forskellige former for personlighedsforstyrrelser, samt kognitive tilstande som ADHD. For en del af de borgere, der umiddelbart primært har en misbrugsproblematik, vil der også være tale om forskellige former for underliggende og ofte udiagnosticerede psykiske problematikker, hvor netop kombinationen med misbruget er en stor barriere for at få foretaget en psykiatrisk udredning. Ud over forskellige former for psykiske lidelser oplever medarbejderne også, at en del af borgerne i målgruppen har kognitive og neurologiske skader, som fx alkoholdemens pga. det langvarige misbrug eller som følge af hjerneskrader efter fald, ulykker eller skader pga. vold.

Ser vi på de fysiske helbredsproblemer, er der for mange i målgruppen tale om, at kroppen er slidt af mange års misbrug, og der optræder ofte alvorlige følgesygdomme som fx hjertekar-sygdomme, leverlidelser, lungesygdomme (herunder KOL), infektionssygdomme, sårtilstande mv. Allerede hos borgere i starten af 50'erne ses der ofte betydelige fysiske helbredsproblemer og deciderede plejebenhov i en del af målgruppen, men de interviewede medarbejdere understreger samtidig, at der er stor forskel i omfanget og graden af de fysiske helbredsproblemer, og at det langt fra er alle i målgruppen, der har plejekrævende problematikker. I forbindelse med de fysiske helbredsproblemer fremhæver mange af medarbejderne, at det også spiller en væsentlig rolle, at borgere med stofmisbrug typisk lever længere i dag end tidligere, hvilket betyder, at de i højere grad når en alder, hvor alvorlige fysiske helbredsproblemer sætter ind, og at de ofte lever flere år med disse problematikker end tidligere. Den højere levealder betyder ifølge medarbejderne også, at flere når at udvikle demenstilstande som følge af misbruget.

3.4 Økonomi og forsørgelsesgrundlag

Ud over de helbredsmæssige problematikker er også økonomi og forsørgelsesgrundlag en væsentlig dimension i forhold til borgernes livssituation. Her viste kortlægningen af hjemløshed fra 2019, at der blandt de 50-59-årige i hjemløshed var 59 %, der modtog kontanthjælp, mens 23 % modtog førtidspension. Blandt dem på 60 år og derover modtog 37 % kontanthjælp, 24 % var på førtidspension, mens 27 % modtog folkepension (Benjaminsen, 2019, s. 38). Desuden var der en lille gruppe med lønindkomst, samt en gruppe, der ikke havde nogen fast indkomst. Flere af de interviewede medarbejdere beskriver, hvordan en del udsatte borgere i 50- og 60-årsalderen fortsat "hænger fast" i kontanthjælpssystemet, på trods af en forholdsvis omfattende udsathed. Ifølge medarbejderne har en længere årrække, hvor det var meget vanskeligt at få tilkendt en førtidspension, betydet, at selv mange borgere med komplekse problematikker, som fx en samtidig psykisk lidelse og et misbrug, fortsat er på kontanthjælp. En del interviewpersoner oplever dog, at det er blevet "lidt lettere" at få en førtidspension i løbet af det sidste par år.

Når borgerne fortsat er på kontanthjælp, har det flere forskellige konsekvenser. Først og fremmest har det stor betydning, hvad angår betalingsevnen i forhold til en boligløsning, hvor det generelt er lettere at skaffe en bolig til borgere på førtidspension, der kan betale en noget højere husleje end borgere på kontanthjælp. Samtidig oplever medarbejderne, at det bidrager til kompleksiteten i borgerens situation at skulle leve op til de krav og regler, som stilles fra jobcentrene. Disse problematikker knyttet til borgerens økonomiske situation og forsørgelsesgrundlag belyses nærmere i kapitel 4 og 5, hvor der ses på henholdsvis muligheder og udfordringer omkring at etablere bolig- og støtteløsninger til borgerne og på forhold omkring det tværsektorielle samarbejde og snitfladeproblematikker mellem forskellige dele af velfærdssystemet.

3.5 Borgernes oplevelse af vejen ud i hjemløshed

I borgerinterviewene fortæller interviewpersonerne om, at vejen ud i hjemløshed som oftest er startet med, at de har mistet den bolig, de havde. En del af borgerne fortæller om langvarige hjemløshedserfaringer, og nogle har prøvet at miste en bolig flere gange. For de fleste af de interviewede borgere er der tale om en langvarig udsathed. For nogle af borgerne har psykiske helbredsproblemer haft væsentlig betydning for deres forløb. For andre er det særligt misbrugsproblemer, der har bevirket, at de på et tidspunkt har mistet grebet om tilværelsen, og ofte er der tale om et samspil mellem flere forskellige faktorer på én gang. Nogle af borgerne fortæller

om, at de tidligere har haft en tilknytning til arbejdsmarkedet, men at der skete forskellige ting i deres liv, som gjorde det vanskeligt at fastholde arbejdet. Mange af borgerne fortæller også om, at de har oplevet, at det undervejs i deres forløb har været vanskeligt at få den hjælp, som de har haft brug for – fx i forhold til psykiske problemer, i forhold til forsørgelsesgrundlag og kontakt med jobcentret, og i særdeleshed i forhold til at få en ny bolig. Ofte er der tale om et samspil mellem borgernes personlige udfordringer og de barrierer, de møder i det offentlige velfærdssystem. Som fx når krav og sanktioner fra jobcentret betyder, at de ikke kan betale husleje og bliver sat ud af boligen, eller når de oplever ikke at få tilstrækkelig hjælp og støtte i forhold til psykiske helbredsudfordringer. Når først borgerne er kommet ud i hjemløshed, kan det være vanskeligt at komme ud af hjemløshedssituationen igen, blandt andet fordi det er vanskeligt at få en ny bolig, og fordi borgerne oplever mange hindringer for at få hjælp.

Snubletråde i livet og i mødet med velfærdssystemet

En borger i 50'erne fortæller, at han for noget tid siden er kommet ud i hjemløshed for tredje gang. Alle tre gange har der været tale om, at han har mistet en bolig. Han fortæller om anden gang, han blev "smidt ud" af en lejlighed, hvor han var blevet trukket i kontanthjælp, hvilket ifølge borgeren skyldtes, at han "havde lavet frivilligt arbejde", som han udtrykker det. På grund af sanktionen fra jobcentret kunne han ikke betale huslejen, og blev sat ud af fogeden. Borgeren fortæller, at der var mange folk, der kom og smed ham ud – politifolk, sociale ansatte fra kommunen, flyttefolk og varmemesteren. Inden da havde han boet på et herberg i knap et halvt år, og det var herberget, der havde hjulpet ham med at få en lejlighed. Ifølge borgeren fik han "ingen hjælp", da han blev sat ud af boligen og boede "på gaden" i over 1 år. På et tidspunkt lykkedes det borgeren selv at finde en kælderlejlighed, hvor han havde boet et stykke tid, da kommunen imidlertid erklærede kælderlejligheden uegnet til beboelse, hvorefter han blev "smidt ud igen", som han udtrykker det. Ifølge borgeren har kommunen "intet gjort bagefter – ikke givet nogen hjælp og støtte". Han fortæller, at han nu i en periode har boet på et vandrerhjem, og at det er "fint nok at være der – det er tag over hovedet", men han vil "hellere have sit eget sted". Han fortæller, at vandrerhjemmet "ikke er præget af uroligheder, som det ville have været på en natvarmestue – men det er stadig en nødløsning". Senest har borgeren nu fundet en lejlighed gennem "BoligPortalen", som han ville kunne leje for 5.900 kr. om måneden, men han påpeger, at det vil være vanskeligt at få råd til huslejen. Borgeren fortæller også, at den lange periode med gentagne hjemløshedsepisoder har været hårdt, og at han undervejs i forløbet ofte har haft selvmordstanker.

En anden borger, der ligeledes er i 50'erne, fortæller, at han har ADHD, og at han på et tidspunkt fik en svær depression. Han ryger hash om morgenen, og beskriver selv dette som "selvmedicinering". Han fortæller, at han skal bruge cirka 3.000 kroner på hash om måneden, for at holde symptomerne på sin ADHD i ro. Tidligere i sit liv har han i perioder haft arbejde, hvor der typisk har været tale om hårdt fysisk arbejde som fx skraldemand og flyttemand. Da han på et tidspunkt fik en fysisk skade, kunne han imidlertid ikke længere arbejde. Han ville gerne have haft "noget udredning og psykologhjælp", men han fik "ingen hjælp, fik afslag på en psykiater og fik kun nogle piller", som han udtrykker det. Efter en periode på sygedagpenge kom han på kontanthjælp. Borgeren fortæller i den forbindelse om et langstrakt forløb med jobcentret – et forløb, som borgeren har oplevet som vanskeligt. Borgeren fortæller, at han samtidig med depressionen også fik social angst. På jobcentret fik han at vide, at "du skal i gang med at lave noget, ellers trækker vi dine penge". Han fik at vide, at han skulle i et jobtræningsprogram, som led i et ressourceforløb, men som han siger: "Jeg skulle kraftedeme ikke jobtrænes". Borgeren fortæller, at han til sidst "blev sur og solgte alle sine ting". Nu bor han i et kolonihavehus, men siger dog til jobcentret, at han overnatter på sofaen rundt omkring – "Hvis jeg har et fast sted, ville de sende mig i arbejde", som han siger. Han oplever, at det først er efter, at han er kommet ud i hjemløshed, at han "har fået lov til at passe mig selv" (for jobcentret). Ifølge borgeren har kommunen ikke hjulpet med en bolig. Han har sagt til sagsbehandleren på kommunen, at "de godt må finde en bolig – men den skal være til under 4.000 om måneden – og det kan kommunen ikke", som han udtrykker det.

4 Bolig- og støtteløsninger

I dette kapitel belyser vi indsatserne til ældre borgere i hjemløshed med et særligt fokus på muligheder og udfordringer i forhold til at etablere bolig- og støtteløsninger, der kan imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov. Hvilke bolig- og støtteløsninger borgerne ønsker og har behov for, hænger i høj grad sammen med karakteren og kompleksiteten af deres støttebehov. Det gælder fx i forhold til, om borgeren er i stand til at bo i egen bolig med den fornødne praktiske og sociale støtte, eller om støttebehovene, herunder eventuelle plejehjem, betyder, at borgeren har behov for et botilbud. Samtidig har borgerne også individuelle præferencer, fx i forhold til at bo i en almindelig lejlighed eller i andre boligformer, som opgangsfællesskaber eller alternative boligformer. Det er dog ikke altid, at borgerens ønsker og behov kan imødekommes inden for kommunens tilbudsvifte og de muligheder, der er tilgængelige i lokalområdet. Særligt ventetider til almindelige boliger og mangel på forskellige former for botilbud sætter begrænsninger i de fleste af kommunerne. Det er imidlertid forskellige udfordringer, der gør sig gældende på tværs af kommunerne. Nogle kommuner har udfordringer både i forhold til at skaffe almindelige boliger og i forhold til kapaciteten i forskellige former for botilbud, mens andre kommuner primært har udfordringer med den ene eller anden type af løsninger. Samtidig kan der identificeres barrierer i forhold til at etablere forskellige typer af tilbud, herunder i forhold til finansieringsformer, tilsynsvilkår, og hvordan den støtte, borgerne har behov for, kan gives i forskellige typer af tilbud. I kapitlet vil vi først se på tilgængeligheden af forskellige former for botilbud og erfaringerne med at etablere disse tilbud, hvorefter vi ser på erfaringer og udfordringer i forhold til en boligløsning i egen bolig og de tilhørende støtteløsninger. Desuden ser vi på forskellige øvrige boligformer og alternative boliger.

4.1 Botilbud til ældre udsatte borgere

En del ældre udsatte borgere har for massive støttebehov til at kunne bo i egen bolig. Særligt når plejehjemsbehovene bliver for omfattende til, at borgeren kan bo i egen bolig, vil det typisk være nødvendigt med et egentligt botilbud. I den sammenhæng er en central problematik, at borgere med et fortsat aktivt misbrug sædvanligvis ikke kan bo i de almindelige plejetilbud (plejehjem, ældreboliger mv.) pga. misbruget og de adfærdsmønstre, der følger med et misbrug. Samtidig er det ikke hensigtsmæssigt, at borgere i 50-60-årsalderen bor på et almindeligt plejehjem med ældre i 80- og 90-årsalderen. I nogle af kommunerne, hvor vi har foretaget interview, er der etableret særlige botilbud i form af alternative plejehjem eller andre botilbudslignende tilbud til netop denne målgruppe. Der er imidlertid også nogle af kommunerne, der ikke har sådanne tilbud. Der er generelt en stor forskel mellem kommunerne på, om interviewpersonerne oplever, at der er de tilbud, der er behov for, eller der ikke er. I nogle af kommunerne beskriver medarbejderne, at der er en rimelig dækning med specialiserede botilbudspladser til udsatte borgere med komplekse støtte- og plejehjemsbehov. I disse kommuner har man typisk over en årrække etableret tilbud særligt målrettet denne gruppe, og i flere af kommunerne er der en lille tilbudsvifte med forskellige botilbud til målgruppen. Der er imidlertid også nogle af kommunerne, hvor der slet ikke findes denne slags tilbud, og hvor det giver udfordringer, at disse borgere ikke kan placeres på de almindelige plejehjem pga. deres udsathed og et fortsat misbrug. I disse kommuner beskrives det, hvordan der i nogle tilfælde må købes udenbys pladser til disse borgere med komplekse støtte- og plejehjemsbehov, enten på private tilbud eller i andre kommuner. Medarbejderne fortæller dog også om, hvordan det i nogle tilfælde kan være en udfordring at få disse tilbud bevilget, da der typisk er tale om "dyre pladser".

4.1.1 Forskellige typer af bo- og plejetilbud

I forhold til forskellige typer af botilbud kan der skelnes mellem botilbud under serviceloven (midlertidige botilbud under SEL § 107 og længerevarende botilbud under SEL § 108) og botilbudslignende tilbud under almenboliglovens § 105. Under SEL § 108 kan der blandt andet etableres alternative plejehjem, der er henvendt til udsatte borgere, der allerede i en tidlig alder (fra 50- eller 60-årsalderen) har udviklet egentlige plejebehov, men som ikke kan bo på et almindeligt plejehjem pga. et fortsat aktivt misbrug. Botilbud under SEL § 107 er midlertidige botilbud, der fx kan anvendes til borgere, hvor der vurderes at være et udviklingsperspektiv, fx en mulighed for, at borgeren efter et ophold i et botilbud på et tidspunkt kan flytte i egen bolig. Botilbud under SEL §§ 107 og 108 kan generelt etableres til mange forskellige målgrupper af borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser og til borgere i forskellige aldersgrupper. I forhold til målgruppen af udsatte ældre med komplekse støttebehov vil også botilbud til borgere med dobbeltdiagnose (psykisk lidelse og samtidigt misbrug) være et relevant tilbud, der ligeledes kan etableres som midlertidige eller længerevarende botilbud under serviceloven. Botilbuddene under serviceloven er generelt visiterede tilbud med fastansat personale. Der kan både være socialpædagogisk personale og social- og sundhedsfagligt personale, ligesom der også kan være andre faggrupper tilknyttet. Botilbudslignende boliger under almenboliglovens (ABL) § 105 kan også anvendes til udsatte borgere med forskellige problematikker, med adskillig sig på flere punkter fra botilbud under serviceloven. I ABL § 105-boliger har beboerne egen lejekontrakt, og støtten kommer "udefra" og gives typisk som individuel social støtte (bostøtte) under servicelovens § 85, evt. i kombination med hjemmeplejeydelser under servicelovens § 83. Der kan evt. også være sociale viceværter ansat på disse tilbud. Ud over disse typer af botilbud kan udsatte ældre også benytte tilbud under plejeboligloven (plejehjem og plejeboliger mv.). I den sammenhæng findes der ud over almindelige plejehjem også i en del af landets kommuner forskellige specialplejehjem, der vil kunne være henvendt borgere, der falder ind under undersøgelsens målgrupper. Det gælder fx specialplejehjem for borgere med alkoholdemens.

I flere af kommunerne findes der specialiserede botilbud eller botilbudslignende boliger til udsatte ældre med komplekse støttebehov, samt i nogle tilfælde også specialplejehjem. Enkelte af disse tilbud har eksisteret i en del år, men flere er etableret inden for de senere år. Nogle af tilbuddene henvender sig specifikt til udsatte ældre med somatiske helbredsproblemer, plejebehov og et fortsat aktivt misbrug. Det gælder fx en kommune med et alternativt plejehjem. Der er også eksempler på SEL § 107/108-botilbud til borgere med dobbeltdiagnose. I nogle af kommunerne er der etableret botilbudslignende boliger under ABL § 105. Nogle af disse tilbud er ikke specifikt afgrænset til udsatte ældre og benyttes fx også til yngre og midaldrende borgere med komplekse problematikker (fx i 30-50-årsalderen), men i de fleste tilfælde er hovedparten af beboerne over 50 år og har en langvarig udsathed bag sig. De kommunale medarbejdere fremhæver i interviewene en række forskellige overvejelser og udfordringer omkring etableringen og udformningen af disse tilbud, herunder også overvejelser omkring etablering af botilbud under de forskellige lovgivninger og paragraffer.

Forskellige typer af botilbud og alternative boliger

Midlertidige boformer (botilbud) efter servicelovens § 107

Længerevarende boformer (botilbud) efter servicelovens § 108

Botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 med hjemmepleje og/eller bostøtte fra hhv. servicelovens §§ 83 og 85

Skæve boliger til borgere i hjemløshed efter almenboliglovens § 149 a

4.1.2 Alternative plejehjem

Et alternativt plejehjem er et botilbud, der særligt er henvendt til udsatte borgere, der typisk allerede i 50-60-årsalderen har udviklet omfattende plejebehov pga. et langvarigt misbrug. Et fortsat aktivt misbrug betyder samtidig, at de ikke kan bo på et almindeligt plejehjem, ligesom det også er borgere, der aldersmæssigt er væsentligt yngre end borgerne på de almindelige plejehjem. På et alternativt plejehjem er der typisk både social- og sundhedsfagligt personale ansat på stedet, ligesom der også kan være tilknyttet andre faggrupper.

I en af kommunerne er der et alternativt plejehjem, der tilbyder et botilbud efter servicelovens § 107 eller § 108 til borgere med plejebehov og et fortsat aktivt stofmisbrug. Pladserne har karakter af flexpladser, hvor der kan indskrives efter en af paragrafferne afhængigt af borgernes situation og behov. § 107-tilbuddet benyttes til borgere, hvor der kan være et forandringsperspektiv, det vil sige, at der ikke nødvendigvis er tale om et varigt behov for at bo på et botilbud, men hvor der i nogle tilfælde ses en udvikling og forbedring i borgerens tilstand gennem opholdet, og hvor nogle borgere på et tidspunkt flytter videre i egen bolig efter et ophold på botilbuddet. Når borgeren indskrives efter § 108, er der derimod tale om længerevarende ophold, hvor borgerne som regel opholder sig resten af livet, når først de er flyttet ind. Borgerne på tilbuddet kommer i nogle tilfælde direkte fra hjemløshed med ophold på en § 110-boform og/eller gadehjemløshed, men der er også borgere, der indskrives på tilbuddet efter at have boet i en skæv bolig, et opgangsfællesskab eller egen bolig, hvor de ikke længere kunne bo pga. omfattende plejebehov kombineret med et fortsat misbrug. Der er også nogle, der er kommet fra de særlige pladser i psykiatrien, der er et behandlingstilbud for borgere, der ud over svære psykiske lidelser også er massivt udfordrede på flere andre måder. En del af borgerne på det alternative plejehjem er ikke udredt og er "plaget af misbrug", som lederen beskriver det. På tilbuddet er der ansat medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, herunder både social- og sundhedsassistenter, en pædagog, en ergoterapeut mv. Man har på stedet også ønsket at have ansat en sygeplejerske, men det er ikke lykkedes rekrutteringsmæssigt at finde en sygeplejerske med et tilstrækkeligt kendskab til og erfaring med målgruppen. Social- og sundhedsassistenterne kan varetage basale plejebehov, men er der behov for mere specialiserede plejeopgaver, benyttes den almindelige kommunale hjemmepleje. Der har dog været eksempler på, at medarbejdere fra hjemmeplejen har haft svært ved at håndtere borgernes udsathed. I disse tilfælde forsøger medarbejderne fra det alternative plejehjem at støtte op om hjemmeplejen i udførelsen af plejeopgaverne.

I samme kommune er der også et andet tilbud, der er forbeholdt borgere med et aktivt alkohol- og/eller hashmisbrug, mens borgerne på det første tilbud som nævnt kan have et aktivt stofmisbrug. Dette tilbud er dog ikke et tilbud under serviceloven, men under plejeboligloven og har dermed karakter af et specialplejehjem. På den måde er der i den pågældende kommune mulighed for at differentiere visitationen til de forskellige tilbud afhængigt af typen af misbrug.

Der er på specialplejehjemmet både permanente og midlertidige pladser (aflastningspladser), og til at starte med tilbydes borgerne en midlertidig plads. Det skyldes behovet for at kunne se, hvordan det går i løbet af den første måned eller to, og dermed nå at opdage, om borgeren har et aktivt misbrug af hårde stoffer, da opholdet i så tilfælde afsluttes igen. På tilbuddet er der ansat både social- og sundhedspersonale og pædagogisk personale, da der har været et ønske fra kommunens og ledelsens side om, at tilbuddet også skulle have et pædagogisk perspektiv, hvor man arbejder med at lære beboerne at kunne gøre nogle ting i hverdagen selv. Da tilbuddet blev etableret, fulgte en del af det social- og sundhedsfaglige personale fra et tidligere tilbud med almindelige plejehjemspladser med over på specialplejehjemmet. Det har generelt krævet en del omstilling – og også udskiftning – i personalegruppen at kunne arbejde med socialt udsatte borgere, ligesom der også har været en omstillings- og udviklingsproces i at implementere en pædagogisk dimension på stedet. I den sammenhæng har der også været et samarbejde mellem specialplejehjemmet og kommunens alternative plejehjem med blandt fælles undervisningsprogrammer for at udvikle et fælles grundlag at stå på i kommunens botilbud til udsatte borgere med plejebehov og fortsat aktivt misbrug. Det er et eksempel på, hvordan en kommune kan arbejde med at udvikle en specialiseret indsatsstruktur til ældre udsatte borgere med plejebehov med en differentiering efter typen af misbrug.

4.1.3 Botilbudslignende tilbud

Mens botilbud til ældre udsatte borgere kan etableres som længerevarende botilbud efter servicelovens § 108, er der også eksempler på boenheder, der er etableret som botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105, og hvor støtten typisk gives som bostøtte efter servicelovens § 85 og/eller som hjemmepleje efter servicelovens § 83. I en af kommunerne beskriver lederen af udsatteområdet, at der for nogle år siden viste sig et behov for at etablere særlige botilbudspladser til udsatte ældre borgere i kommunen. Det skyldes, at der efterhånden var en stigende gruppe af borgere med aktivt misbrug, der begyndte at komme op i årene og typisk udviklede plejebehov væsentligt tidligere end andre ældre. Man ville ikke kunne rumme disse borgere på de almindelige plejehjem i kommunen pga. det fortsat aktive misbrug, og samtidig var det heller ikke hensigtsmæssigt, hvis borgere i 50-60-årsalderen skulle bo på almindelige plejehjem med borgere i 80-90-årsalderen. En væsentlig udfordring var imidlertid, at hvis kommunen skulle bygge et alternativt plejehjem som en § 108-boform efter serviceloven, ville det betyde, at kommunen skulle have "et stort beløb op af kommunekassen", som lederen udtrykker det, da anlægsudgifterne til denne type af tilbud skal betales direkte af kommunen som ved øvrige anlægsopgaver. Kommunen ville ikke umiddelbart have mulighed for at disponere et så forholdsvis stort beløb til byggeriet, og i stedet blev det besluttet at etablere et botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105, hvilket betød, at finansieringen kunne ske med lån på tilsvarende vis som almindeligt alment byggeri, hvorved der ikke skulle ske et direkte træk på kommunens anlægsbudget. Byggeriet blev vedtaget og opført, og man har med tilbuddet fået et antal boliger, der er velegnet til denne målgruppe af ældre udsatte, der har brug for et botilbud. Ifølge lederen gør det i forhold til selve boligen ikke den store forskel, om den er etableret som § 105-boliger efter almenboligloven eller § 108-botilbud ifølge serviceloven. Der, hvor der imidlertid er en forskel, er i forhold til personaleledelsen og i forhold til tilsynsforpligtelsen på boligerne. Kommunen har etableret støttedelen under servicelovens § 83 (hjemmepleje) frem for som et § 85-tilbud (bostøtte). Tilbuddet er således primært bemandet med sundhedsfagligt personale, men det er en erfaring indtil videre, at kan være svært at levere plejen til de borgere, der er meget misbrugende og selvskadende herunder også i forhold til følgekriminalitet mv. Helt konkret giver det udfordringer med, at det sundhedsfaglige personale ikke altid forstår og støtter op om borgernes egne valg i forhold til deres fortsatte aktive misbrug. Eksempelvis var der en borger, der ønskede at drikke en flaske spiritus om dagen, men sundhedspersonalet på

tilbuddet ville ikke hjælpe ham med at hente den. Det betød imidlertid, at borgeren måtte forsøge at få en taxa til at hente spiritussen eller få andre beboere på stedet til at hente den, hvilket ikke var hensigtsmæssigt. De foreløbige erfaringer med tilbuddet betyder, at der er overvejelser i kommunen om at ændre støttedelen til et § 85-tilbud, da en god § 85-indsats kunne være en nøgle til bedre at kunne levere den § 83-indsats, der er behov for til en del af borgerne. Den primære udfordring er således at håndtere borgernes udsathed, snarere end det specifikt sundhedsfaglige. Forventningen om, at det ville være udsatheden, der er den primære problematik, var også medvirkende til, at tilbuddet generelt blev placeret under udsatteområdet i kommunen fremfor på ældreområdet, efter at kommunen netop havde haft mange overvejelser om, hvad der ville være den mest hensigtsmæssige placering. At tilbuddet er godkendt som et § 83-tilbud, har også implikationer i forhold til tilsynsdelene, hvor det, at tilbuddet drives som et § 83-tilbud, betyder, at tilsynet følger regler og forpligtelser for tilsyn i hjemmeplejen. Lederen oplever, at dette giver et unødigt omfattende tilsyn med et for stort fokus på dokumentationen af den sundheds- og plejefaglige indsats. Kommunen overvejer derfor nu at få støttedelen godkendt efter SEL § 85 i stedet, således at tilsynsforpligtelsen i stedet ville følge tilsynet for almindelig bostøtte. Det ville ifølge lederen ikke betyde, at man ville skære ned på § 83-støtten, men at denne del blot ville blive leveret af kommunens almindelige hjemmepleje.

I en anden af kommunerne har man et lignende tilbud med pladser efter almenboliglovens § 105 og med tilhørende social støtte, der gives efter servicelovens § 85. Desuden gives hjemmeplejeydelser efter servicelovens § 83, men tilsynsgodkendelsen er som § 85-tilbud. Tilbuddet tager også yngre borgere ind, men hovedparten af borgerne er fra 50-årsalderen og opefter, og "mange af dem er i den sene del af deres liv", som en medarbejder udtrykker det. Målgruppen er typisk borgere med komplekse problematikker, hvor der typisk både er tale om alkoholmisbrug, psykiske problemer og somatiske helbredsproblemer. Der er imidlertid ikke fast personale på stedet om natten, og hvis borgerne bliver meget syge eller plejkrævende, kan det være nødvendigt, at de overgår til et andet tilbud, som fx et almindeligt plejehjem. Medarbejderne fremhæver, at når borgerne bliver så syge og svage, at de er døende, er misbruget som regel aftaget så meget eller helt ophørt, at de godt kan være på et almindeligt tilbud, hvis det er nødvendigt. I denne kommune benytter man også af og til pladser på et almindeligt plejehjem til "yngre og skæve eksistenser", som en medarbejder udtrykker det. Det kan fx være yngre mænd med en hjerneblødning pga. misbrug, og det er medarbejderens vurdering, at man er rigtig god til at tage imod disse borgere på et af kommunens almindelige plejehjem. En udfordring i denne kommune er dog, at ovennævnte tilbud efter ABL § 105 kun er henvendt til borgere med aktivt alkoholmisbrug, mens man ikke indskrives borgere med aktivt stofmisbrug på tilbuddet. Når der er ældre borgere med aktivt stofmisbrug med behov for en plads på et botilbud, har denne kommune derfor samme udfordringer som flere af de andre kommuner, der ikke har denne type pladser, hvor det kan være vanskeligt at få bevilget et "køb" af en plads i andre kommuner, ligesom der i det hele taget opleves at være få egnede tilbud henvendt til disse borgere. De få tilbud, der er, ligger ofte langt væk fra kommunen, hvilket også kan have den konsekvens, at borgerne afslår tilbuddet, fordi de ikke ønsker at få en plads på et tilbud i en anden landsdel.

4.1.4 Øvrige botilbud

Mens somatiske helbredsproblemer og plejebestanden i kombination med et fortsat aktivt misbrug er en væsentlig grund til, at ældre udsatte borgere får behov for en plads i et botilbud, er der også andre grupper med en høj kompleksitet i udsatheden, der kan have behov for ophold på et botilbud. Også selv om der ikke er plejkrævende somatiske problematikker, har en del af gruppen med psykiske lidelser og samtidigt misbrug en så høj kompleksitet i udsatheden, at

de kan have behov for en plads på et botilbud. Det handler ofte om adfærdsproblematikker, der både gør det vanskeligt at bo i egen bolig og samtidig betyder, at en del disse borgere indimellem får karantæne på herbergerne. Der vil således være tilfælde, hvor udsatte ældre borgere kan have behov for en plads i et botilbud, der generelt henvender sig til forskellige målgrupper af borgere med kompleksitet i udsatheden. I en af kommunerne er der et botilbud med § 107 og 108-pladser, der særligt henvender sig til udsatte borgere med dobbeltdiagnose, og hvor mange af beboerne tidligere har været i hjemløshed. Tilbuddet henvender sig ikke specielt til ældre i hjemløshed, men har borgere i alle aldersgrupper, og gruppen af beboere spænder fra midt i 20'erne til sidst i 50'erne. Medarbejderne beskriver, hvordan man på tilbuddet gennem de senere år har været igennem en omfattende faglig udviklingsproces, hvor personalet har modtaget kompetenceudvikling inden for forskellige metoder og tilgange, som fx kurser i konfliktdeskalering og i brug af "den motiverende samtale" (motivational interviewing). Det har givet et stort løft i personalets mulighed for at håndtere de ofte meget udfordrende og komplekse adfærds- og handlemønstre blandt beboerne. Tilbuddet har dog hverken fysiske faciliteter eller sundhedspersonale til at håndtere mere omfattende somatiske helbredsproblemer og plejebehov, og hvis beboerne med tiden udvikler betydelige fysiske helbredsproblemer, må de videre til et andet tilbud. I den forbindelse påpeger de interviewede medarbejdere også, at hvor der førhen var en (hus)læge tilknyttet sådanne botilbud, skal forhold omkring somatiske helbredsproblemer, herunder samarbejdet med hospitalssystemet, i dag gå gennem borgerens egen læge, ud fra et princip om rehabilitering. Medarbejderne påpeger dog, at beboerne generelt ikke er så gode til at benytte deres egen læge, og beskriver det som en generel udfordring at tage hånd om de somatiske helbredsproblematikker. Medarbejderne vurderer i den forbindelse, at det kunne være hensigtsmæssigt at have en form for fremskudt læge tilknyttet, hvilket "formentlig kunne redde liv", som de udtrykker det.

4.2 Udfordringer med mangel på botilbudspladser

Eksemplerne i afsnit 4.1 viser, at der i flere af kommunerne findes forskellige former for botilbud, der særligt er henvendt til udsatte borgere med en høj kompleksitet i udsatheden pga. psykiske lidelser, misbrug og somatiske helbredsproblemer. Blandt medarbejderne i disse kommuner er der generelt en vurdering af, at disse tilbud, der for en dels vedkommende er etableret inden for de senere år, er vigtige for, at man netop har pladser til disse borgere i kommunen.

Imidlertid er der også nogle af kommunerne, hvor man slet ikke har botilbudspladser til udsatte borgere med komplekse støttebehov. I to af disse kommuner giver medarbejderne udtryk for, at man mangler sådanne tilbud og derfor har svært ved at give borgere i denne målgruppe et ordentligt tilbud. Blandt de interviewede medarbejdere i disse kommuner gives der også udtryk for, at man fra kommunens side er tilbageholdende med at "købe pladser" i andre kommuner eller på private tilbud til disse borgere, samt at det også kan være en udfordring overhovedet at finde eksterne pladser, der kan rumme disse borgere og imødekomme deres støttebehov. Det gælder i særdeleshed for de borgere, der fortsat har et aktivt stofmisbrug. En medarbejder i en af disse kommuner beskriver endvidere, at det regelmæssigt forekommer, at selv borgere i hjemløshed med komplekse helbredsproblemer og støttebehov må søge ud af kommunen og tage ophold på herberger i andre kommuner, fordi der ikke er noget tilbud til dem i kommunen.

Der er også tilfælde, hvor der på den ene side findes forskellige specialiserede botilbud til udsatte borgere med komplekse problematikker og plejebehov, men hvor der på den anden side meldes om forskellige udfordringer som fx kapacitetsproblemer, det vil sige, at der efter interviewpersonernes vurderinger ikke er pladser nok til alle borgerne i målgruppen i kommunen.

Kun i én af de otte kommuner, som er en forholdsvis lille kommune, oplever medarbejderne ikke, at der er et væsentligt behov for botilbud for ældre udsatte med plejebehov og dermed ikke noget grundlag for at etablere et tilbud i kommunen. En medarbejder i denne kommune beskriver, at man gennem et tæt samspil mellem et kommunalt støtteam på udsatteområdet og den kommunale hjemmepleje formår at støtte de fleste borgere med komplekse støttebehov i eget hjem, og at der kun i forholdsvis få tilfælde er behov for et specialiseret bo- og plejetilbud. I disse tilfælde forsøger kommunen typisk at købe sig til en plads uden for kommunen.

Set på tværs af kommunerne tegner der sig således et billede af, at der i nogle kommuner hvor der allerede findes tilbud til målgruppen, kan være et behov for at øge kapaciteten (antallet af pladser) i denne type af tilbud, mens der i nogle af de kommuner, hvor der ikke findes sådanne tilbud i forvejen, kunne være behov for at etablere et specialiseret botilbud til målgruppen. En bedre dækning med sådanne tilbud i de større og mellemstore kommuner ville formentlig også give de mindre kommuner, hvor der ikke er grundlag for at etablere et selvstændigt botilbud, bedre mulighed for at købe en plads i en nærliggende kommune, i de mere enkeltstående borgersager, hvor behovet viser sig. Det skal i den forbindelse understreges, at afdækningen i denne undersøgelse ikke har karakter af en egentlig kapacitetsanalyse af behovet for tilbud og pladser i landets kommuner, men snarere skal ses som et kvalitativt nedslag i udvalgte kommuner, hvorved der tegner sig et billede af problematikken i de pågældende kommuner, som den opleves af de interviewede medarbejdere.

4.3 Boligløsning i egen bolig

Mens nogle af de udsatte ældre i hjemløshed har behov for et botilbud, er der også en del af borgerne i målgruppen, der ikke har støtte- eller plejebehov, der tilsiger, at en plads i et botilbud er nødvendig. Ud fra medarbejdernes vurderinger vil en boligplacering i egen bolig umiddelbart være den mest passende løsning for en del af borgerne. Blandt de interviewede borgere er der en del, der giver udtryk for, at de først og fremmest ønsker at få deres egen bolig. Både borgere og medarbejdere fremhæver imidlertid, at det ofte er vanskeligt at finde en bolig, borgerne kan betale. Samtidig er der også flere af de interviewede borgere, der tidligere har oplevet ikke at få den støtte, de har haft behov for, når de har boet i egen bolig eller har fået tilbudt en bolig.

Der er i kommunerne en meget forskellig situation i forhold til at kunne skaffe boliger til borgere i hjemløshed. I de fleste af kommunerne benyttes den kommunale boliganvisning til at skaffe boliger, hvor kommunerne ifølge almenboligloven (§ 59) har ret til at anvise op til 25 % af de ledige almene boliger til boligsociale opgaver. Der er dog en forskel på, hvordan og i hvilket omfang boliganvisningen benyttes. I nogle af kommunerne er boliganvisningen sat i system med et centralt tildelingssystem, der fordeler og prioriterer de ledige boliger, der bliver til rådighed gennem anvisningen, men der er også kommuner, hvor anvisningen benyttes mere "ad hoc", fra sag til sag. I en af kommuner benyttes kun en mindre del af de ledige almene boliger, som kommunen har ret til at anvise til. Flere interviewpersoner i denne kommune påpeger imidlertid, at der er udfordringer med at få udsatte borgere i egen bolig. I en anden af kommunerne beskriver en medarbejder, hvordan boliganvisningen er spredt rundt mellem forskellige afdelinger på forskellige områder, hvor en udfordring er, at der mangler et samlet overblik og prioritering af forskellige målgruppers boligbehov. I de fleste af kommunerne er der generelt et betydeligt pres på boliganvisningen med et stort behov for boligplaceringer til forskellige målgrupper. I de kommuner, der systematisk benytter "fjerdedelsreglen", er en del af boligerne generelt for store og dyre til at kunne benyttes til at boligplacere borgere på kontanthjælp, og disse boliger bliver derfor sendt retur igen til boligorganisationerne. I nogle af kommunerne

tager det generelt meget lang tid, før der kan etableres en boligløsning i egen bolig. Her beretter interviewpersonerne om ventetider i den kommunale boliganvisning på op til et år og i nogle tilfælde endnu længere tid. I andre af kommunerne tager det typisk cirka et halvt års tid at skaffe en bolig. Kun i en enkelt af kommunerne (en mindre kommune) meldes der om en forholdsvis kort ventetid på kun et par måneder gennem den kommunale boliganvisning.

I en af kommunerne har man oplevet, at der over en årrække er kommet færre små almene etværelseslejligheder, der kan benyttes til målgruppen. I denne kommune opleves det, at de midaldrende og ældre borgere i hjemløshed er særligt svære at skaffe boliger til pga. denne mangel på små, billige lejligheder til anvisning. En interviewperson fremhæver, at der for de ældre borgere i hjemløshed netop ikke er de samme muligheder for at skaffe boliger som for de unge, da det udelukkende er de (små) almene familieboliger, der kan benyttes til de ældre, mens der mens det derimod er blevet lidt lettere at skaffe boliger til unge i hjemløshed, idet der gennem de senere år er blevet etableret flere almene ungdomsboliger i kommunen. Denne skævhed er blevet forstærket ved, at en del små, etværelses almene boliger er blevet lavet om til ungdomsboliger for netop at afhjælpe bolig manglen blandt unge, men en ikke-intenderet konsekvens har været, at man i stedet mangler boligerne til anvisning til de øvrige aldersgrupper.

I en anden kommune er der også en betydelig ventetid på at skaffe boliger til målgruppen. I denne kommune har en særlig problematik været, at der gennem en årrække er nedlagt mange små etværelseslejligheder ved sammenlægninger i forbindelse med renoveringsprojekter i de almene boligafdelinger. En medarbejder i kommunen beskriver, at det er et paradoks, at man på den ene side mangler de små boliger i indsatsen for udsatte borgere i hjemløshed i kommunen, og at kommunen i et samarbejde med de almene boligorganisationer på den anden side har nedlagt mange af de boliger, der kunne benyttes i indsatsen. På den måde kan der være modstridende interesser på spil i en kommune, herunder en mangel på erkendelse af, hvilke ikke-intenderede konsekvenser beslutninger ét sted i kommunen kan have for mulighederne for at løse opgaverne på andre områder i den samme kommune.

I en af kommunerne oplever medarbejderne, hvorledes der inden for de seneste år er sket et markant skift i tilgængeligheden af boliger i kommunen. Hvor det for blot få år siden var muligt at skaffe en bolig til borgere i hjemløshed på blot få måneder gennem boliganvisningen, tager det i dag meget længere tid, hvor der ofte kan være en ventetid på op mod 1 år, før der kan skaffes en bolig. I denne kommune har man i de senere år oplevet en massiv udflytning til kommunen af udsatte borgere fra hovedstadsområdet, hvilket har betydet, at der ikke er nær så mange ledige boliger i kommunen som tidligere. En kommunal støtte medarbejder oplever, at tilflytterne er blevet opfordret af sagsbehandlere i deres hjemkommuner til at søge boliger gennem de almindelige ventelister i kommunen, hvorved hjemkommunerne ikke længere har ansvaret for den sociale støtte til borgerne, der i stedet er blevet borgere i den pågældende kommune. Ud over at presse tilgængeligheden af boliger i kommunen er det også med til at presse støtteindsatserne i kommunen med et stigende antal socialt udsatte tilflyttere, der har brug for social støtte.

Mens det i de fleste af kommunerne tager forholdsvis lang tid at skaffe boliger til borgere i hjemløshed, er der som nævnt kun en enkelt af kommunerne, hvor det tager væsentligt kortere tid at skaffe en bolig. I denne kommune tager det typisk cirka to måneder at skaffe en bolig gennem boliganvisningen. Denne kommune er en mindre bykommune, der ligger forholdsvis langt fra landets større byer, og hjemløsheden i kommunen har et forholdsvis begrænset omfang. Den relativt korte ventetid på at få en bolig bidrager i sig selv til at holde hjemløsheden

på et begrænset niveau, da den enkelte borger typisk ikke befinder sig så længe i en hjemløshedssituation, før der kan etableres en boligløsning. Kommunen råder endvidere over nogle akutboliger, hvor borgeren kan opholde sig i mellemtiden. Derved kan man undgå, at borgeren må tage ophold på et herberg og i stedet arbejde med at stabilisere borgeren i akutboligen, indtil der er etableret en permanent boligløsning.

Flere af de interviewede borgere giver som tidligere nævnt udtryk for, at de ønsker at få deres egen bolig. En af borgerne som på interviewtidspunktet opholder sig på en boform, hvor toilet- og bedefaciliteter deles med andre beboere, lægger vægt på ønsket om at få sit eget badeværelse, som man ikke skal dele med andre. Enkelte af de interviewede borgere bor på interviewtidspunktet i egen bolig efter en længere periode i hjemløshed. Disse borgere er generelt godt tilfredse med at have fået deres egen bolig og fremhæver særligt den ro, der er forbundet hermed. Der er dog også nogle af de interviewede borgere, der ikke kan se sig selv i en almindelig bolig, og som i stedet har ønsker om forskellige alternative boligformer (se afsnit 4.5).

Fred og ro i egen bolig efter lang tid i hjemløshed

En borger i midten af 60'erne har fået en etværelseslejlighed med eget køkken og bad efter et længere ophold på et herberg. Borgeren oplever, at han er faldet godt til i boligen. "Noget af det, jeg glæder mig mest over, er, at man ikke skal bruge et fælles bad og toilet og et fælles køkken – det er kanon at kunne gå ud på sit eget badeværelse, uden der er nogen, der kommer og buldrer på døren", som han udtrykker det. Han fortæller også, at der på herberget ofte var "larm med folk, der bankede på dørene efter midnat og spurgte efter cigaretter og øl". Samtidig deltager han dog stadig i nogle aktiviteter på boformen og føler sig derfor ikke ensom.

En anden borger, der er i 50'erne, er også kommet i egen bolig efter mange år i hjemløshed. Han fortæller, at han ikke inviterer folk hjem i boligen. Tværtimod har han brug for at "have et sted i verden, hvor der bare er fred og ro – det nyder jeg hver eneste dag". Borgeren fortæller også, at han gerne vil have "alenetid efter alle de år på gaden og varmestuer og på sofaer omgivet af mennesker i konflikt".

4.4 Social støtte i boligen

Mulighederne for at skaffe boligløsninger til borgerne afhænger i høj grad af tilgængeligheden af boliger i kommunerne, men det har også en væsentlig betydning, hvilken støtte borgerne kan tilbydes samtidig med en boligløsning. I flere af kommunerne varetages den sociale støtte i egen bolig primært af den almindelige § 85-bostøtte. Der er også nogle af kommunerne, der yder støtten i form af sociale viceværter eller SKP-medarbejdere. Selvom § 85-bostøtten kan dække en del af støttebehovet i egen bolig, påpeger en del interviewpersoner forskellige udfordringer vedrørende § 85-bostøtten. Først og fremmest beskriver medarbejderne i flere kommuner, at det kan være vanskeligt at få bevilget § 85-bostøtte i det omfang, der er behov for. Medarbejderne beskriver eksempler på, at borgere bliver bevilget ganske få timers bostøtte om ugen og i nogle tilfælde kun én enkelt time, selvom borgerne umiddelbart har mere omfattende støttebehov. I nogle tilfælde tager det en del tid at blive visiteret til bostøtte, ligesom der også kan være ventetid, fra bostøtten bevilges, til den kan iværksættes. En sådan ventetid kan imidlertid være kritisk, hvis en borger skal flytte fra herberg til egen bolig. Hvor der generelt er tale om behovsbestemte ydelser i serviceloven, er realiteten i nogle af kommunerne således, at misforholdet mellem behov og kapacitet i praksis kan give sig udslag i barrierer i forhold til, at borgeren kan få den bostøtte, der er behov for. Det varierer endvidere en del, i hvor høj grad det er muligt for personalet på herbergerne at yde efterforsorg til beboerne, når de flytter i egen bolig. Mens der på et af herbergerne, hvor der foretoget medarbejderinterview, generelt gives

tilbud om efterforsorg, er der andre herberger, hvor efterforsorg ikke er en del af tilbuddet. På nogle af herbergerne er der generelt en forholdsvis lav personalenormering, og en medarbejder på et af disse herberger fortæller fx, at der til hverdag ofte kun er få medarbejdere på vagt på herberget til en stor beboergruppe, og at det kun i meget begrænset omfang er muligt at hjælpe beboerne, når de flytter ud af herberget. I disse tilfælde er det imidlertid en udfordring, hvis der er flere måneders ventetid på bostøtten, eller hvis en beboer helt får afslag på bostøtte ved udflytning fra herberget. Der er dog en betydelig variation på tværs af kommunerne, og der er også flere af kommunerne, hvor medarbejderne generelt vurderer, at det i rimelig grad er muligt at give borgerne den støtte, de har behov for ved indflytning i egen bolig.

I flere af kommunerne fortæller medarbejderne, at tilgangen til at støtte borgerne i at flytte i egen bolig generelt er præget af, at kommunen har arbejdet med Housing First-tilgangen, hvilket betyder, at der er en forståelse af vigtigheden af at kunne tilbyde en boligløsning i egen bolig til dem, der kan bo i egen bolig, og ligeledes en forståelse af behovet for at give social støtte, når borgeren kommer i egen bolig. I nogle af kommunerne har man således arbejdet med Housing First-tilgangen helt siden Hjemløsestrategien, der forløb fra 2009 til 2013, mens man i andre af kommunerne først er begyndt at arbejde med Housing First-tilgangen inden for de seneste år. I nogle af kommunerne benyttes en eller flere af de specialiserede indsatsmetoder (CTI-, ICM- eller ACT-støtte), der gennem de senere år er blevet implementeret i en del kommuner rundt i landet som led i udbredelsen af Housing First-tilgangen (Rambøll & SFI, 2013; Benjaminsen m.fl., 2017, Benjaminsen, Christensen & Hundahl, 2020). Der er også enkelte af kommunerne, hvor nogle af de specialiserede indsatsmetoder fra Housing First-tilgangen benyttes i indsatsen, men hvor medarbejderne vurderer, at kapaciteten i disse indsatser ikke er stor nok til, at alle de borgere, der potentielt kunne profitere af disse indsatser, har mulighed for at få en sådan indsats. Eksempelvis er der en af kommunerne, hvor medarbejderne beskriver, at der i perioder har været helt lukket for tilgangen til en af de specialiserede indsatsmetoder, da denne indsats er "fyldt op" med borgere, selvom der samtidig er en erfaring af, at denne indsats er særligt velegnet til at imødekomme støttebehovene hos borgere med forholdsvis komplekse støttebehov.

Selvom der gives tilbud om bostøtte, er det imidlertid ikke altid, at borgerne ønsker at tage imod støtten. I næsten alle kommunerne beskriver medarbejderne, at de regelmæssigt oplever udfordringer med borgere, som ikke ønsker eller ikke er i stand til at tage imod den støtte, de bliver tilbudt. For nogle af borgerne er der tale om en manglende sygdomserkendelse i forbindelse med psykiske lidelser, mens der for andre af borgerne blot er tale om, at de forsøger at klare sig selv. Medarbejderne fortæller også om en udfordring med, at nogle borgere i første omgang siger ja til bostøtten for at få en bolig, men at de, når de først er flyttet ind i boligen, afviser bostøtten. Det er imidlertid en udfordring, hvis borgeren reelt ikke kan klare sig selv i boligen uden hjælp og støtte. Samtidig kan det være med til at "slide" på velviljen i boligafdelingerne til at boligplacere udsatte borgere, hvis der opstår konflikter eller problemer med skrald og lugtgener, hvilket kan være en følge, hvis borgere afviser støtten.

Der er også tilfælde, hvor der pludselig kommer en henvendelse til kommunen fra naboer eller en boligafdeling om, at ældre udsatte borgere, der allerede bor i egen bolig, er i risiko for en udsættelse, fx fordi boligen er ved at "gro til" i affald, men hvor kommunen ikke på forhånd har kendskab til borgeren, eller ikke har haft kontakt med borgeren i lang tid. I disse tilfælde er der behov for en hurtig forebyggende indsats for at undgå, at borgerne kommer ud i hjemløshed. I disse borgersager vil SKP-medarbejdere eller andre opsøgende medarbejdere typisk have den første kontakt og forsøge at få et støtteforløb i gang, herunder evt. også med kontakt til hjemmeplejen, ligesom der i nogle tilfælde vil blive bestilt en rengøring af boligen som udgangspunkt

for et videre forløb. Der er også tilfælde, hvor det er kommunens ældreafdeling, der opdager en ældre udsat borger i egen bolig, og hvor der kan være en risiko for en udsættelse, hvis der ikke gribes hurtigt ind. I flere af kommunerne er der en opmærksomhed på disse borgere i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, hvor man fx i en af kommunerne har forsøgt ved disse besøg at have særligt fokus på at opfange ældre borgere med en mere kompleks udsathed. Det kan fx være ældre med psykiske lidelser, der ikke har kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, men som kan være meget sårbare og skrøbelige og let kan komme ud i et forløb, hvor der kan være risiko for at miste boligen, hvis ikke der gives hjælp i tide.

I borgerinterviewene er der som nævnt en del af borgerne, der giver udtryk for, at de ønsker at få deres egen bolig, men det er forskelligt, om borgerne også ønsker social støtte fra kommunen. Nogle af de interviewede borgere fortæller, at de helst vil forsøge at klare sig selv og ikke ønsker hjælp fra en støtte medarbejder, men i stedet finder den sociale støtte og kontakt, de har brug for, på fx væresteder eller gennem SAND (De hjemløses landsorganisation). Nogle af de interviewede borgere har tidligere været i hjemløshed, men er nu kommet i egen bolig. Mens nogle borgere oplever at have fået en god hjælp fra kommunen i forbindelse med at være flyttet i egen bolig, er der andre af de interviewede borgere, der tidligere er kommet i egen bolig, men ikke har oplevet at få den hjælp og støtte, de havde behov for.

Forskellige oplevelser med at få den sociale støtte, man har behov for, når man flytter i egen bolig

En borger i 50'erne fortæller, at han i forbindelse med at være flyttet i egen bolig oplever at have fået god hjælp fra kommunen og fra en boligrådgiver, der også hjalp med at skaffe lejligheden. Boligrådgiveren har særligt hjulpet ham i den første tid i boligen, men han oplever efterhånden mere og mere at kunne klare sig selv i boligen. Han får også en god støtte fra et lokalt værested i byen. Borgeren fortæller, at han deltager i forskellige aktiviteter på værestedet, som betyder, at han har noget at tage sig til i hverdagen.

En anden borger i 50'erne fortæller, at da hun endelig fik en bolig, tog det fire måneder at få en støtteperson, fordi det tog tid at behandle ansøgningen om støtte. Denne borger fortæller også, at § 85-bostøtten i den kommune, hun kom fra, generelt var blevet lagt om, så borgerne i stedet skulle starte med et midlertidigt fire måneders forebyggende forløb under § 82b i serviceloven, hvorefter man skulle se, om borgerne havde brug for mere hjælp. Borgeren følte sig imidlertid utryk ved, at der i udgangspunktet kun var tale om et korterevarende midlertidigt forløb, og efter en del tovtrækkeri fik hun endelig lov til at få bevilget en § 85-bostøtte. På det tidspunkt var der dog ifølge borgeren gået for lang tid, og hun endte med at opgive boligen igen, og på interviewtidspunktet er hun tilbage på et herberg. Borgeren beskriver også, at hun generelt oplever, at de svageste udsatte ikke får en tilstrækkelig hjælp gennem de korterevarende § 82b-forløb og nu "står nede på varместuen for at få hjælp", som hun udtrykker det.

4.5 Kategoriboliger

Ud over de egentlige botilbud efter servicelovens § 107 eller 108, samt de botilbudslignende boliger efter almenboliglovens § 105, er der også eksempler på brug af forskellige former for "kategoriboliger", det vil sige boligopgange o.l., hvor der udelukkende bor borgere med social udsathed. Begrebet kategoriboliger henviser i den sammenhæng til boliger, hvor alle borgerne tilhører samme "kategori", frem for at der er en blandet beboersammensætning. Disse boliger kan udgøre en slags mellemform mellem et botilbud eller egen bolig, og i nogle tilfælde er der

tilknyttet en social vicevært til sådanne boliger, mens der i andre tilfælde er tale om helt selvstændige boliger, der blot ligger i samme boligkompleks, fx opgange med kommunale boliger, hvor den sociale støtte kommer udefra og ikke som sådan er tilknyttet boligen.

I en af kommunerne bor en del udsatte borgere, der tidligere har været i hjemløshed, i opgangsfællesskaber. En betydelig del af borgerne i disse opgangsfællesskaber er midaldrende og ældre borgere over 50 år. Der er blandt medarbejderne en oplevelse af, at disse borgere efterhånden lever længere end tidligere, men i takt hermed også i højere grad udvikler mere komplekse problematikker med alderen. De sociale viceværter har derfor fået væsentligt flere opgaver at tage sig af end tidligere, hvor særligt opgaver med at følge borgerne rundt til forskellige øvrige tilbud, herunder navnlig sundhedstilbud, fylder meget i hverdagen. Der er dog en forholdsvis lav normering i opgangsfællesskaberne, hvor en medarbejder typisk varetager støtten for cirka 25 beboere. Det er også muligt for beboerne at få § 85-bostøtte fra kommunens generelle bostøtteam, men der er samtidig en oplevelse af, at det er forholdsvis vanskeligt at få bevilget bostøtte til borgerne i opgangsfællesskaberne, da der generelt er et stort pres på bostøtten i den pågældende kommune, og da der er en vis forventning om, at de sociale viceværter i vid udstrækning dækker støttebehovene i opgangsfællesskaberne. I nogle tilfælde kommer også den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje ind, når der er behov for praktisk hjælp og/eller pleje til borgerne, men i det omfang at der er tale om mere omfattende plejebestanden, kan det være nødvendigt at visitere borgerne videre til et botilbud, som fx en alternativ plejehjemsplads. De interviewede medarbejdere i denne kommune oplever generelt, at der er en god dækning med alternative plejehjemspladser og andre botilbud i kommunen, hvor den primære udfordring efter medarbejdernes vurderinger i højere grad ligger i at give en tilstrækkelig intensiv og fleksibel støtteindsats til udsatte borgere, der bor i egen bolig, samt at imødekomme de efterhånden mere omfattende støttebehov blandt mange af borgerne i opgangsfællesskaberne. I den pågældende kommune har man kun i begrænset omfang benyttet Housing First-tilgangen, og der er således en oplevelse af, at mens man tidligere så sig i forgrunden på udsatteområdet – fx med etableringen af opgangsfællesskaberne – er der i dag et behov for i højere grad at udvikle og styrke boligplaceringen af udsatte borgere i egen bolig med social støtte.

Også i nogle af de øvrige kommuner gøres der brug af "kategoriboliger" til udsatte borgere i hjemløshed. En af kommunerne råder over en klynge af kommunale boliger med fuld anvisningsret, og som samtidig har en ret lav husleje, hvilket gør dem særligt brugbare til boligplacering af borgere i hjemløshed på kontanthjælp, hvor det ellers er en betydelig udfordring at skaffe almene boliger med en tilstrækkeligt lav husleje til anvisning i den pågældende kommune. Der er dog en opmærksomhed på, at det kan skabe et miljø af udsathed, når der stort set udelukkende bor udsatte borgere i disse kommunale boliger, men da der er tale om et forholdsvis lille antal boliger samlet set – og således ikke tale om et større boligkompleks – "opvejer fordelene ulemperne", som en medarbejder udtrykker det. Et lignende billede ses i en af de andre kommuner, hvor der ligeledes er nogle kommunale boliger med fuld anvisningsret, og hvor disse boliger stort set udelukkende benyttes til at boligplacere udsatte borgere, herunder mange ældre udsatte borgere.

I flere af de øvrige kommuner benytter man derimod stort set ikke "kategoriboliger" til udsatte borgere i hjemløshed, og der udtrykkes i flere af kommunerne en skepsis over for at samle mange udsatte borgere i fælles opgange, hvor interviewpersonerne påpeger risikoen for at skabe et miljø præget af udsathed og stofmisbrug, hvormed man risikerer at boligmiljøet kan være med til at fastholde borgeren i en udsat position, og at boligplaceringen ikke bidrager til

at facilitere en recoveryproces. I de kommuner, der generelt ikke – eller kun i begrænset omfang – benytter opgangsfællesskaber og/eller kommunale boliger, er det imidlertid ifølge interviewpersonerne meget forskelligt, i hvilken grad kommunerne i stedet formår at placere borgerne i egen bolig. Det afhænger som tidligere nævnt blandt andet af, om kommunerne har arbejdet systematisk med at benytte Housing First-tilgangen, ligesom det også i høj grad afhænger af den generelle tilgængelighed af lejeboliger med et tilstrækkeligt lavt huslejeniveau.

4.6 Alternative boligløsninger

Ud over en boligløsning i egen bolig eller et botilbud er der også forskellige former for alternative boligløsninger, der kan benyttes til borgere, som ikke kan eller ikke ønsker at bo i en almindelig bolig. Det gælder først og fremmest de alternative boliger ("skæve boliger"), der efterhånden er etableret i mange kommuner. Det er boliger, der kan etableres efter almenboliglovens § 149 a. Sådanne boliger findes også i nogle af de kommuner, der indgår i undersøgelsen. De skæve boliger udgør også en form for kategoriboliger, i og med at disse boliger udelukkende er henvendt til udsatte borgere, der har særligt vanskeligt ved at bo i en almindelig bolig. I flere af kommunerne oplever man, at de "skæve boliger" udgør et vigtigt alternativt for en gruppe af borgere med en udadreagerende adfærd eller som i øvrigt ikke passer ind og ikke kan bo i en almindelig bolig. Flere af de interviewede medarbejdere påpeger dog også, at de skæve boliger generelt ikke er et velegnet tilbud til udsatte borgere med omfattende helbredsproblemer og plejebenhov, da det kan være vanskeligt at tilbyde den nødvendige pleje i boligerne, idet pladsen i boligerne ofte ikke giver mulighed for, at hjemmeplejen kan udføre de nødvendige opgaver, eller fordi boligens tilstand i øvrigt (herunder hygiejnemæssige forhold) gør det vanskeligt for medarbejderne fra hjemmeplejen at varetage plejeopgaverne. Når plejebenhovene bliver for omfattende, kan der således – ligesom for borgerne i almindelige boliger – være et behov for at komme på et egentligt botilbud. I en af kommunerne har man netop oplevet, at en del af de alternative plejehjemspladser, der er blevet etableret i kommunen, har skullet bruges til borgere, der for en del år siden flyttede i en skæv bolig, men som nu har fået så omfattende pleje- og støttebehov, at de ikke længere kan bo i en skæv bolig. I den sammenhæng har de skæve boliger generelt status af en almen boligafdeling, og eventuel hjemmepleje til borgere i de skæve boliger skal sædvanligvis rekvireres fra den almindelige hjemmepleje, hvilket ligeledes er tilfældet med bostøtten. Der har imidlertid været tilfælde, hvor hjemmeplejen eller bostøtten ikke har villet ind til borgeren i den skæve bolig, fordi der har været for "snusket", som en interviewperson udtrykker det. Derfor har det været nødvendigt at flytte nogle af borgerne i de skæve boliger til de alternative plejehjemspladser.

For borgerne med en lidt lavere kompleksitet i udsatheden, men som også har udfordringer ved at bo i en almindelig bolig, kunne der være andre mulige alternative boligformer, som generelt ikke eksisterer i tilbudsviften i dag, eller kun findes som helt enkeltstående tilfælde. Et par af de interviewede borgere giver i den forbindelse udtryk for et ønske om at bo i et såkaldt "tiny house", der kan beskrives som et lille hus, som borgeren selv kunne være med til at bygge, og som samtidig skulle være flytbart. Ideen med sådanne flytbare småhuse er, at de fx kan stå på midlertidige byggegrunde, før disse bliver bebygget, hvorefter de kan flyttes videre til en ny ledig byggegrund. Det er borgere, som både har svært ved at se sig selv i en almindelig lejlighed, og som heller ikke har noget ønske om at bo på et botilbud. Disse borgere beskriver samtidig, at det kunne give god mening for dem selv at være med til at bygge et lille hus, som de kunne bo i, og at huset gerne skulle være flytbart, så man kan flytte det til et sted, man har det godt med at være. Mens der er nogle af de interviewede borgere, der udelukkende kan se sig selv i en sådan alternativ boligløsning, skal det dog også understreges, at der er andre af

de interviewede borgerne, der slet ikke ønsker sådanne løsninger, men som først og fremmest ønsker at bo i en helt almindelig bolig. Det understreger, at der er behov for forskellige bolig-løsninger, og at borgerne kan have vidt forskellige præferencer til, hvordan de ønsker at bo.

Drømmen om et flytbart "tiny house"

En borger i 50'erne bor på interviewtidspunktet i en campingvogn. Han fortæller, at han har svært ved at bo tæt på andre mennesker, og beskriver, at han også i de eksisterende bebyggelser med "skæve boliger" oplever, at husene ligger for tæt til, at han ville have lyst til at bo der. Han fortæller om, at han gerne ville bygge sit eget hus, som han kalder et "tiny house". Han fortæller, at huset skulle være flytbart, så han kunne flytte det et sted hen, hvor det ikke var så tæt på andre mennesker. Fx kunne han forestille sig, at huset kunne flyttes ud i en skov, hvis man har lyst til at bo der, eller man kunne placere huset på en strand med god afstand til andre huse og andre mennesker.

4.7 Når det ikke lykkes at etablere en løsning

Knapheden på botilbudspladser til udsatte borgere med komplekse støttebehov og barriererne for at etablere boligløsninger i egen bolig betyder, at det i nogle tilfælde ikke lykkes at etablere en løsning for borgeren, og at borgeren kommer til at opholde sig i lang tid på de akutte og midlertidige tilbud, og herunder navnlig på herberger og natvarmestuer.

Konsekvenserne af mangel på pladser og specialiserede tilbud opleves i særdeleshed på herbergerne (§ 110-boformerne), hvor der er en erfaring af, at borgere med omfattende helbredsproblemer, fysiske sygdomme og plejehov i en del tilfælde opholder sig i lang tid på disse tilbud, samtidig med at personalet beskriver, at man ikke har den sundhedsfaglige bemanding og ekspertise til at tage sig af sådanne problematikker. Særligt i nogle af kommunerne beskriver medarbejderne på herbergerne, at de oplever lange ventetider på, at der kan gives et botilbud til borgere med omfattende helbredsproblemer og plejehov. Fx beretter en medarbejder på et herberg om over et halvt års ventetid på permanente tilbud til borgere med alvorlige sygdomme som fx kræft og følgevirkninger af blodpropper og hjerneblødninger. Der meldes på flere herberger også om, at det regelmæssigt forekommer, at borgere venter 1 eller 2 år og i nogle tilfælde helt op til 3 år på at få en plads på et specialiseret botilbud, selvom de er visiteret til et botilbud. Det sker, til trods for at der i lovgivningsmæssig forstand er tale om behovsbestemte tilbud, som der ikke bør være nogen væsentlig ventetid til, når borgeren er visiteret til et tilbud. På et herberg beskriver medarbejderne, at de ikke har hverken fysiske rammer eller sundhedsfagligt personale til at kunne have borgere med omfattende plejehov boende. Ud fra erfaringen om, at herberget regelmæssigt alligevel kommer til at have borgere med plejehov boende i lang tid, fordi de ikke kan få disse borgere videre, når de først er kommet ind, forsøger man at afvise disse borgere allerede ved indskrivningen.

Som flere af de interviewede medarbejdere på § 110-boformerne understreger, er disse tilbud netop ikke et botilbud, men medarbejderne oplever i nogle tilfælde, at herbergerne bliver benyttet af kommunerne, som om der var tale om et botilbud. I den sammenhæng er det særligt en udfordring, at § 110-boformerne netop er sociale tilbud og ikke sundhedstilbud, og at der generelt ikke er sundhedspersonale i et omfang, der kan tage sig af egentlige sundhedsfaglige problematikker som alvorlige kroniske fysiske lidelser, plejehov mv. Ligeledes er de fysiske forhold på nogle § 110-boformer ikke tidssvarende, om end der her er tale om stor variation mellem de enkelte tilbud i den fysiske standard, som fx størrelsen af værelserne, og om der er fælles bad og toilet eller egne badeværelser til hvert værelse. Det har også betydning for, om det er muligt at kunne varetage hjemmeplejeopgaver på boformerne, og navnlig om de fysiske

rammer tillader, at den almindelige kommunale hjemmepleje kommer ind og varetager plejeopgaverne under hensyntagen til adgangs- og pladsforhold. For nogle herberger og forsorgshjem, som i førnævnte eksempel, betyder det, at det så vidt muligt tilstræbes at afvise borgere med væsentlige plejebestanden allerede ved indskrivningen. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at der anvises en anden plads, selvom vejledningerne for § 110-boformerne egentlig foreskriver det, men i nogle tilfælde er der ikke ledige pladser på andre herberger at henvise til, og/eller der er ikke pladser, der netop kan imødekomme borgerens støtte- og plejebestanden. Ifølge nogle af de interviewede medarbejdere på boformerne betyder det som tidligere nævnt, at borgeren kan være henvist til at søge ophold på en natvarmestue, hvor der typisk er tale om endnu dårligere muligheder for at imødekomme borgerens behov, da overnatningstilbuddet på natvarmestuerne typisk indebærer, at man sover mange i et rum, herunder i nogle tilfælde på madrasser på gulvet. Ifølge medarbejderne kan det også være, at de afviste borgere må overnatte på gaden.

Blandt de interviewede borgere er der meget forskellige oplevelser af ophold på § 110-boformerne. En del borgere forbinder opholdet med støj og uro, og den utryghed, der er forbundet med, at mange borgere på boformerne har misbrugsproblemer og psykiske lidelser. Samtidig udtrykker flere af de ældre borgere, at det kan være vanskeligt at være på boformerne sammen med de unge, som de ældre ofte oplever ikke tager hensyn, eller direkte generer og forsøger at udnytte dem. Der er dog også nogle af de interviewede borgere, der har haft en helt anden oplevelse med ophold på en § 110-boform, og som fremhæver den støtte og hjælp, de har fået på boformerne. I den forbindelse skal det også tages i betragtning, at § 110-boformerne – som borgerne i nogle tilfælde kommer til at opholde sig på i lang tid – er vidt forskellige tilbud, hvor den lokale tilgang og kultur blandt ledere og medarbejdere kan have stor betydning for, hvordan det er som borger at bo der.

Forskellige oplevelser med at være på et herberg

En kvinde i 50'erne, der i øjeblikket opholder sig på en § 110-boform fortæller, at hun oplever, at det er vanskeligt at bo på boformen, som hun betegner som "en larmekasse", blandt andet på grund af støj og larm fra de unge. Hun beskriver blandt andet, at der på tilbuddet er en del unge, der ryger hash, og generelt mange mænd med ADHD og en voldsom adfærd, hvilket hun oplever som et vanskeligt miljø for hende som kvinde midt i 50'erne, ligesom hun også påpeger, at det er vanskeligt, at folk, der lider af stress og angst og er bange for vold, blandes med folk, der har været i fængsel for vold. Hun synes også, at det er vanskeligt "at dele bad og toilet med fulde mænd", som hun udtrykker det, ligesom det også er vanskeligt at skulle dele køleskab med de andre beboere på fælleskøkkenerne. Hun ville i stedet foretrække et tilbud, hvor der var eget bad og køkken på værelserne. Borgeren peger også på, at selvom boformen er et § 110-tilbud, har det snarere karakter af et misbrugsbehandlingssted. Tilbuddet er forholdsvis nystartet, og ifølge borgeren har personalet "så lidt forståelse for folk, der har boet på gaden", som hun udtrykker det. Hun fortæller, at hun adskillige gange har oplevet, at beboere får "skæld ud af personalet", som hun udtrykker det. Borgeren har tidligere også boet på flere andre § 110-boformer. Også på et andet tilbud oplevede hun, at stof- og alkoholmisbrug fyldte meget, men samtidig havde personalet en bedre forståelse af, "hvad det vil sige at være hjemløs", som hun udtrykker det, end på det tilbud, hvor hun opholder sig nu.

En mand sidst i 50'erne har boet på det samme herberg i over 2 år. Han er generelt godt tilfreds med opholdet. Han beskriver, at der kan være larm og uro, men oplever dog også, at det er muligt at "bede folk om at dæmpe sig". Særligt beskriver han et godt forhold til personalet, hvor han oplever, at man altid kan henvende sig med de problemer, man har, og at personalet generelt er meget støttende og hjælpsomme over for beboerne. Borgeren oplever også, at herbergets forstander og øvrige ledelse er meget synlige og engagerede på boformen. Her er der tale om en "gammel" boform, der har eksisteret i mange år, og dermed med en lang erfaring med socialt arbejde på hjemløshedsområdet.

5 Organisering og snitfladeproblematikker

I dette kapitel beskrives en række organisatoriske forhold og problematikker i indsatsen for udsatte ældre i hjemløshed. Den høje kompleksitet i udsathedens hos borgerne betyder, at indsatsen ofte går på tværs af forskellige områder og tilbud. Det indebærer en kompleksitet i organiseringen og samspillet mellem forskellige indsatser, og interviewpersonerne i kommunerne og på de sociale tilbud beretter om en række forskellige snitfladeproblematikker og udfordringer med at give en sammenhængende indsats.

5.1 Kontaktskabelse og opbygning af tillid

Den første del af et indsatsforløb består ofte af en kontaktskabelsesproces, hvor relationen til borgeren skal etableres og tilliden bygges op. Det kan være, at en borger er blevet indskrevet på et herberg i kommunen eller i en anden kommune, eller at en SKP-medarbejder har fået kontakt med en borger, som er gadesover eller sofasover. Det kan også være, at borgeren selv har henvendt sig på kommunen for at få hjælp. En myndighedssagsbehandler i en af kommunerne beskriver, at der "kommer mange løse fugle ind". Det kan være bekymringshenvendelser fra "alle mulige steder", som hun udtrykker det, såsom gadeplansmedarbejdere, pårørende osv. I mange tilfælde kan processen med at få skabt en relation til borgeren være udfordrende og tage tid, fordi borgeren ofte er meget ustabil i kontakten.

I flere af kommunerne beskrives det, hvordan der i borgersagerne med ældre borgere i hjemløshed ofte er mange administrative udfordringer knyttet til en høj kompleksitet i udsathedens. En af de interviewede medarbejdere giver fx udtryk for, at der ofte er mange "bureaukratiske problemer" i sagerne. Det kan være borgere, der kommer ind helt uden papirer, og hvor man starter med at skulle have lavet et sygesikringskort eller en NemKonto. Hvis borgeren ikke har en NemKonto, kan der imidlertid ikke udbetales kontanthjælp, og uden kontanthjælp kan der ikke laves en boligindstilling. Medarbejderen beretter, hvordan der i nogle tilfælde må bevilges engangsydelser til mad og fornødenheder, indtil papirarbejdet falder på plads.

Nogle gange går kontakten gennem en kommunes misbrugsbehandlingstilbud. En medarbejder på et rusmiddelcenter fortæller, at når de ældre borgere dukker op lige fra hjemløshed, er deres fysik ofte ret medtaget pga. misbruget, og fordi de har befundet sig i en hjemløshedssituation i lang tid. Medarbejderen på misbrugscentret oplever generelt, at de meget misbrugende borgere i hjemløshed ofte er svære at få stabile aftaler med, da misbrugsdagsordenen generelt er meget styrende for deres adfærd. Nogle af dem, som har opholdt sig på gaden, i kolonihavehuse eller lignende, ved ifølge medarbejderen knap nok, at der er et forsorgshjem i kommunen, mens andre måske tidligere har været på herberg, men ikke længere vil være der, eller de har måske fået karantæne fra et eller flere herberger. Eksempelvis fortæller medarbejderen om en svært misbrugende mand i 50'erne, som for noget tid siden henvendte sig. Han havde opholdt sig i en kammerats kolonihavehus, hvor der var isnende koldt, men havde fået et hint om at gå op på rusmiddelcentret og dukkede op både forkommen og forfrossen. I sådanne tilfælde vil medarbejderen på rusmiddelcentret typisk henvise borgeren videre til kommunens hjemløshedsafdeling, hvor man vil arbejde med at finde et passende opholdssted til borgeren. Det kan i første omfang være et ophold på et forsorgshjem, hvorefter der vil ske en videre afklaring af, om borgeren har behov for et botilbud eller skal henvises til egen bolig med social bostøtte og/eller hjemmepleje.

Der er også tilfælde, hvor henvendelserne til kommunerne kommer fra et hospital, hvor borgeren er blevet indlagt. Nogle gange er borgeren blevet henvist til et midlertidigt døgnophold på en kommunal genoptræningsplads efter en hospitalsindlæggelse. En udfordring er i den forbindelse imidlertid, at man på de kommunale genoptræningscentre typisk ikke kan rumme borgere med et samtidigt misbrug. Flere interviewpersoner påpeger i den forbindelse, at der mangler specialiserede genoptræningsenheder til borgere med misbrug og kompleks udsathed. Det kan fx være en borger, der bliver udskrevet med et kunstigt knæ og et samtidigt misbrug. Her kunne der ifølge interviewpersonerne være et behov for både at have sundhedsfagligt personale og medarbejdere med misbrugskompetence ansat.

5.2 Koordination i komplekse borgersager

Når kontakten til borgeren er skabt, og det bliver muligt at få en indsats i gang, betyder den høje kompleksitet i udsatheden blandt mange udsatte ældre i hjemløshed, at den efterfølgende indsats for borgeren ofte må inddrage forskellige afdelinger og tilbud, fx socialafdelingen, jobcentret, ydelsesafdelingen, boligformidlingen eller de botilbud, som nogle af borgerne visiteres til. Det indebærer en kompleks koordinationsopgave på tværs af de forskellige enheder, og medarbejderne beretter generelt om mange forskellige udfordringer og snitfladeproblematikker i samarbejdet mellem de forskellige aktører og enheder. I den sammenhæng er der på tværs af det samlede interviewmateriale en tendens til, at mange af medarbejderne peger på, hvordan problemet ligger hos "de andre" – i en anden del af systemet. På tværs af indsatterne sker der således en reproduktion af et system, hvor ingen samlet set tager ansvaret for at få koordineringen og samarbejdet til at fungere. I de følgende afsnit ser vi nærmere på eksempler på sådanne problematikker, som de bliver beskrevet i interviewene.

Selvom der opleves mange udfordringer, er der også interviewpersoner, der beretter om et godt tværfagligt samarbejde på tværs af forskellige afdelinger og mellem forskellige samarbejdsparter. I en af kommunerne fremhæves fx et godt samarbejde på tværs af kommunens socialafdeling, et større herberg i kommunen, kommunens botilbud samt det kommunale rusmiddelcenter, hvor kommunen opleves som stor nok til, at der er en differentieret og specialiseret indsatsstruktur, men samtidig ikke større end, at der er mulighed for tætte samarbejdsrelationer mellem nøglemedarbejdere på tværs af de forskellige enheder. I en anden af kommunerne oplever de fleste af interviewpersonerne generelt, at der er et godt tværfagligt samarbejde om udsatte borgere med komplekse støttebehov på tværs af kommunens afdelinger, hvor særligt én afdeling har ansvaret for disse sager. En medarbejder i denne kommune giver dog samtidig udtryk for, at der kunne mangle en specifik casemanagerfunktion i disse sager, hvor der i øjeblikket snarere er tale om koordination og samarbejde omkring den enkelte borger.

5.3 Udredning og visitation

De udsatte ældre lever generelt længere, men sjældent længe nok til at kunne passe ind i de almene tilbud for ældre, og heller ikke i visitationssystemerne til disse tilbud, der generelt går efter alder og ikke efter, hvordan borgerne har levet deres liv. Også hvad angår tilbuddene under serviceloven, kræver de fleste af indsatterne (ud over ophold på § 110-boformerne og den opsøgende SKP-indsats efter § 99) en forudgående visitation til indsatsen. En del interviewpersoner beskriver barrierer og udfordringer i forhold til visitationsprocesserne og i forhold til, om borgerne får de indsatser, de har behov for.

De største udfordringer finder vi i de kommuner, hvor medarbejderne oplever, at der decideret mangler bestemte typer af tilbud eller er betydelige kapacitetsbegrænsninger i de eksisterende tilbud. I nogle af kommunerne, hvor vi har foretaget interview, er der som tidligere nævnt ikke specialiserede botilbud til ældre udsatte borgere med en høj kompleksitet i udsathed. I en anden af kommunerne findes der flere specialiserede tilbud til målgruppen, men flere interviewpersoner beretter om betydelige kapacitetsproblemer i indsatsen, hvilket som tidligere beskrevet ofte resulterer i en lang ventetid på ledige pladser i de typer af tilbud, som borgere visiteres til. I nogle af kommunerne beskrives en udfordring i de tilfælde, hvor der er behov for at "købe" en plads i en anden kommune. Medarbejderne oplever i disse tilfælde, at det til tider er vanskeligt at få bevilget et sådant køb af pladser, hvor det ofte er økonomiske hensyn, der spiller ind. I flere af kommunerne beskrives også tilfælde, hvor der generelt er en villighed til at købe pladser uden for kommunen, men hvor det opleves som vanskeligt overhovedet at finde egnede tilbud, der kan imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov. Det gælder særligt i forhold til borgere med et massivt misbrug og/eller en udadreagerende adfærd.

5.3.1 Krav til udredning bliver en barriere for visitation

Flere interviewpersoner beretter om, hvordan omfattende krav til udredninger og funktionsbeskrivelser kan vanskeliggøre processen med at visitere borgerne til den rette hjælp og støtte. Særligt spørgsmålet om, hvilke tilbud borgerne kan få, er "alt for snævert hængt op på, hvilke diagnoser borgerne har", som en medarbejder udtrykker det. En del af interviewpersonerne peger på, hvordan kompleksiteten i borgernes udsathed og livssituation ofte vanskeliggør at få udredt og beskrevet borgernes problematikker i det omfang, der skal til for at foretage en visitation. En medarbejder beskriver fx, hvordan kommunen forventer, at sundhedssystemet i regionerne kan udrede og beskrive borgerne, men ofte kan borgeren ikke indgå i de udredningsforløb, der kræves. Eksempelvis kræver en demensudredning typisk, at borgeren skal have været alkoholfri i seks måneder, men hvis det ikke kan lade sig gøre, indebærer det, at borgeren ikke kan få det tilbud og den hjælp, der er behov for. Dermed bliver udredningsprocessen ikke "borgercentreret", og der er ikke et helhedsorienteret blik i udredningen. Som en visitationsmedarbejder udtrykker det, "arbejder regionen ikke på, hvad kommunen skal stille op med borgeren, men kommunen forventer, at regionen kan beskrive borgeren, og dermed hvilket tilbud borgeren skal placeres i". Dermed gør regionen ifølge denne medarbejder "hvad den skal, men kommunen forlanger noget, den ikke kan få".

Internt i kommunen handler udredningsprocessen særligt om, hvad der "fylder mest" – i forhold til misbrug, psykiatri og somatik. Det er i den forbindelse, at der typisk kræves specifikke beskrivelser fra regionerne for at kunne placere borgerne rigtigt. Samtidig er der et hensyn i forhold til socialtilsynet, hvor tilsynsforpligtelsen defineres ud fra, hvilke problematikker borgeren har, og dermed hvilken målgruppe borgeren tilhører. I den forbindelse påpeger medarbejderne også, at såfremt det viser sig, at der er sket en "fejlplacering", er det en omfattende proces at "flytte" en borger fra et tilbud til et andet – særligt hvis borgeren ikke kognitivt forstår processen og ikke kan give samtykke til flytningen som fx, når der er tale om alkoholdemens. Udfordringerne gør sig gældende i forhold til både det somatiske og det psykiatriske behandlingssystem, og ofte vil der være tale om "ping-pong" i forhold til de forskellige dele af behandlingssystemet, som en medarbejder udtrykker det. Hun peger på, at i sådanne tilfælde ender man let i et "miskmask af forskellige lovgivninger og forskellige tilsyn".

Barrierer for at blive visiteret til et egnet botilbud

En medarbejder beskriver en tidligere hjemløs borger, der var blevet placeret i egen bolig med en forholdsvis intensiv bostøtte tilknyttet. Borgeren led af gentagne psykoser, men viste imidlertid i stigende grad også tegn på demens, og medarbejderen ville gerne have borgeren udredt i gerontopsykiatrien. Her var aldersgrænsen imidlertid 70 år, men borgeren var kun 67 år. Derfor endte borgeren med en indlæggelse på en almenpsykiatrisk afdeling, hvorfra han imidlertid endte med at gå, da han blev kognitivt dårligere af indlæggelsen. Borgeren blev imidlertid stadig mere psykotisk og endte med at blive sat ud af boligen pga. trusler mod en nabo. Derefter blev det forsøgt at igangsætte et udredningsforløb via den praktiserende læge, men lægen kunne ikke indstille borgeren til en udredning pga. borgerens aktive misbrug. Fordi borgeren ikke kunne udredes, og da botilbud til demensramte generelt kun gives, hvis tilstanden er irreversibel, kunne kommunen imidlertid ikke placere ham i et egnet tilbud.

Også forskellige procedurekrav kan komplicere visitationsprocessen. I en af kommunerne beskriver en medarbejder, hvordan ansøgningen om § 85-bostøtte til borgerne giver udfordringer. Visitationen til § 85-bostøtten foregår i en anden afdeling, der har sat et krav om, at borgeren selv skal være til stede ved visitationssamtalen og kunne formulere, hvad de har behov for støtte og hjælp til. Samtidig er der sat et krav om, at myndighedssagsbehandlere fra den førstnævnte afdeling ikke må være til stede under samtalen. I nogle tilfælde er borgeren imidlertid ikke i stand til selv at formulere, hvad vedkommende har brug for hjælp og støtte til, eller borgeren dukker slet ikke op til samtalen, og så sker det, at ansøgningen om § 85-bostøtte bliver afvist med en begrundelse om, at borgeren ikke har brug for hjælp. Medarbejderen fremhæver, at det er den interne organisering af processen i kommunen, der skaber udfordringen, og fortæller, at vedkommende tidligere arbejdede i en anden kommune, hvor snitfladerne mellem afdelingerne var anderledes, og hvor visitationen til bostøtte fungerede mere smidigt. Omvendt oplever medarbejderen, at der i den nuværende arbejdskommune er en meget velfungerende visitation til hjemmepleje, der stort set bliver startet op, så snart der er behov for det, og hvor der i stedet var en lang udrednings- og visitationsproces i den kommune, medarbejderen tidligere arbejdede i.

Ud over udfordringerne med at få bevilget den støtte og de tilbud, der er behov for, beskriver en del medarbejdere i forskellige kommuner generelt en rigiditet i den måde, ydelserne administreres på. Det gælder særligt § 85-bostøtten, hvor det i flere kommuner beskrives, at der ofte fra myndighedsafdelingerne sættes meget nøje grænser for, hvad borgeren "må få hjælp til", og hvad borgeren "ikke må få hjælp til", men hvor medarbejderne fremhæver, at man for de udsatte borgere ikke altid kan vide på forhånd, hvad der er behov for hjælp til. Afhængigt af hvor rigtigt ydelserne administreres, vil ændringer i, hvad borgerne aktuelt har behov for hjælp til, kræve en "omvisitation", hvor en myndighedsrådgiver på ny skal specificere, hvad borgeren må få hjælp til.

5.3.2 Økonomi og kassetænkning

Som nævnt opleves der i flere kommuner barrierer for at få bevilget et § 107- eller 108-botilbud til borgerne, og flere af de interviewede medarbejdere oplever, at det i praksis ofte er økonomiske hensyn, der står i vejen. I den forbindelse kan der også være "kassetænkning" internt i kommunen vedrørende, hvilke afdelinger der kommer til at betale for et ophold. I en kommune beskriver en medarbejder i den afdeling, der står for udsatte/hjemløseområdet, at visitationen til § 107/108-botilbud ligger i en anden afdeling, hvor medarbejderen oplever, at "det er vanskeligt at få en bevilling igennem". I stedet må man forsøge med ophold i egen bolig og støtte

med bostøtte og hjemmepleje. Medarbejderen oplever, at "et princip om mindst mulig indgriben til tider bliver et påskud for at undgå at bevilge et botilbud, men at man i nogle tilfælde blot kommer til at forstærke håbløsheden", som hun udtrykker det. I stedet bliver konsekvensen, at "borgeren ender med at komme på et herberg, og så er det vores pengekasse [der betaler] i stedet, og eftersom herbergerne er selvvisiterende, er det nemmere ad den vej", som hun beskriver det. Medarbejderen påpeger dog, at det ikke er nogen hensigtsmæssig løsning, hverken for borgeren eller for kommunens økonomi som helhed.

Ikke mindst i de kommuner, der ikke har egne botilbud til borgere med en kompleks udsathed, påvirker fraværet af pladser visitationsprocessen. En medarbejder i en af disse kommuner beskriver, hvordan manglen på egne pladser i kommunen betyder, at "man bliver firkantede lovgivningsmæssigt i forhold til, om borgeren har en diagnose eller har den rette diagnose for at kunne få et tilbud". Medarbejderen påpeger i den forbindelse, at der findes både psykiatriske botilbud og botilbud til fysisk handicappede i kommunen, men at mange af de udsatte borgere i hjemløshed ikke "passer ind" i disse tilbud. Disse borgeres primære udfordring er ifølge medarbejderen ikke en psykisk lidelse eller et fysisk handicap, men snarere et langvarigt misbrug og de fysiske skavanker samt i nogle tilfælde begyndende alkoholdemens, der følger med. "Folk vil ikke røre ved dem" – som medarbejderen udtrykker det, og understreger dermed, at fraværet af specifikke diagnoser for psykiske eller fysiske lidelser betyder, at disse borgere ikke bliver vurderet som målgruppe for et botilbud. Medarbejderen fremhæver, at der generelt skal et væsentligt nedsat funktionsniveau til for at få et § 108-botilbud efter serviceloven eller et botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105, og der skal ikke være andre muligheder for borgeren. Særligt for borgere med misbrug vil vurderingen være, at hvis de fik den rette støtte og havde en kontakt til et misbrugscenter, ville mange af dem godt kunne bo i en almindelig bolig, og derfor vil de ikke komme i betragtning til et botilbud. I den pågældende kommune er det imidlertid både vanskeligt at få en bolig, ligesom der ifølge medarbejderne ikke er et højt serviceniveau i forhold til antallet af bostøttetimer, og borgerne kommer derfor til at befinde sig i en situation, hvor det er vanskeligt at etablere en løsning på deres hjemløshedsproblematik. På den måde er der generelt tale om, at udfordringer og mangler på forskellige områder i indsatsen i samspil med de "bureaukratiske" krav til udredning og procedurer betyder, at der ikke skabes en løsning for borgeren.

5.3.3 Forskelle mellem kommunerne

Det er dog ikke i alle kommunerne, at medarbejderne oplever udfordringer i forhold til bevilling af botilbud. I en af de kommuner, hvor der er flere tilbud, beskriver flere interviewpersoner, at der ikke er væsentlige barrierer i forhold til at bevilge et botilbudsophold, selvom kortere ventetid kan forekomme. Derimod oplever flere interviewpersoner i udførerleddet i denne kommune en barriere i forhold til at få bevilget bostøtte til borgere i eget hjem i et tilstrækkeligt omfang, hvor det er oplevelsen, at der typisk kun bevilges bostøtte med et ret begrænset ugentligt timetal, der ikke altid står mål med borgernes støttebehov. Det illustrerer, at der kan være forskellige udfordringer i forskellige kommuner. Hvor det i nogle kommuner er manglen på botilbud, der er mest fremtrædende, er det i andre kommuner særligt mulighederne for at få en tilstrækkelig hjælp og støtte i egen bolig, eller overhovedet det at kunne få en bolig, der er den største udfordring. I nogle kommuner viser udfordringerne sig dog både i forhold til manglen på botilbudspladser og i vanskelighederne ved at kunne etablere en boligløsning i egen bolig.

Selvom der således er forskelle mellem kommunerne, understreger eksemplerne, at en del af udfordringerne og barriererne i forhold til at give borgeren det rette tilbud og en indsats, der kan imødekomme vedkommendes støttebehov, udspiller sig i det kommunale "maskinrum",

hvor der er kompleksitet både i organiseringen på tværs af afdelinger og omkring tilbudsviftens udformning og dimensionering i forhold til kapaciteten i kommunens botilbud og bostøtteindsats eller fraværet af specifikke indsatser og tilbud. Eksemplerne viser også, at det i sidste instans ofte er forhold omkring økonomi, der spiller ind, samt at "kassetænkning" internt mellem forskellige afdelinger i kommunerne i en del tilfælde indebærer suboptimale løsninger, der – ud over at bevirke, at borgerne ikke altid får den indsats, de har behov for – heller ikke nødvendigvis er til gavn for kommunens samlede økonomi, som i de tilfælde, hvor der ikke findes en sammenhængende løsning, og borgeren i stedet ender med et langt ophold på et herberg.

5.4 Samspelet mellem den sociale støtte og hjemmeplejen

En del af de udsatte ældre borgere vil have behov for hjælp fra hjemmeplejen. Det kan være borgere, der er kommet i egen bolig med bostøtte, men hvor der samtidig er behov for praktisk hjælp i hjemmet og/eller hjemmesygepleje. En del har også brug for hjælp til medicinbehandling, hvilket både kan være i forhold til fysiske og psykiske lidelser. Ud over hjemmepleje i egen bolig varetager hjemmeplejen som tidligere nævnt også plejeopgaver i de botilbudslignende tilbud under almenboliglovens § 105. I de fleste af kommunerne varetages hjemmeplejeopgaven af den almindelige hjemmepleje. En særligt væsentlig samarbejds- og snitflade i indsatsen for de udsatte ældre er derfor mellem udsatteområdet og den kommunale hjemmepleje. Kun i en af kommunerne, der har indgået i undersøgelsen, findes der et specialiseret hjemmeplejeteam, der særligt er målrettet socialt udsatte borgere. I denne kommune opleves det som en stor fordel, at der er et særligt hjemmeplejeteam, der kan varetage hjemmeplejen for socialt udsatte borgere i egen bolig. I de øvrige kommuner oplever interviewpersonerne i overvejende grad, at det fungerer rimeligt at få leveret praktisk hjælp og personlig pleje fra den almindelige hjemmepleje. Flere interviewpersoner peger på, at der typisk er nogle medarbejdere i hjemmeplejen, der er særligt gode til at håndtere udsatte borgere eller "brænder for" denne gruppe, som en medarbejder udtrykker det. Således kan der ske en form for selvseleksion i hjemmeplejen i forhold til, hvilke medarbejdere der særligt tager sig af plejen til de mest udsatte borgere. I flere af kommunerne opleves dog også en udfordring med, at det ofte er mange forskellige personer, der varetager hjemmeplejeopgaverne for socialt udsatte borgere, ligesom det også er tilfældet for andre ældre. Dette kan fx være meget forvirrende for borgere med psykiske lidelser eller begyndende demens. Der opleves også udfordringer med, når de fysiske forhold i hjemmet ikke tillader, at hjemmeplejeopgaverne udføres, hvilket fx kan forekomme ved "samlere", hvor hjemmet er fyldt op med ting og affald, der betyder, at hjemmeplejen ikke kan komme til, eller ikke kan udføre opgaverne pga. hygiejnekrav. Nogle af interviewpersonerne fra udsatteområdet i kommunerne giver i den forbindelse udtryk for, at der ikke altid er lige stor forståelse i hjemmeplejen for borgernes udsathed.

Samarbejdet mellem socialområdet og hjemmeplejen omkring de udsatte ældre har i høj grad en ret praktisk karakter i forhold til de enkelte borgere. I en af kommunerne fortæller en myndighedsrådgiver fra socialområdet om, hvordan man samarbejder med den kommunale hjemmepleje om at yde praktisk hjælp og pleje til de borgere i hjemløshed, der er kommet i egen bolig eller på et kommunalt botilbud, hvor hjemmeplejen ligeledes tager sig af den praktiske hjælp og pleje til beboerne. Der laves blandt andet aftaler med hjemmeplejen om at hjælpe med medicinbehandling. Det gælder både i forhold til den somatiske del, hvor en del fx har brug for blodfortyndende medicin i forbindelse med hjertekarsygdomme, eller hjælp til at få taget præparater som B-vitamin og jern, og i forhold til den psykiatriske del, hvor en del har brug for medicin for psykiske lidelser. Hjemmesygeplejen tager sig også af periodevis sårbehandling. Myndighedsrådgiveren oplever dog også, at der er en del af borgerne, som ikke er så gode til

at tage imod hjælp fra hjemmeplejen. Særligt de lidt yngre – dem i 50'erne – har ofte svært ved at indse, at de har plejebehov, og de vil gerne klare sig selv. Derfor bliver hjælpen ofte af mere praktisk karakter, som fx hjælp i forbindelse med vask af sengetøj e.l., som borgerne typisk hellere vil tage i mod hjælp til. I denne kommune er der, ligesom i de fleste af de øvrige kommuner, ikke et specialiseret hjemmeplejeteam henvendt til udsatte borgere. Fra socialområdet oplever man til tider en udfordring med, at det, hvis borgeren ikke formår at tage imod støtten fra hjemmeplejen, og særligt hvis borgeren gentagne gange ikke er hjemme eller ikke lukker hjemmeplejen ind, sker, at hjemmeplejen afsluttes. For at øge kendskabet til målgruppen i hjemmeplejen har socialafdelingen blandt andet gennemført små interne "kurser" for medarbejderne i hjemmeplejen med fokus på bedre at kunne håndtere plejeopgaverne for de mest udsatte borgere i kommunen. På den måde kan et tæt samarbejde mellem udsatteområdet og hjemmeplejen være med til at klæde den almindelige hjemmepleje bedre på til at yde plejeopgaver til udsatte borgere i de mange kommuner, der ikke har et specialiseret hjemmeplejeteam til udsatte borgere.

I forhold til snitfladen mellem bostøtten og hjemmeplejen opleves der i nogle tilfælde en unødigt rigiditet omkring, hvad man "må" under de enkelte paragraffer, hvor reglerne for, hvilke opgaver man som medarbejder må udføre under hhv. hjemmeplejen (§ 83) og bostøtten (§ 85) opleves som ufleksible. I en kommune fremhæves det fx som en udfordring, at man som bostøttemedarbejder ikke må tage en snak med borgeren, mens man sammen står og vasker op, da § 85-bostøtten skal have et socialpædagogisk udviklingsperspektiv, og man derfor kun må arbejde med at lære borgeren selv at vaske op, mens det at tage opvasken er praktisk hjælp i hjemmet, som kun må udføres af hjemmeplejen (§ 83). Snitfladeudfordringerne mellem hjemmeplejen og bostøtten kan også gælde medicin håndtering. Bostøttemedarbejderne må således generelt ikke varetage medicin håndtering, men hjemmeplejen må ikke dosere medicin, hvis ikke al den medicin, borgeren er registreret med, forefindes. Nogle gange vælger borgeren imidlertid noget af medicinen fra af økonomiske grunde. I sådanne tilfælde må bostøttemedarbejderne ind og arbejde med borgerne og forsøge at tale med den praktiserende læge om, hvad der er nødvendig medicin, og hvad der kan undværes. Hvis borgeren imidlertid bliver indlagt, ordineres der typisk ny medicin, hvorefter processen kan starte forfra. Som medarbejder, der beskriver dette eksempel, udtrykker det, forstår hun det hensyn til sikkerhed omkring medicin håndteringen, som foreskrives ud fra sundhedslovens bestemmelser, men i praksis oplever hun ofte, at konsekvensen er, at "det ikke bliver til behandling", som hun udtrykker det. Selvom der i eksempler som ovenstående kan være forskel på, hvordan reglerne fortolkes, og hvor rigtigt de forskellige sondringer mellem opgaverne i de enkelte paragraffer følges i den enkelte kommune, gælder det overordnet set, at mange af medarbejderne i praksis oplever, at disse bureaukratiske benspænd gør det vanskeligt at tilpasse støtten til den enkelte borger og at have et holistisk perspektiv i indsatsen.

I flere kommuner rejses der også en problematik i forhold til, at når borgerne når pensionsalderen, er det ældreområdet, der er den første indgang til kommunen. I en af kommunerne beskriver medarbejderne, at når der er tale om ældre, der debuterer i hjemløshed efter pensionsalderen, kan det være vanskeligere at få koblet de almindelige sociale støtteindsatser som § 85-bostøtte på et borgerforløb. Der er dog også kommuner, hvor der er en høj grad af opmærksomhed på udsatte ældre i risiko for hjemløshed i en høj alder. I en af kommunerne arbejder man målrettet med at "opdage" disse ældre i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, der generelt gennemføres med ældre borgere. Medarbejderne i denne kommune beskriver flere eksempler på, at det er lykkedes at intervenere i et marginaliseringsforløb, der kunne være endt med en udsættelse fra boligen. I denne kommune beskriver medarbejderne,

at der er "højt til loftet" i kommunen, hvor man på ældreområdet blandt andet har haft en innovativ tilgang med at lave tidlig opsporing blandt ældre på byens "brune værtshuse" for netop at få etableret en kontakt med borgerne, før udsathed udvikler sig og resulterer i, at borgeren mister boligen. En medarbejder beskriver, hvordan hun gennem et opsøgende arbejde på byens værtshuse fx fik kontakt med en ældre kvinde med en psykisk lidelse, der fremtrådte forhutlet og meget sårbar. Det lykkedes at få skabt en kontakt med borgeren, og at få lov til at komme hjem til borgeren, hvor det viste sig, at borgeren levede i en tilgroet lejlighed med affald og snavs. Gennem kontakten lykkedes det at undgå, at borgerens situation eskalerede yderligere, og medarbejderen fremhæver, at hvis ikke det var lykkedes at opdage borgeren i tide kunne et sådant forløb meget vel have ledt til en udsættelse. Det var således en borger, der var i risikogruppen for at debutere sent i hjemløshed, jf. identifikationen af denne gruppe af ældre i hjemløshed i kapitel 3. Eksemplet viser, at der kan være et betydeligt forebyggende potentiale i forhold til denne gruppe, og hvor en opmærksomhed på risikoen for udsættelser også i kommunernes ældreafdeling kan udgøre et vigtigt element i forhold til forebyggelse af hjemløshed.

5.5 Samspil med sundheds- og behandlingssystemet

De omfattende helbredsproblematikker hos mange af borgerne betyder, at der også ofte er behov for en sundhedsfaglig indsats. Der er således generelt behov for et tæt samspil mellem den sociale indsats og både det somatiske og psykiatriske behandlingssystem. I nogle af kommunerne beskrives det som tidligere nævnt, at udsatte borgere i hjemløshed med somatiske plejebehov i en del tilfælde tilbydes en plads på kommunale genoptrænings- og aflastningstilbud efter et hospitalsophold, men det opleves samtidig, at det kan være vanskeligt at rumme borgernes udsathed på sådanne tilbud. I et par af kommunerne tilkendegiver medarbejdere, at det ville være hensigtsmæssigt med særlige aflastnings- og genoptræningspladser målrettet udsatte borgere.

De kommunale medarbejdere beskriver generelt det psykiatriske behandlingssystem som værende meget presset, og oplever, at det i mange tilfælde er vanskeligt at rumme borgere med en kompleks udsathed på de psykiatriske afdelinger. Disse udfordringer kan dog samtidig forstærkes af, hvis de udsatte borgere ikke får en tilstrækkelig social bostøtte i eget hjem. Særligt på herbergerne oplever man konsekvenserne af samspillet mellem det pressede psykiatriske behandlingssystem og udfordringerne med at give tilstrækkelige bolig- og støtteløsninger til borgere i hjemløshed. På flere herberger meldes der om udskrivninger direkte fra psykiatriske hospitaler og afdelinger til herberget. På et herberg beretter medarbejderne om, at det regelmæssigt forekommer, at borgere (både ældre og yngre) ankommer på herberget i en taxa direkte fra en udskrivning fra en psykiatrisk afdeling. Nogle gange sker det endda, at de dukker op på herberget i hospitalstøj – eller "nattøj", som en medarbejder udtrykker det. Endvidere beskriver medarbejderne på herbergerne, hvordan udfordringerne med mangel på specialiserede botilbud ikke kun gælder borgere med somatiske plejebehov, men også borgere med komplekse psykiatriske problematikker og særligt gruppen med dobbeltdiagnose, der på nogle herberger venter i lang tid på en plads i et botilbud.

Særligt dobbeltproblematikken mellem psykiske lidelser og et samtidigt misbrug beskrives som en stor udfordring, hvor medarbejderne både i kommunerne og på de sociale tilbud generelt oplever, at det ofte er vanskeligt at få tilstrækkelig hjælp i det psykiatriske behandlingssystem. I en af kommunerne beskriver en koordinerende sagsbehandler, at det er rigtig svært at få borgerne udredt og behandlet i psykiatrien, når de både har misbrug og en hjemløshedsproblematik. Medarbejderen vurderer, at der næsten altid er en underliggende psykisk problematik

bag ved borgerens misbrug, men "psykiatrien vil ikke have borgerne, hvis der er et misbrug, og misbrugscentret er ikke gearret til at håndtere de tunge diagnoser", som hun udtrykker det. Det er ifølge medarbejderen "svært at få psykiatrien mere med ind over, og hvem skal tage hul på problemet først og åbne Pandoras æske, og hvis der så er noget plejkrævende, er det endnu mere svært". Medarbejderen oplever, at "det mest er gennem rusmiddelcentret, at det går". I den pågældende kommune er der en læge og psykiater ansat på rusmiddelcentret, "så vi ikke skal have dem ud i psykiatrien", som medarbejderen udtrykker det. I den forbindelse påpeger medarbejderen også, at indgangen ind i psykiatrien opleves vanskelig, hvor henvisningen først skal gå gennem borgerens egen læge, og derefter gennem den psykiatriske centralvisitation i regionen.

Mens der opleves en del udfordringer og barrierer i samarbejde og koordinering med sundhedssystemets indsatser, nævnes der også eksempler på god praksis. Særligt fremhæves i flere kommuner socialsygeplejerskernes indsats og funktion på en række hospitaler og betydningen af disse for brobygningen til de kommunale og øvrige indsatser. Der er også en kommune, der har gode erfaringer med ansættelsen af en læge, der indgår i en delt funktion mellem forskellige tilbud i kommunen, herunder både en § 110-boform og et § 108-botilbud. Ifølge interviewpersonerne i denne kommune har det givet mulighed for et løft af den sundhedsfaglige indsats på tilbuddene til de mest udsatte borgere.

5.6 Forsørgelsesgrundlag, kontanthjælp og førtidspension

En del interviewpersoner fremhæver en udfordring med, at mange af de udsatte borgere i hjemløshed i 50-60-årsalderen fortsat er på kontanthjælp på trods af en høj kompleksitet i udsathed. De interviewede medarbejdere oplever, at særligt et fortsat aktivt misbrug gør det vanskeligt at gennemgå den fornødne jobafklaring og udredning i forhold til at få tilkendt en førtidspension, mens de borgere, der primært har en psykiatrisk problematik, i højere grad allerede har fået tilkendt en førtidspension. Kompleksiteten i udsathed gør ofte kontakten med jobcentret vanskelig for de midaldrende og ældre udsatte borgere på kontanthjælp, som i mange tilfælde har svært ved at leve op til de forskellige krav, der stilles i jobcentrene omkring fremmøde, aktivering mv. I en del tilfælde lykkes det dog gennem et samarbejde mellem socialafdelingen og jobcentret at sikre, at borgeren friholdes for en del krav. Men ud over det pres, der ligger på den enkelte borger i forhold til at leve op til beskæftigelsessystemets krav, kan det forhold, at borgerne fortsat er på kontanthjælp, også have en væsentlig betydning i forhold til mulighederne for at etablere en boligløsning, da betalingsevnen i forhold til en husleje generelt er højere med en førtidspension, og der således typisk vil være en længere ventetid på en boligløsning for borgere på kontanthjælp.

Set fra jobcentrenes synsvinkel kan der imidlertid også opleves en udfordring med, at de afklaringsforløb og dokumentationskrav, som lovgivningen fordrer i forhold til at få tilkendt en førtidspension eller at blive fritaget i forhold til aktiveringskrav o.l., i praksis også kræver et samspil med indsatserne på det sociale område. I en af kommunerne er en del af den koordinerende sagsbehandlerfunktion placeret på jobcentret, og en jobcentermedarbejder fortæller, at vedkommende ofte bliver mødt med spørgsmål fra socialområdet om, hvorfor borgeren ikke har fået tilkendt en førtidspension. Jobcentermedarbejderen oplever imidlertid at have brug for input fra socialområdet og for, at der helt konkret støttes op om de forskellige processer, fx ved kontakt til egen læge eller i forhold til at støtte borgeren i at deltage i påkrævede møder, fx med kommunens rehabiliteringsteam. I den sammenhæng kan jobcentermedarbejderen ofte være

forundret over, hvor lidt støtte og hjælp borgerne får fra socialområdet. Det kan fx være borgere, som jobcentermedarbejderen oplever, er meget dårlige, men som fx kun har fået bevilget én times social støtte om ugen, og hvor jobcentermedarbejderen til tider kan være overrasket over socialrådets opfattelse af, hvad der er lidt eller meget hjælp. Den begrænsede støtte kan blandt andet betyde, at det kan være vanskeligt at gennemføre de processer og indsamle den dokumentation, der skal til i forhold til at indstille borgeren til en førtidspension.

En del af de interviewede borgere er på kontanthjælp, og nogle fortæller om, hvordan de i lang tid har kæmpet for at få en førtidspension, for nogles vedkommende på trods af forholdsvis omfattende helbredsproblemer. Det er generelt borgere med en høj kompleksitet i udsathed, og som samtidig typisk støder på flere forskellige udfordringer i forskellige dele af velfærdssystemet på samme tid.

Kampen for at få en førtidspension

En borger midt i 60'erne, der således snart nærmer sig folkepensionsalderen, fortæller, at han i 6 år har kæmpet for at få en førtidspension, på trods af at han har forholdsvis omfattende fysiske helbredsproblemer med blandt andet knogleskørhed og en skade efter en brækket ryg. Desuden har borgeren et alkoholmisbrug. Han påpeger, at der hyppigt sker skift af sagsbehandlere, og hver gang der kommer hul på hans sag, oplever han at skulle fortælle "sin historie", hvorefter sagsbehandleren typisk skiftes ud, og han kan begynde forfra med at fortælle den samme historie til den næste sagsbehandler. Borgeren undrer sig over at have hørt tale om, at man skal have én gennemgående sagsbehandler, og påpeger, at det ikke hjælper noget, hvis denne sagsbehandler hele tiden skiftes ud. I stedet for at få tilkendt en førtidspension har borgeren nu fået tilknyttet en mentor fra jobcentret. Borgeren oplever ikke, at han kan bruge mentoren til andet end at snakke med, og så har de været "ude og fodre ænder sammen", som han beskriver det.

En anden borger, som er sidst i 50'erne, fortæller, at han er svagtseende og beskriver sig selv som "næsten blind", men på trods af dette handicap er han stadig på kontanthjælp. Borgeren fortæller, at han er i gang med en proces med at få tilkendt førtidspension, men at han fortsat mangler det sidste af et udredningsforløb på jobcentret. Borgeren befinder sig på interviewtidspunktet på et herberg, hvor han har boet i 3 år. Han vil gerne i egen bolig og fortæller, at han har været skrevet op til en bolig i cirka 10 år. Han har dog for nylig fået tilbudt en bolig gennem kommunen. Da borgeren imidlertid ikke kunne få bevilget hjælp til selve flytningen på trods af sit synshandicap, måtte han afslå boligtilbuddet, og han opholder sig derfor fortsat på herberget. Borgeren peger endvidere på, at han på grund af sit synshandicap har behov for en bolig enten i stueetagen eller højest på første sal, hvilket yderligere begrænser mulighederne.

Ifølge kortlægningen af hjemløshed er det kun cirka en fjerdedel af de 50-59-årige i hjemløshed, der er på førtidspension (Benjaminsen, 2019, s. 38). Ifølge de interviewede medarbejdere giver særligt en diagnose med en alvorlig psykisk lidelse ofte adgang til en tilkendelse af førtidspension. Den økonomiske sikkerhed, der kan følge med at have en førtidspension, betyder generelt, at der er bedre mulighed for en ordentlig boligløsning, og sikrer også i højere grad, at borgeren i rimelig grad kan undgå økonomisk stress og pres i hverdagen. Der er kun enkelte af de interviewede borgere, der har fået en førtidspension. De fortæller generelt, at pensionen har været med til at give en ro omkring den økonomiske situation.

Når det lykkes at få en førtidspension, kan det give ro og stabilitet

En borger i 50'erne fik allerede for en del år siden tilkendt en førtidspension pga. en psykisk lidelse. Han er for nyligt kommet i egen bolig efter at have haft ophold i et midlertidigt botilbud efter en lang periode med hjemløshed. Samtidig med førtidspensionen får han også hjælp fra en pensionsrådgiver fra kommunen til at administrere betalingen af både huslejen og de øvrige faste udgifter. Som borgeren selv udtrykker det, skal han "ikke tænke på de administrative ting". Da borgeren samtidig er lykkedes med at komme ud af et misbrug, lægger misbruget heller ikke længere beslag på en betydelig del af økonomien, som det tidligere var tilfældet, og borgeren oplever nu i rimelig grad både at kunne betale sine faste udgifter og at kunne få pengene til at slå til i hverdagen.

5.7 Kastebold mellem kommuner

Mens der kan være mange barrierer og udfordringer med at få den rette hjælp og en sammenhængende indsats inden for den enkelte kommune, knytter der sig et yderligere lag af barrierer til de tilfælde, hvor borgerne opholder sig i en anden kommune end "hjemkommunen". Her melder interviewpersoner – både i kommunerne og på de sociale tilbud – om, hvordan der kan opstå tvister mellem kommuner om, hvilken kommune der skal betale for en indsats for borgeren. En del af de interviewede medarbejdere beskriver tilfælde, hvor kommuner forsøger at skubbe ansvaret fra sig. I en af kommunerne fortæller en medarbejder om, hvordan en konsekvens af, at kommunen selv kun har meget begrænsede tilbud til borgere i hjemløshed, er, at borgere i hjemløshed ofte må søge til herberger i andre kommuner. Her oplever medarbejderne, at kommunens "kontrolafdeling" forsøger at skaffe dokumentation, der kan påvise, at borgeren ikke længere har tilknytning til kommunen. Det er særligt tilfældet, hvor borgere i længere tid har opholdt sig i andre kommuner, og hvor medarbejderen således oplever, at der ikke er et fokus på at hjælpe borgeren og at skabe en løsning for borgeren, men snarere på at undslippe et betalingsansvar for den pågældende borger. Medarbejderen fortæller dog samtidig, at kommunen oplever det samme – men med modsat fortegn – hvad angår udsatte borgere fra andre kommuner, der af deres sagsbehandlere er blevet opfordret til at søge bolig i kommunen, og når borgeren således selv er flyttet til kommunen af egen drift, er det pludselig tilflytningskommunen, der står med opgaven med at yde støtte og hjælp. En stor tilflytning af udsatte borgere gennem de senere år presser ifølge medarbejderen i øjeblikket i høj grad støtteindeksterne i den pågældende kommune.

Udfordringerne omkring at få borgerens hjemkommune til at løfte ansvaret og finde en løsning mærkes i høj grad på § 110-boformerne, hvor der som tidligere nævnt meldes om betydelige udfordringer med at skabe længerevarende løsninger for borgerne. Det drejer sig i mange tilfælde om borgere fra samme kommune, som boformen er beliggende i, men det gælder også borgere fra andre kommuner. På en § 110-boform fortæller en medarbejder om et nyligt eksempel med en ældre borger fra en anden kommune, som havde haft ophold på boformen i en længere periode. Tiltagende fysiske helbredsproblemer gjorde imidlertid, at man havde vanskeligt ved at imødekomme borgerens støttebehov på boformen, hvor medarbejderen understreger, at boformen ikke er et sundhedsfagligt tilbud – fx er der ikke sygeplejersker ansat på boformen. Borgeren havde et kombineret alkohol- og stofmisbrug, men med alkoholisbruget som den dominerende problematik. På boformen vurderede man, at det ville være bedst for borgeren at komme på et tilbud for alkoholdemente, men hjemkommunen indstillede borgeren til en plads på et botilbud for borgere med aktivt stofmisbrug. Borgeren havde imidlertid modvilje mod at skulle flytte til det pågældende tilbud, og samtidig var der lang ventetid på, at der ville blive en ledig plads. Som medarbejderen udtrykker det, "kom der heller ikke en plads", og

til sidst var de fysiske helbredsproblemer så fremtrædende, at boformen ikke vurderede, at det var forsvarligt, at borgeren fortsat boede der. Til sidst måtte boformen gøre klart for hjemkommunen, at borgeren ville blive udskrevet, og endelig blev der lavet en visitation på et specialplejehjem for alkoholdemente, og borgeren er nu flyttet ind på det pågældende tilbud.

Det er dog ikke altid sådanne "tvister" mellem de sociale tilbud og kommunerne får en positiv udgang. I en af de andre kommuner fortæller en medarbejder på et botilbud om et nyligt eksempel med en borger, som var blevet opsagt fra et § 107-botilbud i en anden kommune efter flere advarsler på grund af uadadreagerende adfærd. Borgeren havde dårlige ben og gik med rollator, men blev bogstaveligt talt sat ud på gaden på en bænk, da han blev "smidt ud" fra § 107-botilbuddet. Derefter søgte borgeren ophold på en § 110-boform, hvor man vurderede, at borgeren havde behov for et længerevarende § 108-botilbud. Hjemkommunen insisterede imidlertid på, at borgeren skulle flytte i egen bolig, men placerede borgeren "5 km uden for byen uden mad op til påske", som medarbejderen udtrykker det. Der blev bevilget hjemmepleje, men borgeren ringede tilbage til boformen og sagde, at hjemmeplejen ikke kom ud til ham, hvilket medarbejderen vurderer formentlig skyldes en kombination af "udsatheden, og at han væltede rundt i flasker". Ifølge medarbejderen døde borgeren 3 måneder efter at være sat ud i egen bolig uden tilstrækkelig hjælp.

Eksemplerne viser, hvordan det kan have meget alvorlige følger og i værste fald ende med tidlige dødsfald, når de svært udsatte borgere med fysiske helbredsproblemer og plejebenhov bliver kastebold mellem kommunerne og ikke får de tilbud, der er behov for. Det kan også gøre sig gældende, når borgeren opholder sig i egen kommune, men sagerne kompliceres ofte yderligere, ved at borgeren opholder sig i en anden kommune. Som ved rapportens øvrige eksempler er det ikke muligt at vurdere forekomsten og udbredelsen af disse problematikker på tværs af kommunerne, men interviewmaterialet tyder generelt på, at de er forholdsvis almindeligt forekommende, da de nævnes i de fleste af kommunerne og af en del af de interviewede medarbejdere.

Litteratur

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M. & Ekholm, O. (2018): *SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Benjaminsen L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M.T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther (2017): *Housing First i Danmark. Evaluering af Implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: Rambøll Management Consulting & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. (2019): *Hjemløshed i Danmark 2019. National kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., R. A. Christensen & M. S. Hundahl (2020): *Udbredelsen af Housing First. Muligheder og barrierer i implementeringen af Housing First på hjemløshedsområdet i Danmark*. København: VIVE & Rambøll Management Consulting.
- Christensen, U. & Larsen, J. E. (2012): Social udsathed og helbred. I Lund, R., Christensen, U. og Iversen, L. (red.) *Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerets betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave. København: Munksgaard.
- Ege, P. (2011): De ældre stofmisbrugere. I *Gerontologi*, Årgang 27, Nr. 1, s. 8-11.
- Rambøll & SFI (2013): *Hjemløsestrategien. Afsluttende rapport*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Rambøll Management Consulting (2020): *Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov*. København: Rambøll Management Consulting.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD