

# HOUSING FIRST I DANMARK

EVALUERING AF IMPLEMENTERINGS- OG FORANKRINGSPROJEKTET I 24 KOMMUNER



17:03

LARS BENJAMINSEN  
THERESE MARIE DYRBY  
MORTEN HOLM ENEMARK  
MARIA THEIL THOMSEN  
HELLE STENTOFT DALUM  
ULRIK LERBECH VINTHER



17:03

# HOUSING FIRST I DANMARK

EVALUERING AF IMPLEMENTERINGS- OG  
FORANKRINGSPROJEKTET I 24 KOMMUNER

LARS BENJAMINSEN  
THERESE MARIE DYRBY  
MORTEN HOLM ENEMARK  
MARIA THEIL THOMSEN  
HELLE STENTOFT DALUM  
ULRIK LERBECH VINThER

KØBENHAVN 2017  
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

HOUSING FIRST I DANMARK. EVALUERING AF IMPLEMENTERINGS- OG  
FORANKRINGSPROJEKTET I 24 KOMMUNER

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen  
Afdelingen for Socialpolitik og velfærd

ISSN: 1396-1810  
e-ISBN: 978-87-7119- 418-0

Layout: Hedda Bank  
Forsidefoto: Colourbox

© 2017 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd  
Herluf Trolles Gade 11  
1052 København K  
Tlf. 33 48 08 00  
sfi@sfi.dk  
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

# INDHOLD

	<b>FORORD</b>	<b>7</b>
	<b>SAMMENFATNING</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>27</b>
	Evalueringens fokus	28
	Rapportens opbygning	29
<b>2</b>	<b>BAGGRUND</b>	<b>31</b>
	Housing First	32
	Hjemløsestrategien og dens resultater	34
	Implementerings- og forankringsprojektet	35
	Bostøttemetoderne CTI, ICM og ACT	38
	Kommunerne	41

<b>3</b>	<b>METODE OG DATA</b>	<b>45</b>
	Den kvantitative dokumentation	45
	De kvalitative interview	49
<b>4</b>	<b>IMPLEMENTERING OG ORGANISERING</b>	<b>51</b>
	Organisatorisk forankring af indsatsen	52
	Boliger	58
	Ledelse	62
	Samarbejde	63
	Myndighed og handleplaner	68
	Medarbejdernes kompetencer	74
<b>5</b>	<b>MÅLGRUPPEN</b>	<b>77</b>
	Antallet af igangsatte forløb	78
	Køn, alder og etnisk baggrund	81
	Helbred og misbrug	83
	Funktioner i dagligdagen	90
	Socialt netværk	91
	Beskæftigelse og forsørgelse	92
	Profil ud fra borgernes egen vurdering	93
	Sammenfatning	100
<b>6</b>	<b>INDSATSEN</b>	<b>103</b>
	Indsatsforløb	104
	Housing First og boligdelen	107
	Bostøtten	112
	Bostøttens indhold og grundprincipper	119
	De tre bostøttemetoder	124
	Støtte og hjælp i forskellige livsdimensioner	136
	Bostøttens rammer	140
	Udredning og handleplaner	142
	Afslutning af bostøtteindsatsen	146

	De afbrudte forløb	148
	Sammenfatning	153
<b>7</b>	<b>RESULTATER FOR BORGERNE</b>	<b>155</b>
	Boligsituationen	155
	Beskæftigelse og forsørgelse	165
	Borgernes øvrige livssituation	168
	Borgernes vurdering af deres situation	178
	Sammenfatning	184
	<b>LITTERATUR</b>	<b>187</b>
	<b>SFI-RAPPORTER SIDEN 2016</b>	<b>191</b>





# FORORD

I denne rapport præsenteres resultaterne af evalueringen af Implementerings- og forankringsprojektet, der var en del af satspuljeaftalen for 2014 om ”En styrket indsats mod hjemløshed”. Projektet forløb i en toårig periode fra medio 2014 til medio 2016 og havde til formål at støtte kommunerne i at videreføre og forankre den Housing First-indsats og de evidensbaserede bostøttemetoder, der blev udviklet og afprøvet i regi af Hjemløsestrategien (2009-2013). Derudover var et formål at udbrede indsatsen til nye kommuner. Socialstyrelsen var ansvarlig for Implementerings- og forankringsprojektet.

Formålet med evalueringen er at belyse implementerings- og forankringsprocesserne i kommunerne og bidrage med en viden, der kan anvendes i det fremadrettede arbejde med at udbrede Housing First-indsatsen og styrke indsatsen på hjemløseområdet generelt. Evalueringen er udført for Børne- og Socialministeriet.

Vi retter en stor tak til de mange borgere og medarbejdere, der medvirkede i undersøgelsen. Seniorforsker Evelyn Dyb, By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Oslo, Norge, var referee på undersøgelsen, og hun takkes for gode kommentarer til rapporten.

Rapporten blev udarbejdet af en fælles projektgruppe fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og Rambøll Management Consulting. Forsker Lars Benjaminsen, SFI og chefkonsulent Therese

Marie Dyrby, Rambøll, var projektledele for undersøgelsen. Chefkonsulent Helle Stentoft Dalum og projektassistent Maria Theil Thomsen, Rambøll, samt videnskabelig assistent Morten Holm Enemark og Studentermedhjælp Ulrik Lerbech Vinther, SFI, er medforfattere på rapporten. Videnskabelig assistent Malene Lue Kessing, SFI, har medvirket i undersøgelsens dataindsamling.

København, januar 2017

AGI CSONKA

# SAMMENFATNING

I denne rapport præsenteres resultaterne af evalueringen af Implementerings- og forankringsprojektet, der blev igangsat i regi af satspuljen. I projektet stod Socialstyrelsen sammen med 24 kommuner for at udbrede og forankre Housing First-indsatsen og tre evidensbaserede bostøttemetoder<sup>1</sup>, der blev udviklet og afprøvet gennem Hjemløsestrategien (2009-2013).

Implementerings- og forankringsprojektet forløb fra medio 2014 til medio 2016 og havde til formål at understøtte, at de indsatsmetoder, der blev afprøvet i Hjemløsestrategien, blev videreført og forankret i de kommuner, der deltog i Hjemløsestrategien, og udbredt til nye kommuner. Et centralt fokus var at forankre brugen af metoderne i det lokale velfærdssystem i kommunerne og at styrke de organisatoriske rammer og samarbejdet mellem lokale aktører om indsatsen. Socialstyrelsen ydede i projektperioden implementerings- og processtøtte til kommunerne, og kommunerne dokumenterede indsatsen gennem indberetninger i et fælles monitoreringssystem.

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og Rambøll Management Consulting har sammen foretaget en evaluering af indsatsen. Evalueringen har et formativt sigte ved at bidrage med viden og re-

---

1. De evidensbaserede bostøttemetoder er: Assertive Community Treatment (ACT), Intensive Case Management (ICM) og CTI (Critical Time Intervention).

sultater, der undervejs er blevet anvendt af Socialstyrelsen og kommunerne til at styrke implementeringen og organiseringen af indsatsen. Samtidig har evalueringen til formål at dokumentere og formidle indsatsens resultater og erfaringerne med implementeringsprocessen og således tilvejebringe et vidensgrundlag for den fortsatte udvikling af de sociale indsatser på hjemløseområdet.

## BAGGRUND

Hjemløsestrategien, der forløb i perioden 2009-2013, havde til formål at udvikle og afprøve nye indsatser og metoder på hjemløseområdet for derved at nedbringe hjemløsheden i Danmark. Det overordnede princip for Hjemløsestrategien var "Housing First", der i årene op til strategiens tilblivelse havde vundet voksende indpas i indsatsen for hjemløse i flere lande, og som kunne fremvise lovende resultater, baseret på en nytænkning af indsatsen. Et centralt formål i Hjemløsestrategien var at afprøve og teste Housing First og tre evidensbaserede bostøttemetoder i en dansk kontekst.

## HOUSING FIRST OG DE EVIDENSBASEREDE BOSTØTTEMETODER

Kerneelementerne i Housing First-tilgangen er, at der allerede i starten af et indsatsforløb etableres en stabilisering af boligsituationen for borgeren ved at tilvejebringe en permanent boligløsning, samtidig med at borgeren får en intensiv social støtte i hverdagen. Derved repræsenterer Housing First et brud med den tidligere fremherskende praksis på området, den såkaldte "Treatment First"-tilgang, der i stedet lægger vægt på først at gøre borgeren parat til at bo i egen bolig, fx ved at følge psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling.

Ifølge Housing First-tilgangen er en stabilisering af boligsituationen i starten af et indsatsforløb en forudsætning for at arbejde med andre af borgerens problematikker og udfordringer, afhængigt af hvad borgeren ønsker, som fx at få behandling for fysisk eller psykisk sygdom, hjælp til misbrugsproblemer eller støtte til at kunne opbygge det sociale netværk og at deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen. På den måde er Housing First-tilgangen grundlæggende baseret på recovery-tilgangen og tager udgangspunkt i, hvilke ønsker og behov borgeren selv har for sit liv.

En forudsætning for, at borgere med komplekse, psykosociale problemer kan bo i egen bolig, er, at der gives en intensiv social støtte.

Den sociale støtte er i Housing First-indsatsen baseret på evidensbaserede bostøttemetoder. Det vil sige, at støtten gives ud fra systematiske metoder, der er evidens for virkningen af. Bostøtten er intensiv og fleksibel, og den tager udgangspunkt i borgerens individuelle støttebehov.

De evidensbaserede bostøttemetoder, der i Hjemløsestrategien blev afprøvet sammen med Housing First-tilgangen, var Critical Time Intervention (CTI), Intensive Case Management (ICM) og Assertive Community Treatment (ACT). Bostøttemetoderne er henvendt til forskellige målgrupper, afhængigt af graden af borgerens støttebehov:

- CTI-metoden er en tidsbegrænset indsats, der forløber i ni måneder, fordelt på tre faser og med fokus på at støtte borgeren i en kritisk overgangsfase, fx fra herberg til egen bolig. Metoden er henvendt til borgere, som har brug for en intensiv indsats i en tidsbegrænset periode, men som derefter kan overgå til at benytte det øvrige velfærdssystem, fx den almindelige § 85-bøstøtte i kommunerne.
- ICM-metoden er en længerevarende indsats, baseret på case management-modellen. Metoden er henvendt til borgere, der har brug for en intensiv støtteindsats i en længere periode, men som i nogen grad er i stand til også at benytte støtte- og behandlingstilbud i det øvrige velfærdssystem.
- ACT-metoden er baseret på et tværfagligt indsatsteam, hvori der indgår både socialpædagogisk støtte og specialiserede behandlingsfunktioner (fx en psykiater, en sygeplejerske og en misbrugsbehandler). Metoden er henvendt til borgere med meget komplekse støttebehov, som har brug for en langvarig, intensiv indsats, og som har vanskeligt ved at benytte tilbud i det øvrige støtte- og behandlingssystem, og som derfor også har brug for at få støtte og behandling fra de specialistfunktioner, der indgår i indsatsteamet.

Forskningslitteraturen på området viser generelt, at når der etableres en boligløsning i starten af et indsatsforløb og gives social støtte ud fra disse evidensbaserede bostøttemetoder, er en høj andel af hjemløse borgere i stand til at bo i egen bolig, fastholde boligen og derved komme ud af hjemløshed. Det viser en række studier, navnlig fra USA, men efterhånden også fra andre lande som Canada og Frankrig. Her er Housing First-indsatsen afprøvet både gennem randomiserede, kontrollerede forsøg og i andre studier, der viser, at Housing First-indsatsen i høj grad sikrer, at

hjemløse borgere kommer ud af hjemløshed (Tseberis, Gulcur og Nakae, 2004; Coldwell og Bendner, 2007; Nelson, Aubry & Lafrance, 2007; Busch-Geertsema m.fl., 2010; Pleace, 2011; Busch-Geertsema, 2013; Goering m.fl., 2014).

Selvom metoderne i den danske hjemløsestrategi ikke, som i USA, blev testet gennem randomiserede forsøg, viste målingerne af indsatsens resultater, at cirka ni ud af ti af de borgere, der havde fået en bolig sammen med en social bostøtte ud fra CTI, ICM- eller ACT-metoden, havde fastholdt boligen gennem indsatsperioden. Hjemløsestrategien viste således, at Housing First også i Danmark er en velegnet metode til at hjælpe hjemløse borgere ud af hjemløshed.

Selvom hjemløsheden på landsplan steg i samme periode, som Hjemløsestrategien forløb, var indsatsen i de kommuner, der deltog i Hjemløsestrategien, medvirkende til, at hjemløsheden steg mindre i disse kommuner i forhold til landets øvrige kommuner. Resultaterne af Hjemløsestrategien viste, at der var et betydeligt potentiale i en yderligere udbredelse og forankring af Housing First og bostøttemetoderne.

#### IMPLEMENTERINGS- OG FORANKRINGSPROJEKTET

På baggrund af de positive resultater og erfaringer fra Hjemløsestrategiens indsatser besluttede satspuljepartierne at støtte den videre forankring og udbredelse af indsatserne gennem et Implementerings- og forankringsprojekt.

Housing First-indsatsens resultater blev allerede dokumenteret under Hjemløsestrategien. Formålet med Implementerings- og forankringsprojektet og med evalueringen af indsatsen var derfor i stedet at understøtte den videre forankring og udbredelse af metoderne i kommunerne, herunder at styrke de lokale organiserings- og samarbejdsstrukturer som forudsætning for en succesfuld implementering. Implementerings- og forankringsprojektets fokus kan således beskrives som "mainstreaming" af sociale indsatser. Det vil sige, at indsatser og metoder, der har været udviklet og testet som afprøvnings- og modelprojekter, og som har vist positive resultater, efterfølgende inkorporeres i det generelle velfærdssystem som et fast tilbud til målgruppen.

I alt var 24 kommuner en del af Implementerings- og forankringsprojektet: Albertslund, Ballerup, Esbjerg, Fredericia, Frederiksberg, Gladsaxe, Greve, Guldborgsund, Haderslev, Helsingør, Herning, Hol-

stebro, Horsens, Høje-Taastrup, Kolding, København, Næstved, Randers, Silkeborg, Slagelse, Varde, Viborg, Aalborg og Aarhus Kommune.

I alt 16 af de 24 kommuner deltog i Hjemløsestrategien fra 2009 til 2013 og havde derfor kendskab til og erfaring med Housing First og bostøttemetoderne fra tidligere. I Implementerings- og forankringsprojektet kom der også ”nye” kommuner med i indsatsen, således at der skete en udbredelse af indsatsen til flere kommuner. Kommunerne havde på den måde forskellige udgangspunkter for arbejdet med implementeringen og forankringen af Housing First og bostøttemetoderne.

De fleste af kommunerne anvendte to af bostøttemetoderne, som oftest CTI og ICM, men der var også kommuner, der kun anvendte en af metoderne i indsatsen. Det var udtryk for en tilpasning til de lokale forhold i kommunen, fx en vurdering af målgruppens størrelse og profil, og hensyn til forankringen og samspillet med kommunens øvrige indsatser.

## RESULTATER

Evalueringen af Implementerings- og forankringsprojektet viser, at kommunerne generelt oplever, at Housing First er en virksom indsats, og at det er hensigtsmæssigt, at der arbejdes ud fra denne tilgang. Der er i kommunerne en forståelse af, at arbejdet med Housing First-tilgangen kræver, at de evidensbaserede bostøttemetoder CTI, ICM eller ACT anvendes til målgruppen af hjemløse borgere med komplekse støttebehov, som flytter i egen bolig. Det vil sige, at der er brug for en mere intensiv og systematisk tilgang, end der som oftest gives i den almindelige bostøtteindsats i kommunerne efter servicelovens § 85, der er henvendt til bredere målgrupper af socialt udsatte borgere.

## FORSKELLIGE MODELLER FOR ORGANISERING AF BOSTØTTEN

En central dimension omkring forankringen af indsatsen er organiseringen og forankringen af den sociale bostøtte. Evalueringen har identificeret to hovedmodeller for organiseringen i kommunerne. Den ene model er, at bostøtten forankres på en boform for hjemløse (boform efter servicelovens § 110) i tilknytning til det efterforsorgsarbejde, der generelt udføres for borgere, der flytter ud fra boformen. Den anden model er, at den sociale bostøtte er forankret i en kommunal enhed, typisk i en socialafdeling eller psykiatri- og handicapafdeling, eller i et særligt center for indsatser for socialt udsatte borgere, herunder i nogle tilfælde i tilknyt-

ning til den kommunale misbrugsbehandling. Samtidig er der hybride organiseringsmodeller i kommuner, der benytter flere bostøttemetoder, fx at ICM-bostøtten er forankret i en kommunal udførerenhed, mens CTI-bostøtten er forankret på en boform.

Ved forankringen på boformen sikres det, at borgeren ved opholdet på boformen frem mod indflytningen i egen bolig kan lære bostøttemedarbejderen at kende, og at der således ikke skal skabes en ny relation til en støtte medarbejder i forbindelse med indflytningen i egen bolig. Ved at forankre bostøtten på en boform for hjemløse, er der i medarbejdergruppen et indgående kendskab til målgruppen af hjemløse borgere med komplekse støttebehov. Selvom de medvirkende boformer generelt inkorporerede Housing First-tilgangen i indsatsen, var det på nogle af boformerne og hos nogle medarbejdere en udfordring at foretage et skift fra en omsorgsorienteret tilgang til Housing First og at gøre op med tanken om, at borgeren skal være boligparat, før han/hun kan flytte i bolig. På trods af sådanne udfordringer på nogle boformer er der samtidig flere eksempler på, at nogle af de medvirkende boformer, ud fra de gode erfaringer med brugen af de nye metoder, gennemfører eller planlægger en generel omstilling af efterforsorgsindsatsen til at være baseret på de evidensbaserede bostøttemetoder.

Ved forankringen i kommunen skal borgeren ved overgangen fra boform til indflytning i egen bolig lære en ny medarbejder at kende, men omvendt muliggør forankringen i kommunen en tættere sammenhæng med myndighedsdelen og et tættere samspil med den øvrige § 85-bostøtteindsats i kommunen, som mange af borgerne overgår til efter endt forløb med CTI- eller ICM-bostøtten. Selvom de kommunale bostøttemedarbejdere ikke er forankrede på en hjemløseboform, har de generelt et indgående kendskab til de mest udsatte borgere. Mange af bostøttemedarbejderne har langvarig erfaring fra arbejde på socialpsykiatriske botilbud eller andre tilbud for socialt udsatte grupper. I flere kommuner fremhæves det samtidig, at den systematiske tilgang i bostøttemetoderne i Housing First-indsatsen har været med til at inspirere, hvordan man kan arbejde metodisk og systematisk i den øvrige bostøtteindsats.

#### UDFORDRINGEN MED AT SKAFFE BOLIGER

Selvom kommunerne har taget Housing First-tilgangen til sig, er der væsentlige udfordringer og barrierer for implementeringen og udrulningen



af indsatsen lokalt. En stor udfordring i langt hovedparten af kommunerne er vanskeligheden ved at tilvejebringe boliger til indsatsen. Det gælder ikke blot i de største bykommuner, men efterhånden også i en række mellemstore kommuner, hvor det er blevet vanskeligere at skaffe boliger med en husleje, der er tilstrækkeligt lav til, at målgruppen af hjemløse borgere kan betale den.

Der er mange faktorer, der spiller sammen i forhold til manglen på boliger til socialt udsatte og hjemløse borgere. I mange kommuner er der blevet færre små og billige boliger, blandt andet i takt med renoveringsprojekter i den almene boligsektor, hvor mange små boliger er blevet nedlagt og sammenlagt til større boliger, samt at renoveringer generelt skaber et opadgående pres på huslejen. Der er også en lav udskiftning af lejere i den billigste del af boligmassen, hvor få lejligheder generelt bliver ledige. Det er særligt svært at skaffe boliger til hjemløse unge, da der er mangel på boliger, som denne målgruppe har råd til at betale på den lavere kontanthjælpssats for unge.

Samtidig har brugen af udlejningsregler, møntet på at ændre beboersammensætningen i udsatte boligområder og tiltrække flere ressourcestærke beboere, som en ikke-intenderet konsekvens, at det bliver vanskeligere at skaffe boliger til socialt udsatte grupper. Det gælder særligt brugen af ”fleksibel udlejning”, hvor der typisk stilles krav om, at nye indflyttere skal være i beskæftigelse. Det betyder imidlertid, at borgere på overførselsindkomst ofte ekskluderes fra at få en bolig i områder, hvor denne regel anvendes.

Der er også kommuner, der, på trods af vanskelighederne med at skaffe boliger til hjemløse borgere, oplyser, at man i kommunen ikke anvender den kommunale anvisning til almene boliger. Det skyldes typisk en politisk beslutning, enten at man generelt ikke ønsker at bruge anvisningen i kommunen, eller ikke anvender den til borgere med stærkt komplekse problemer. Nogle kommuner ønsker udelukkende at skaffe boliger til sociale indsatser gennem en dialog med boligselskaberne frem for at benytte den kommunale anvisning. Der er dog flere af de kommuner, der ikke benytter anvisningen, der fortæller, at det indtil for få år siden ikke blev oplevet som nødvendigt at benytte anvisningen i kommunen, men som nu oplever stigende vanskeligheder ved at skaffe boliger til udsatte borgere.

Der er også kommuner, der, på trods af manglen på boliger til socialt udsatte grupper, opretholder regler – fx omkring størrelsen af lej-

ligheder i nybyggeri – der betyder, at der kun i begrænset grad eller slet ikke opføres lejligheder, som er egnede til udsatte borgere, som fx mindre 1- og 2-værelseslejligheder.

#### UDREDNING, VISITATION OG HANDLEPLANER

En væsentlig forudsætning for en succesfuld indsats er, at der bliver foretaget en udredning af borgeren, og at der sker en systematisk visitation, hvor borgeren bliver visiteret til den indsats, der passer bedst til borgerens støttebehov. Valget kan fx stå imellem en CTI- eller en ICM-indsats i de kommuner, der benytter begge metoder. Kommunerne fremhæver dog også, at det er vigtigt, at processen omkring at udrede borgeren ikke står i vejen for, at der kan etableres en hurtig indsats.

Et væsentligt element i forbindelse med myndighedsdelen af indsatsen er, at borgeren får udarbejdet en social handleplan efter servicelovens § 141. Det er den handleplan, der samlet set fastlægger målene med indsatsen for borgeren, og som specificerer, hvilke indsatser borgeren har behov for, hvilke instanser der har ansvar for at tilvejebringe disse indsatser og koordinerer de forskellige indsatser, herunder jobplan, behandlingsplan o.l.

Det er knap to tredjedele af borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet, der er blevet udredt. Den mindste andel (55 pct.) findes blandt borgerne i CTI-indsatsen. Cirka to tredjedele af borgerne har ved den sidste måling i indsatsforløbet en § 141-handleplan, og denne andel er steget betydeligt gennem indsatsforløbet. Det er en væsentligt højere andel med en handleplan end blandt hjemløse borgere generelt, hvor det ved den seneste kortlægning af hjemløshed i 2015 var 24 pct. af de hjemløse borgere, der havde en handleplan.<sup>2</sup> Det tyder på, at Housing First-indsatsen og brugen af de intensive bostøttemetoder er med til at fremme, at borgerne bliver udredt og får udarbejdet en handleplan. Alligevel er der dog fortsat en del af borgerne i indsatsen, som ikke har en udredning, eller som ikke har en § 141-handleplan, hvoraf det kun er få borgere, der ikke har ønsket at få udarbejdet en handleplan.

Der er også forskellige modeller for, hvordan processen omkring udredning og visitation er organiseret. I en del kommuner er der placeret fremskudte myndighedssagsbehandlere på boformerne, hvilket giver mulighed for fleksibelt at foretage processen omkring udredning og visitation i samspil med borgeren og en kontaktperson på boformen. I de fleste

---

<sup>2</sup> Benjaminsen & Lauritzen, 2015, s. 159.

andre kommuner er der typisk tale om en fremskudt sagsbehandling, det vil sige at en myndighedssagsbehandler fra kommunen kommer ud til boformen og afholder et møde med borgeren og personale fra boformen, mens der også er eksempler på, at mødet afholdes på kommunen.

Evalueringen viser, at der er en ret forskellig praksis omkring brugen af handleplaner. I nogle kommuner er der en helt systematisk praksis for at udarbejde handleplanerne, mens det i andre kommuner ikke har en høj prioritet at udarbejde handleplanerne. Det gælder blandt andet i nogle af de kommuner, der har store udfordringer med at skaffe boliger til indsatsen, hvor det fremhæves, at det ikke i væsentlig grad er handleplanen, der har betydning for den indsats, borgeren får, men snarere om det reelt er muligt at tilvejebringe en boligløsning. Endelig er der kommuner, hvor handleplanerne ikke spiller så stor en rolle, men hvor man i stedet bruger andre planer som indsatsplaner og aktivitetsplaner, der i vid udstrækning udfylder samme rolle i praksis som handleplanen.

I nogle af de kommuner, hvor indsatsen er forankret på boformerne, forekommer der ikke at være en tilstrækkeligt systematisk praksis for et samarbejde mellem boform og myndighed om at få foretaget udredninger og udarbejdet handleplaner. I de tilfælde, hvor indsatsen er forankret på en boform, er der således en risiko for, at der sker en afkobling fra den kommunale myndighedsdel, og det er derfor vigtigt at sikre, at indsatsen på boformen kobles tæt op på myndighedsdelen, og at der er klare procedurer for samarbejdet mellem boform og myndighed.

#### LEDELSE OG SAMARBEJDE

Det har været en væsentlig del af Implementerings- og forankringsprojektet at styrke organiseringen og samarbejdsstrukturerne omkring indsatserne i kommunerne. Det hænger sammen med, at indsatsen for borgere med komplekse støttebehov ofte involverer mange forskellige aktører, både forskellige forvaltninger i kommunen og øvrige aktører som boligforeninger og aktører i civilsamfundet.

I hovedparten af kommunerne oplever projektlederne, at der er en god ledelsesmæssig opbakning til indsatsen, idet ledelsen har et godt kendskab til indsatserne og bakker op om de beslutninger, der bliver truffet som led i implementeringen af indsatsen. Der er dog også kommuner, hvor den ledelsesmæssige opbakning var stærk i starten, men sidenhen er aftaget, og hvor der ikke længere er så stærkt et ledelsesmæssigt fokus på indsatsen. Det er tilfældet i nogle af de kommuner, hvor det

er svært at tilvejebringe boliger til indsatsen, og hvor der er gennemført forholdsvis få borgerforløb, hvilket har medvirket til, at ledelsens fokus på indsatsen efterhånden er aftaget. På paradoksalt vis er den ledelsesmæssige opbakning således på den ene side en forudsætning for en succesfuld implementering, men på den anden side kan barrierer og udfordringer bidrage til, at den ledelsesmæssige opbakning og opmærksomhed på indsatsen mindskes.

Betydningen af den ledelsesmæssige opbakning og forankring kommer også til udtryk omkring samarbejdsrelationerne, hvor udfordringer ofte bunder i de forskellige lovgivninger, der mødes i arbejdet med de hjemløse borgere. Projektlederne påpeger fx den modsætning, der til tider viser sig mellem det recovery- og borgercentrerede fokus i Housing First-tilgangen og de regler og krav, der stilles til borgeren i beskæftigelsessystemet. Det gælder eksempelvis borgere, der har fået en bolig gennem Housing First-programmet, men som efterfølgende kommer ud for sanktioner i beskæftigelsessystemet og derved kommer i risiko for ikke at kunne betale huslejen.

#### SAMARBEJDSAFTALER

Mange af kommunerne beskriver, hvordan der efterhånden har vist sig et behov for at formalisere samarbejdet omkring indsatsen mellem forskellige aktører, både mellem forskellige dele af den kommunale forvaltning og i forhold til eksterne aktører. Det har givet anledning til udarbejdelsen af samarbejdsaftaler og procedurer på områder, hvor man oplevede udfordringer og behov for at styrke samarbejdet mellem aktørerne og procedurerne omkring borgerne. Der er eksempler på samarbejdsaftaler mellem socialafdelinger og job- og ydelsescentre om procedurer for at undgå sanktionering af borgerne dér, hvor dette er muligt ud fra lovgivningen, ligesom der kan være aftaler vedrørende sagsbehandling af indskudslån eller administration af borgernes økonomi og huslejebetaling. Der er også eksempler på samarbejdsaftaler mellem socialafdelingen og den kommunale boliganvisning om at sikre en prioritering af boliger til borgere i Housing First-indsatsen, og om at der ikke stilles krav om boligparathed for at kunne få anvist en bolig. Med borgerservice kan der være samarbejdsaftaler om procedurer ved adresseændringer, eller hvis borgeren har brug for et nyt sygesikringsbevis. Der er også indgået samarbejdsaftaler med eksterne aktører. Det gælder særligt samarbejdsaftaler med boligorganisationer om at tilvejebringe boliger til indsatsen, og om

hvordan der samarbejdes om de borgere, der flytter ud i boligafdelingerne. Ligeledes er der eksempler på samarbejdsaftaler med kriminalforsorgen om procedurer for at etablere en boligløsning ved løsladelse fra fængsel.

Ifølge projektlederne i kommunerne fungerer samarbejdet bedst, hvor der er indgået sådanne samarbejdsaftaler om procedurer vedrørende borgerne i Housing First-programmet, og hvor der er en stærk ledelsesmæssig forankring af samarbejdsaftalerne. Den ledelsesmæssige forankring betyder, at der, hvis der opstår uklarheder i sagsbehandlingen, kan henvises til de aftalte procedurer og prioriteringer, og at sagen ved fortsat uenighed kan lægges op til afklaring hos de respektive forvaltningsledere. I de kommuner, hvor der ikke er indgået sådanne aftaler, meldes der i flere tilfælde om fortsatte udfordringer i samarbejdet på tværs af forvaltningerne, herunder navnlig i samspelet mellem socialområdet og beskæftigelsesområdet.

#### MÅLGRUPPEN

De hjemløse borgere, der er målgruppen for Housing First-indsatsen, er kendetegnede ved at have komplekse støttebehov, der nødvendiggør en intensiv og helhedsorienteret, social støtte. Der er som regel tale om borgere, der har en psykisk lidelse og/eller omfattende misbrugsproblemer. De fleste har langvarigt været uden for arbejdsmarkedet på enten kontanthjælp eller førtidspension, og mange har et begrænset socialt netværk.

Cirka tre fjerdedele af de borgere, der har deltaget i indsatsen, er mænd, mens den sidste fjerdedel er kvinder. Cirka halvdelen er mellem 30 og 49 år, mens en fjerdedel er mellem 18 og 29 år, og den sidste fjerdedel er 50 år og derover. Derved svarer køns- og aldersfordelingen nogenlunde til det mønster, vi ser blandt hjemløse borgere som helhed, som det er dokumenteret i de nationale kortlægninger af hjemløshed. Det er 88 pct. af borgerne i Housing First-indsatsen, der har dansk baggrund, mens 12 pct. er indvandrere eller efterkommere. Andelen af indvandrere og efterkommere udgør en lidt lavere andel af borgerne i Housing First-indsatsen end i hjemløsegruppen som helhed, hvor cirka en femtedel er indvandrere eller efterkommere.

Det er 64 pct. af borgerne i Housing First-indsatsen, der har misbrugsproblemer, mens 41 pct. har en psykisk lidelse. I alt har 80 pct. enten misbrugsproblemer eller en psykisk lidelse, mens 25 pct. er registe-

ret med både misbrugsproblemer og en psykisk lidelse. Der er endvidere 26 pct. af borgerne, der har fysiske helbredsproblemer, der i betydelig eller markant grad begrænser borgeren i hverdagen. Kun 12 pct. af borgerne er ved starten af indsatsen vurderet til at have et godt og ressourcefuldt socialt netværk, mens 44 pct. har en svag kontakt med familie og venner eller er decideret isolerede. Kun 2 pct. af indsatsborgerne har en lønindkomst, mens 50 pct. er på kontanthjælp, og 17 pct. er på førtidspension. De resterende modtager forskellige andre former for overførselsindkomst. Derved svarer profilen af borgerne i Housing First-indsatsen i høj grad til den profil, der tegnes af hjemløse borgere generelt i de nationale kortlægninger af hjemløshed, hvor det ligeledes er cirka fire ud af fem, der har psykisk sygdom og/eller misbrugsproblemer, cirka en fjerdedel, der har fysiske helbredsproblemer, og langt hovedparten, der er uden for arbejdsmarkedet.<sup>3</sup>

De tre bostøttemetoder er henvendt til forskellige målgrupper, differentieret efter graden af støttebehov hos borgeren. Der kan identificeres en forskel i målgruppeprofilen mellem de tre metoder. Fx er både andelen med misbrugsproblemer og andelen med ”dobbeldiagnose” (samtidigt misbrug og psykisk lidelse) lavest blandt borgerne i CTI-indsatsen og højest blandt borgerne i ACT-indsatsen, hvilket samsvarer med målgruppebeskrivelserne for bostøttemetoderne.

#### ANTALLET AF FORLØB

Der indgår i alt 363 påbegyndte indsatsforløb på tværs af de tre metoder i evalueringen, fordelt på 195 CTI-forløb, 143 ICM-forløb og 25 ACT-forløb. Det højeste antal igangsatte forløb i en enkelt kommune er 49 forløb, mens det laveste antal er fem forløb. Der er ikke nogen klar sammenhæng mellem kommunernes størrelse og antallet af igangsatte forløb. Da der løbende har været borgere, der startede i indsatsen, er det kun en del af forløbene, der var afsluttede, da den sidste måling på borgerniveau blev foretaget. Der er i alt 135 afsluttede forløb i evalueringen, fordelt på 84 CTI-forløb, 49 ICM-forløb og to ACT-forløb.

Der er 228 forløb, som var igangværende, men ikke afsluttede, ved afslutningen af måleperioden. Heraf er der dog 47 forløb, hvor der blot er foretaget en enkelt registrering, og hvor der i en længere periode ikke er foretaget nogen ny indberetning. Her er der formentlig tale om borgere, som var i kontakt med indsatsen under et ophold på en boform,

---

<sup>3</sup> Benjaminsen & Lauritzen, 2015.

men hvor der ikke er kommet et egentligt forløb i gang. Blandt de 135 afsluttede forløb er der 85 ”planlagt afsluttede” forløb, men der er også 50 ”uplanlagt afsluttede” forløb, dvs. at indsatsen er ophørt undervejs i forløbet, uden at borgeren har fulgt hele det indsatsforløb, der var tiltænkt.

For personerne i gruppen, der er faldet fra indsatsen i starten af forløbet (inden en egentlig indsats blev påbegyndt), har den ofte lange ventetid på boligen spillet ind. I en del tilfælde mister borgeren motivationen eller ”forsvinder” fra boformen og flytter videre til en anden boform eller opholder sig på gaden eller hos venner og bekendte.

I de forløb, hvor der er sket en uplanlagt afslutning, har der typisk været tale om, at borgeren enten ikke har ønsket at fortsætte med at modtage bostøtten, eller at der ikke længere var kontakt med borgeren, og indsatsen blev afsluttet efter en vedholdende indsats med at opsøge borgeren, uden at det lykkedes. Der er tegn på, at bostøtten i de forløb, som endte med en uplanlagt afslutning, i starten af forløbet ikke var lige så intensiv som i de øvrige forløb. Det kan indikere, at det allerede tidligt i forløbet har været svært at fastholde kontakten med borgeren, men der er også grund til at være opmærksom på, om der var borgere, der fik tilbudt for lidt støtte i starten af forløbet.

#### BOSTØTTEINDSATSEN

For langt de fleste borgere er der tale om intensive støtteforløb, hvor borgeren modtager et eller flere besøg af bostøttemedarbejderen om ugen. Der er ligeledes ofte tale om længerevarende besøg af 1-1½ times varighed. Der er et fleksibelt ugentligt timetal, der giver mulighed for at tilpasse støtten til borgerens aktuelle støttebehov. For CTI-metoden er støtten mest intensiv i starten af forløbet, mens den er mindre intensiv (færre og kortere besøg) hen imod slutningen af indsatsen. Det er helt i overensstemmelse med CTI-metodens faseinddeling, hvor den mest intensive støtte gives i den kritiske overgang fra herberg til egen bolig i indsatsens første fase. I ICM- og ACT-forløbene var der en højere intensitet undervejs i forløbet.

Bostøttemedarbejderne støtter borgeren i mange forskellige dimensioner af hverdagslivet. Det gælder både i forhold til boligen og i forhold til at håndtere borgerens økonomi, i forhold til hjælp til fysiske og psykiske helbredsproblemer, herunder misbrugsproblemer, og i for-

hold til at hjælpe borgeren med at skabe et socialt netværk og at deltage i aktiviteter i hverdagen.

Indsatsen blev også målt gennem fidelitetsmål, der beskriver, om indsatsen udføres ud fra Housing First og bostøttemetodernes grundprincipper. Selvom der er en vis variation mellem kommunerne, viser fidelitetsmålene overordnet set (gennemsnitligt på tværs af kommunerne), at indsatsen i høj grad udføres, som den er tiltænkt, fx at der er en forholdsvis lav caseload (færre borgere pr. bostøttemedarbejder end i den almindelige § 85-indsats), og at der arbejdes ud fra recovery-tilgangens borgercentrerede fokus. En væsentlig undtagelse er dog målet om, at borgeren hurtigt tilbydes en bolig. Her er der en lavere fidelitet, idet mange borgere venter i lang tid på en bolig, hvilket primært skyldes manglen på boliger til målgruppen.

#### RESULTATERNE FOR BORGERNE

Det væsentligste hovedresultat er, at langt hovedparten af borgerne har fået en bolig og har fastholdt boligen igennem indsatsforløbet. Det er meget få borgere, der har mistet boligen igen i løbet af indsatsperioden. For langt de flestes vedkommende er der tale om en almen lejebolig, men der er også nogle af borgerne, der er flyttet i en privat lejebolig.

Der er dog en gruppe af borgerne, der ikke er kommet i egen bolig. Det gælder 13 pct. af borgerne i ICM-forløbene. Halvdelen af disse borgere befinder sig i midlertidige udslusningsboliger, tilknyttet § 110-boformerne, mens den anden halvdel fortsat har ophold på en § 110-boform eller lignende. Der er således en mindre gruppe af borgerne, som det ikke er lykkedes at skaffe en bolig til. Blandt borgerne i CTI-indsatsen er næsten alle, 96 pct., kommet i bolig. Det hænger sammen med, at CTI-indsatsen – der er fokuseret på den kritiske overgang mellem herberg og egen bolig – sædvanligvis først igangsættes, når der er skaffet en bolig til borgeren, og at CTI-indsatsen således ikke igangsættes, hvis der ikke er tilvejebragt en boligløsning.

Ud over boligsituationen er der også målt på en række andre parametre, der beskriver forskellige aspekter af borgerens livssituation, fx borgerens psykiske og fysiske helbred, omfanget af misbrugsproblemer, det sociale netværk og borgerens evne til at håndtere sin økonomi. Der indgår både indikatorer, baseret på borgerens egen vurdering af sin situation, og indikatorer, baseret på bostøttemedarbejderens vurdering af borgerens situation.



Der er ikke noget entydigt billede i udviklingen på disse mål, når den første og sidste måling i forløbet sammenlignes. For de fleste borgere er der tale om en uændret situation. Mens der for nogle borgere kan spores en fremgang, er der også borgere, for hvem målingen viser en tilbagegang. Bostøttemedarbejderne peger dog på, at man skal være varsom med at fortolke på udviklingen, da der i løbet af et støtteforløb ofte kommer problemer op til overfladen, som ikke viste sig lige så tydeligt i starten af forløbet, ligesom borgerne opnår en større erkendelse af deres egen situation, hvilket kan gøre, at de i en periode oplever at få det værre for så at få det bedre igen. Samtidig skal der tages hensyn til, at der er målt over en forholdsvis kort indsatsperiode, typisk af en varighed på 9-15 måneder. Her kan det ikke forventes, at der sker en markant forandring af borgerens øvrige livssituation, når det fx gælder symptomerne på fysisk eller psykisk sygdom.

#### BORGERNES OPLEVELSER

De kvalitative interview med borgere, der har modtaget en indsats gennem Housing First-programmet, viser, at borgerne har en meget positiv oplevelse af at være flyttet i egen bolig og af den sociale bostøtte. Borgerne fortæller, at de er glade for deres nye bolig, der har givet dem en ro og stabilitet i hverdagen. Ifølge borgerne giver bostøttemedarbejderen både en social og praktisk støtte og hjælper med at håndtere en række udfordringer i hverdagen. Samtidig fortæller borgerne, hvordan bostøtten har hjulpet dem med at skabe kontakt til forskellige øvrige indsatser og med at komme til aftaler, fx i forbindelse med behandling i psykiatrien eller møder på jobcentret. Kun enkelte borgere udtrykker utilfredshed med dele af forløbet, fx i tilfælde, hvor kommunen ikke har ønsket at hjælpe borgeren med at administrere sin økonomi, selvom borgeren har ønsket dette.

En del af de interviewede borgere fortæller om, hvordan boligen har bidraget til, at de bedre har kunnet fastholde – og i nogle tilfælde genskabe – kontakten til familien, ikke mindst kontakten til deres børn. Der er også borgere, der fortæller, at de, efter at være kommet i bolig, og med hjælp fra bostøtten, er kommet i gang med nye aktiviteter i hverdagen. En borger er fx begyndt at gå til fitness, en anden er startet i et aktiveringsforløb, mens en tredje borger har fået et fast arbejde. Flere af borgerne fortæller dog også, at de fortsat har et meget begrænset eller nærmest fraværende socialt netværk. Det er imidlertid karakteristisk, at

de borgere, der oplever en social isolation, ikke forbinder dette med opholdet i den nye bolig. Tværtimod udtrykker også disse borgere, at de er tilfredse med at være flyttet i egen bolig, og de fleste giver udtryk for, at de ønsker at blive boende i boligen så længe som muligt.

#### KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

Housing First-tilgangen har skabt et nybrud i måden, som indsatser for hjemløse borgere tilrettelægges og organiseres på. Der er en øget forståelse af, at det er nødvendigt hurtigt i et indsatsforløb at skabe en stabilisering af boligsituationen. Der er også en bedre forståelse af, at en forudsætning for, at hjemløse borgere med komplekse støttebehov kan bo i egen bolig, er, at der gives en mere intensiv social støtte, end det sædvanligvis er tilfældet i den øvrige § 85-bostøtte i kommunerne.

Der er imidlertid en række barrierer og udfordringer forbundet med den fortsatte udbredelse og implementering af Housing First-tilgangen. Den mest afgørende barriere er, at indsatsen modvirkes af en markant mangel på boliger til socialt udsatte grupper med et huslejeniveau, der svarer til, hvad de socialt udsatte borgere kan betale. Boligmanglen betyder, at det kan være vanskeligt at efterleve Housing First-tilgangens grundlæggende princip om, at der etableres en permanent boligløsning i starten af et indsatsforløb. Manglen på boliger gør det vanskeligt for kommunerne at skabe volumen i antallet af borgerforløb, det vil sige at udbrede indsatsen til en større del af målgruppen af hjemløse borgere med komplekse støttebehov. Særligt i de store kommuner med mange hjemløse borgere er der igangsat et forholdsvis lavt antal forløb under Housing First-programmet, sammenholdt med det samlede omfang af hjemløsheden i kommunerne.

Kun for nogle af borgerne kan der påvises forbedringer i forhold til en række andre problematikker som fx misbrugsproblemer og manglen på socialt netværk, mens disse forhold for hovedparten af borgerne er uændrede. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at det på det forholdsvis korte sigt, som målingerne omfatter, ikke kan forventes, at der sker væsentlige forandringer i fx symptomerne på psykisk sygdom eller i borgernes arbejdsmarkedstilknytning. Det er snarere relevant at pege på, at Housing First-indsatsen har betydet, at borgeren, på trods af de alvorlige sociale og helbredsmæssige problemer, er kommet i bolig, hvilket er en forudsætning for en recovery-proces.

Ud af de borgere, der kommer i kontakt med indsatsen, er der nogle borgere, der aldrig kommer i gang med et egentligt forløb, ligesom der er nogle, for hvem bostøtteforløbet af forskellige grunde afbrydes undervejs. Når indsatsen tilsyneladende ikke formår at fastholde en del af borgerne eller få dem i forløb, er der grund til at fokusere på, om indsatsen er tilstrækkeligt intensiv. Den af de tre bostøttemetoder, der henvender sig til de mest udsatte borgere, er ACT-metoden, der med sit tværfaglige indsatssteam giver mulighed for at yde en særligt skræddersyet og helhedsorienteret indsats for den enkelte borger. I de udenlandske Housing First-forsøg i USA, Canada og Frankrig er ACT den primære indsatsmetode til hjemløse borgere med de mest komplekse støttebehov. I Danmark er det i øjeblikket kun to af kommunerne, der anvender ACT-metoden på hjemløseområdet. I et land som Danmark, hvor hjemløsheden i høj grad er koncentreret omkring en gruppe af borgere med komplekse støttebehov, er der således formentlig et særligt potentiale for at styrke brugen af ACT-indsatsen i forhold til målgruppen af hjemløse borgere med svær psykisk sygdom og/eller massive misbrugsproblemer.

Selvom Housing First-indsatsen udgør et stærkt tilbud til hjemløse borgere med komplekse støttebehov, er det også vigtigt at være opmærksom på, at der fortsat er brug for differentierede tilbud. En del borgere med komplekse støttebehov vil have behov for andre typer af tilbud som socialpsykiatriske botilbud eller alternative boligløsninger som de ”skæve huse”.

#### METODE OG DATAGRUNDLAG

Evalueringen er baseret på både kvantitative og kvalitative metoder. Der er foretaget en kvantitativ monitorering af de individuelle borgerforløb, der er indrapporteret af kommunerne i et fælles dokumentationssystem. Der er indberettet data om borgerne ved opstarten af forløbet, undervejs i forløbet (cirka hver tredje måned) og ved afslutningen af et forløb. Indberetningerne omfatter en række oplysninger om bostøttens omfang og intensitet og om borgerens situation på en række parametre, fx boligsituationen, fysisk og psykisk helbred, misbrugsproblemer, socialt netværk og funktionsevne i hverdagen, samt hvilke øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser borgeren var tilknyttet.

Kommunerne har indrapporteret selvvalgte oplysninger om indsatsens fidelitet, det vil sige om indsatsen følger Housing First-tilgangen og bostøttemetodernes grundprincipper, fx at der ikke stilles

krav om boligparathed, og at bostøtten er fleksibel og tilrettelægges ud fra borgernes individuelle behov. Ligeledes indgår der i fidelitetsmålingen oplysninger om indsatsens implementering og organisering, fx om den ledelsesmæssige forankring og samarbejdsrelationer mellem forskellige aktører på området.

Der er foretaget kvalitative interview med både nøglepersoner i kommunerne og med borgere, der har modtaget Housing First-indsatsen. Der er gennemført interview med en række nøglepersoner i otte udvalgte casekommuner, mens der er gennemført interview med projektlederne i de øvrige kommuner. Der er ligeledes gennemført borgerinterview i de udvalgte casekommuner.

## INDLEDNING

I denne rapport præsenterer vi resultaterne af evalueringen af den Housing First-indsats, der blev gennemført i regi af Implementerings- og forankringsprojektet, der fulgte efter Hjemløsestrategien. Hjemløsestrategien var et indsatsprogram under satspuljen, der forløb i perioden 2009-2013 med indsatser i 17 kommuner. Efterfølgende blev der, ligeledes i regi af satspuljen, vedtaget et projekt, der havde til formål at sikre, at de indsatsmetoder, der var blevet udviklet og afprøvet i Hjemløsestrategien, blev videreført og forankret i de medvirkende kommuner og udbredt til nye kommuner. Det bærende princip i Hjemløsestrategien var Housing First-tilgangen, der blev udviklet og afprøvet i Hjemløsestrategien sammen med de tre evidensbaserede bostøttemetoder, Critical Time Intervention (CTI), Intensive Case Management (ICM) og Assertive Community Treatment (ACT). Implementerings- og forankringsprojektet forløb fra 2014 og frem til medio 2016 og havde til formål at understøtte og styrke implementeringen af Housing First-indsatsen i kommunerne og at styrke de organiserings- og samarbejdsstrukturer, der muliggør en succesfuld implementering af indsatsen. Ligeledes var det formålet at sikre, at der blev startet tilsvarende indsatser op i flere kommuner. Socialstyrelsen var ansvarlig for implementeringen af projektet sammen med de 24 kommuner, der har implementeret Housing First-indsatsen i det kommunale velfærdssystem.

## EVALUERINGENS FOKUS

Rambøll Management Consulting og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har gennemført en evaluering af projektet. Evalueringen har haft fokus på at belyse implementeringen af indsatsen i kommunerne og på at afdække de faktorer, der fremmer eller hæmmer en succesfuld implementering. Et væsentligt element har været at afdække, om indsatsen blev implementeret i overensstemmelse med indsatsmetoderne kernelementer og grundprincipper, det vil sige, om indsatsen blev implementeret med en høj grad af fidelitet, og hvilke forhold der havde betydning for, hvordan indsatsen blev gennemført i praksis.

Da indsatsmetoderne blev afprøvet og dokumenteret i regi af Hjemløsestrategien, er det ikke et primært fokus i evalueringen at teste indsatserne og dokumentere deres virkning. Evalueringen har dog naturligvis i væsentlig grad fokus på indsatsens resultater for borgerne, herunder på, om indsatsen formår at hjælpe borgerne ud af hjemløsheden. Ikke mindst lægger evalueringen vægt på at dokumentere borgernes egne oplevelser af indsatsen og de forandringer, den har skabt i deres liv. Derfor indeholder evalueringens borgerrettede del både en kvantitativ og en kvalitativ del, der belyser henholdsvis de målbare forhold – fx hvorvidt borgeren kommer i bolig – og de subjektive forhold i form af borgernes erfaringer og oplevelser med at få en bolig og med at få hjælp fra bostøttemedarbejderen i deres dagligdag. Evalueringen belyser en række centrale undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke forankringsmodeller for Housing First-indsatsen og bostøttemetoderne kan der identificeres i kommunerne?
- Hvad kendetegner kommunernes implementeringsprocesser?
- Hvilke faktorer fremmer hhv. hæmmer implementeringen af indsatsen?
- Implementeres metoderne, som de er tiltænkt – det vil sige med en høj grad af fidelitet?
- Gives indsatsen til den målgruppe, som den er tiltænkt, og hvilken forskel er der på målgrupperne for de enkelte bostøttemetoder?
- Hvor mange borgerforløb er der gennemført, og hvilke forhold har haft betydning for dette?
- Hvad er indsatsens resultater for borgerne?

- Hvordan oplever borgerne indsatsen, og hvilke forandringer har den skabt i deres liv?

## RAPPORTENS OPBYGNING

I kapitel 2 gennemgås baggrunden for indsatsen. Vi beskriver Housing First-tilgangen og erfaringerne med Housing First og de evidensbaserede bostøttemetoder fra Hjemløsestrategien. Vi gennemgår Implementerings- og forankringsprojektets formål, ligesom vi optegner, hvilke kommuner der indgår i indsatsprogrammet.

Kapitel 3 er rapportens metodedel, hvor vi gennemgår de dataindsamlingsmetoder, der er anvendt i evalueringen. Vi gennemgår den kvantitative del i form af den dokumentation om indsatsen og resultaterne for borgerne, der er indsamlet af kommunerne, ligesom vi beskriver indsamlingen af data om indsatsens fidelitet. Vi beskriver også undersøgelsens kvalitative del, hvor der er foretaget kvalitative interview med nøglepersoner i kommunerne og borgere, der har deltaget i indsatsen.

I kapitel 4 afdækkes forhold omkring organisering og implementering af indsatserne i kommunerne. Vi afdækker, hvordan bostøtteindsatsen er forankret i kommunerne, og hvordan kommunerne tilvejebringer boliger til indsatsen. Vi belyser også forhold omkring ledelse og samarbejde, herunder på hvilke måder der er arbejdet med at styrke samarbejde og organisering mellem aktører lokalt i kommunerne.

I kapitel 5 beskriver vi indsatsens målgrupper, hvor vi særligt ser på målgrupperne for de tre bostøttemetoder CTI, ICM og ACT. Vi beskriver borgerne ud fra demografiske karakteristika og ud fra deres sociale og helbredsmæssige problemer samt deres beskæftigelses- og forsørgelsessituation. Kapitlet tegner et billede af de støttebehov hos borgerne, som indsatsen skal kunne imødekomme.

I kapitel 6 belyser vi Housing First og bostøttemetoderne i et metodefagligt perspektiv. Vi belyser, hvordan indsatserne gennemføres, herunder om de gennemføres med en høj grad af fidelitet ud fra de metodebeskrivelser, der ligger til grund for indsatsen – det vil sige, om indsatsen gennemføres ud fra de kernelementer og grundprincipper, som metoderne bygger på.

I kapitel 7 belyser vi indsatsens resultater for borgerne. Vi belyser, om indsatsen har bevirket, at borgeren har fået en bolig og er kom-

met ud af hjemløshed, samt hvilken betydning indsatsen har haft for andre aspekter af borgerens livssituation. Vi belyser også, hvordan borgerne har oplevet indsatsen ved at inddrage materiale fra de kvalitative interview, der er blevet gennemført med borgere i indsatsen.



## BAGGRUND

Siden 2008 har man i Danmark arbejdet med implementeringen af Hjemløsestrategien. Igennem dette arbejde er der sket et skift i måden, man arbejder med hjemløse på i kommunerne og i den sociale indsats, idet Housing First nu er den bærende tilgang på hjemløseområdet. Denne omstilling indebærer også, at der er kommet fokus på at benytte evidensbaserede bostøttemetoder i det sociale arbejde på hjemløseområdet. Hvor Hjemløsestrategien havde til formål at udvikle og afprøve Housing First-tilgangen i en dansk sammenhæng, havde det efterfølgende projekt ”Implementering og forankring af Hjemløsestrategiens resultater” (”Implementerings- og forankringsprojektet”) til formål at understøtte, at Housing First-tilgangen blev forankret og udbredt, både i de kommuner, der deltog i Hjemløsestrategien, og i nye kommuner.

Målet for Implementerings- og forankringsprojektet var at bidrage til en nedbringelse af antallet af hjemløse i Danmark og, i forlængelse heraf, at bremse den eksisterende udvikling, hvor antallet af hjemløse var støt stigende. Projektet havde endvidere til formål at udbrede, implementere og forankre de positive resultater og erfaringer, som Hjemløsestrategien gav i forbindelse med afprøvningen af Housing First-princippet og en række evidensbaserede bostøttemetoder i dansk kontekst.

Implementerings- og forankringsprojektet tog således hul på processen med at forankre Housing First-tilgangen og de tre bostøttemetoder – Assertive Community Treatment (ACT), Intensive Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI) – i kommunernes generelle velfærdsindsats. Implementerings- og forankringsprojektet forløb i perioden 2014-2016, og det blev afsluttet i sommeren 2016.

I alt var 24 kommuner en del af Implementerings- og forankringsprojektet. Heraf var de 16 kommuner med i Hjemløsestrategien, og de har således deltaget i processen igennem 7-8 år, mens der kom otte nye kommuner til i forbindelse med Implementerings- og forankringsprojektets opstart i 2014.

## HOUSING FIRST

Housing First-tilgangen betoner vigtigheden af allerede tidligt i et indsatsforløb at skabe en stabilisering af boligsituationen, samtidig med at der gives en intensiv social støtte, målrettet den enkelte borgers behov. Det ene centrale kerneelement i Housing First-tilgangen er således, at der i starten af et indsatsforløb skabes en permanent boligløsning for borgeren. Det andet centrale kerneelement i Housing First-tilgangen er, at der, samtidig med at der etableres en boligløsning, også gives en intensiv social støtte ud fra evidensbaserede bostøttemetoder.

Housing First-tilgangen bygger grundlæggende på recovery-tilgangen. Ifølge recovery-tilgangen er borgere med psykosociale udfordringer (fx psykisk sygdom og/eller rusmiddelproblematikker) i stand til helt eller delvist at komme sig, hvis indsatsen tager udgangspunkt i borgerens ønsker og situation, samt hvis borgeren får en støtte og hjælp, der er tilpasset borgerens støttebehov (Anthony, 1993; Jensen m.fl., 2004; Davidson; Tondora & Lawless, 2009).

Housing First-tilgangen er baseret på otte grundprincipper (boks 2.1), der tager udgangspunkt i det recovery- og borgercentrerede fokus, og i at tilvejebringe en permanent boligløsning og give borgeren en intensiv og helhedsorienteret social støtte.

---

## BOKS 2.1

De otte grundprincipper i Housing First-tilgangen som indsats mod hjemløshed.

---

- Boligen som en basal menneskeret
  - Respekt, empati og medmenneskelighed over for alle borgere
  - Forpligtelse til at arbejde med borgerne, så længe de har behov
  - Selvstændige boliger i almindeligt byggeri
  - Adskillelse af bolig og støttetilbud
  - Udgangspunkt i borgerens behov og selvbestemmelse
  - Recovery-orientering
  - Skadesreduktion
- 

Kilde: Tsemberis, 2010. Egen oversættelse.

Housing First-tilgangen indebærer et skift væk fra den såkaldte Treatment First-tilgang (Behandling først), der tidligere har været en dominerende tilgang på hjemløseområdet i mange lande. Treatment First-tilgangen bygger på et begreb om boligparathed (Housing readiness), det vil sige en opfattelse af, at den hjemløse borger først skal være parat til at bo i egen bolig, før borgeren tilbydes en bolig. Denne parathed opstår ved, at borgeren modtager behandling for psykisk sygdom og/eller misbrugsproblemer og i øvrigt opøver færdigheder i at ”bo”, inden han/hun flytter i egen bolig.

Housing First-tilgangen adskiller sig også fra den såkaldte ”trappetrinsmodel”, hvor borgeren gradvist flytter mellem forskellige trin på en ”boligtrappe” – fra herberg til en midlertidig udslusningsbolig/træningslejlighed og eventuelt i egen permanent bolig, hvis borgeren undervejs i et sådant forløb demonstrerer de færdigheder, der skal til for at bo i egen bolig. Ligesom Treatment First-tilgangen bygger også trappetrinsmodellen på, at borgeren skal være boligparat, før der tilbydes en permanent bolig.<sup>4</sup>

Ifølge Housing First-tilgangen fastholder både Treatment First og trappetrinsmodellen imidlertid borgeren i en ustabil boligsituation, der i sig selv udgør en afgørende barriere for at kunne opnå en forbedring i borgerens øvrige situation, fx i forhold til psykiske problemer, rusmiddelproblematikker, uddannelse og beskæftigelse. Kritikere af trappetrinsmodellen har fremhævet, at trappetrinsmodellen i mange tilfælde

---

4. Treatment First og trappetrinsmodellen har således mange ligheder. Ligesom trappetrinsmodellen vil også Treatment First-modellen typisk gøre brug af forskellige trin som ophold i en udslusningsbolig. Trappetrinsmodellen kan kombineres med krav om behandling, men kan også være baseret på krav om adfændsændringer, uden at der er behandlingskrav knyttet til modellen.

fastholder borgeren i en ustabil boligsituation, da mange borgere aldrig formår at ”kvalificere” sig til en permanent bolig ved at blive boligparate (Sahlin, 2005). I stedet bevæger borgeren sig snarere frem og tilbage på boligtrappens lavere trin, mellem gaden, natvarmestuer, herberger og af og til ophold i midlertidige boliger. Det er baggrunden for, at det, ifølge Housing First-tilgangen, i stedet er vigtigt allerede tidligt i et indsatsforløb at skabe en stabilisering af boligsituationen ved at tilbyde borgeren en permanent bolig (Tsemberis, 2010).

Housing First-tilgangen og brugen af bostøttemetoderne er i udlandet (primært i USA, Canada og Frankrig) blevet testet gennem randomiserede, kontrollerede forsøg, der viser, at Housing First-indsatsen markant øger chancen for, at hjemløse borgere kommer ud af hjemløshed og fastholder boligen, sammenholdt med borgere, der ikke modtager denne indsats (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004; Coldwell & Bendner, 2007; Nelson, Aubry & Lafrance, 2007; Busch-Geertsema m.fl., 2010; Pleace, 2011; Busch-Geertsema, 2013; Goering m.fl., 2014). Selvom indsatsen stadig debatteres i forskningslitteraturen (se fx Kertesz m.fl., 2009; Pleace, 2011), er der således en omfattende og stadigt voksende evidensbase for, at Housing First-indsatsen er en effektiv indsats til at hjælpe hjemløse borgere ud af hjemløshed.<sup>5</sup>

## HJEMLØSESTRATEGIEN OG DENS RESULTATER

Hjemløsestrategien blev igangsat i 2008 og byggede på Housing First-tilgangen som overordnet princip. De første indsatser i Hjemløsestrategien startede hen mod slutningen af 2009 og forløb frem til 2013. Afprøvelsen af Housing First og de evidensbaserede bostøttemetoder i den danske Hjemløsestrategi viste, at Housing First og de evidensbaserede bostøttemetoder er virkningsfulde – også i en dansk kontekst.

Resultaterne af den danske indsats lå på linje med erfaringerne fra tilsvarende indsatser og forsøg i udlandet og viste, at det med Housing First-tilgangen og de evidensbaserede bostøttemetoder var muligt for en høj andel af de borgere, der modtog indsatsen, at komme i bolig og fastholde boligen. Evalueringen viste, at cirka ni ud af ti hjemløse, som fik en bolig, og samtidig fik støtte via en af de tre bostøttemetoder

---

5. Der er i Europa udviklet en Housing Guide Europe, der giver et samlet overblik over Housing First-indsatser og viden om Housing First i Europa. Se [www.housingfirstguide.eu](http://www.housingfirstguide.eu).

(CTI, ICM eller ACT), fastholdt boligen i løbet af observationsperioden.<sup>6</sup> Der var dog også en del borgere, som var i kontakt med Hjemløsestrategiens indsatser, men som det ikke lykkedes at skaffe en bolig til.

Til trods for de gode resultater fra Hjemløsestrategien forekom der en stigning i antallet af hjemløse hen over den årrække, hvor Hjemløsestrategien forløb. Således steg hjemløsheden, målt ved de nationale kortlægninger af hjemløshed, fra 4.998 personer i 2009 til 5.820 personer i 2013 og yderligere til 6.138 personer i 2015.<sup>7</sup>

Dog var hjemløsheden i strategiperioden steget mindre i de kommuner, der deltog i Hjemløsestrategien, sammenlignet med de øvrige kommuner i landet, der ikke deltog i strategien. Desuden fandt evalueringen, at Hjemløsestrategien bidrog positivt til faglig udvikling samt til brugen af mere systematiske og helhedsorienterede metoder på hjemløseområdet i kommunerne. På denne baggrund konkluderede evalueringen af Hjemløsestrategien, at der var et betydeligt potentiale i en yderligere udbredelse, implementering og forankring af Housing First-princippet og bostøttemetoderne for voksne såvel som for unge hjemløse borgere.

## IMPLEMENTERINGS- OG FORANKRINGSPROJEKTET

Implementerings- og forankringsprojektet tog udgangspunkt i resultaterne fra Hjemløsestrategien og forløb i perioden fra medio 2014 til medio 2016. Målet for Implementerings- og forankringsprojektet var at bremse den eksisterende udvikling, hvor antallet af hjemløse var støt stigende, og bidrage til en nedbringelse af antallet af hjemløse. Projektet havde til formål at udbrede, implementere og forankre de positive resultater og erfaringer, som afprøvningen af Housing First-tilgangen og de evidensbaserede bostøttemetoder havde vist. Projektet skulle også bidrage til at udbrede, implementere og forankre resultaterne i flere kommuner.

Implementerings- og forankringsprojektet har haft en samlet økonomisk ramme på 19,7 mio. kr. over projektperioden fra 2014 til 2016. Der har været afsat midler til projektledelse og dokumentation, mens driftsmidlerne til bostøtteindsatserne er tilvejebragt af kommunerne selv, og de har således ikke været finansieret af projektet.

---

6. Rambøll og SFI, 2013.

7. Benjaminsen & Lauritzen, 2015, s. 66.

Målet med Implementerings- og forankringsprojektet var dels at opnå en række individuelle effekter for de hjemløse borgere, og dels at opnå en række organisatoriske effekter hos de involverede kommuner.

#### EFFEKTER PÅ INDIVIDNIVEAU

På langt sigt er målet med Implementerings- og forankringsprojektet, at de hjemløse borgere fastholder deres bolig og genvinder deres funktionsevne i et omfang svarende til deres opfattelse af et selvstændigt og meningsfuldt liv. For at disse langsigtede mål kan realiseres, er det afgørende, at en række mål opnås på mellemlangt sigt. Målene på mellemlangt sigt er, at borgerne er mere integrerede i lokalsamfundet og har et styrket netværk. Andre mål på mellemlangt sigt vedrører borgernes evner og kompetencer. Nærmere bestemt er det et mål, at borgerne opnår styrkede sociale kompetencer og ressourcer samt styrkede kompetencer til at klare sig selv i egen bolig og til selv at tage ansvar for kontakten til relevante indsatser og aktører. En række øvrige mål på mellemlangt sigt relaterer sig til den støtte, som borgerne modtager. Her er målet, at borgerne får afklaret deres bolig- og støttebehov, modtager den rette bostøtte og får en koordineret og sammenhængende indsats. I forbindelse med overgangen til egen bolig er det et mål, at borgerne visiteres til en passende bolig, opnår bolig med den rette bostøtte, har tryghed og viden om processen med at flytte og bo i egen bolig og tror på egen evne til at flytte i egen bolig.

Implementerings- og forankringsprojektet har haft en samlet indsatsperiode på to år, og for de fleste af de borgere, der er blevet fulgt, har indsatsforløbet varet mellem 9 og 15 måneder. Her er der tale om en måling på mellemlangt sigt, og evalueringen har derfor fokus på disse mål, mens det ikke er muligt at belyse de mere langsigtede mål.

#### ORGANISATORISKE EFFEKTER

Skiftet til Housing First stiller en række organisatoriske krav til kommunerne. Særligt er det afgørende, at kommunerne formår at etablere et vel fungerende samarbejde mellem socialforvaltningen, boliganvisningen, jobcentret og ydelsesafdelingen, samt med eksterne aktører som boligforeninger, lokale frivillige organisationer og den lokale psykiatri. Disse samarbejdsrelationer er nødvendige for at kunne skabe sammenhæng i indsatsen for borgeren, og for at kunne skaffe boliger til de borgere, der visiteres til projektet.

På det organisatoriske niveau var målet med Implementerings- og forankringsprojektet på langt sigt, at kommunerne som indgår i projektet, opnår:

- En forankring af Housing First-tilgangen og bostøttemetoderne i driften
- Procedurer for kompetenceudvikling
- Procedurer for, hvordan de vil holde et vedvarende fokus på evidensbaseret praksis og implementeringsdrivkræfterne.

Forudsætningen for at opnå de langsigtede mål var, at man realiserede en række mål på mellemlangt sigt. Målene på mellemlangt sigt vedrørte dels kommunernes loyalitet over for Housing First og bostøttemetoderne, det vil sige, hvorvidt indsatserne udføres med en høj grad af fidelitet. Her var det målet, at kommunerne arbejdede stringent med en eller flere af de tre bostøttemetoder og organiserede sig i tråd med Housing First-princippet. I forlængelse af Housing First-princippet var det et mål på mellemlangt sigt, at kommunerne havde passende boliger at visitere borgerne til. På mellemlangt sigt var det derudover et mål, at kommunerne udredte hjemløse borgere og udarbejdede en § 141-handleplan for borgerne. Et andet mål på mellemlangt sigt var, at kommunerne udarbejdede politisk godkendte handleplaner for implementering og forankring i driften af Housing First-princippet og af CTI-, ICM- og/eller ACT-bostøttemetoderne med afsæt i implementerings- og forankringspakken. Endelig var det et mål på mellemlangt sigt, at kommunerne fik kendskab til den aktuelt bedste viden om, hvad der kan nedbringe hjemløshed.

#### EN UDSAT MÅLGRUPPE MED KOMPLEKSE PROBLEMER

Målgruppen for Implementerings- og forankringsprojektet var borgere, som befandt sig i hjemløshed. Hjemløshed defineres i overensstemmelse med den definition, som anvendes af SFI i den nationale hjemløsetælling<sup>8</sup>:

- Som hjemløse regnes personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige boalternativer, eller som bor midlertidigt og uden kontrakt hos

---

<sup>8</sup> Benjaminsen & Lauritzen, 2015, s. 17.

slægtninge, venner eller bekendte. Som hjemløse regnes også personer uden et opholdssted den kommende nat.

Af de seneste tal fra SFI's nationale kortlægning fra 2015 *Hjemløshed i Danmark* fremgår det, at der var 6.138 hjemløse i Danmark. Fra man lavede de første kortlægninger af hjemløshed i 2009, har antallet af hjemløse været stigende. Der var således 1.140 flere hjemløse borgere i 2015 i sammenligning med 2009, hvilket svarer til en stigning på 26 pct.<sup>9</sup>

Både evalueringen af Hjemløsestrategien og SFI's hjemløsekortlægninger peger på, at hjemløse i Danmark er præget af meget komplekse sociale problemer, ud over at de mangler en bolig. SFI's hjemløsetælling fra 2015 viser, at halvdelen af de hjemløse borgere har en psykisk sygdom, to tredjedele har et misbrugsproblem, og mange har både et misbrug og en psykisk sygdom. Derudover har lige knap en tredjedel en fysisk sygdom. Evalueringen af Hjemløsestrategien viste, at en stor del af målgruppen har et meget skrøbeligt socialt netværk. Borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet har vist sig at være et relativt repræsentativt udsnit af den samlede gruppe af hjemløse borgere, hvilket nærmere beskrives i kapitel 5.

Det skal endvidere nævnes, at 11 ud af de 24 kommuner i Implementerings- og forankringsprojektet også deltager i et projekt, som er rettet mod unge i alderen 17-24 år, som er i hjemløshed eller i risiko herfor. Unge hjemløse i de 11 kommuner, som arbejder med begge projekter, vil derfor være blevet visiteret til Ungeprojektet<sup>10</sup> fremfor til Implementerings- og forankringsprojektet.<sup>11</sup>

## BOSTØTTEMETODERNE CTI, ICM OG ACT

Et kerneelement i Housing First-tilgangen er, at der, sammen med en permanent boligløsning tidligt i et indsatsforløb, gives en social støtte ud fra de evidensbaserede bostøttemetoder CTI, ICM eller ACT. Disse metoder er typisk mere systematiske og intensive end den bostøtte, der sædvanligvis gives i den almindelige kommunale bostøtte under service-lovens § 85 eller den efterforsorg, der tilbydes på § 110-boformerne ved

<sup>9</sup> Benjaminsen & Lauritzen, 2015, s. 35-38.

<sup>10</sup> "En styrket, sammenhængende og helhedsorienteret indsats mod hjemløshed blandt unge, med særligt fokus på forebyggelse og tidlig indsats."

<sup>11</sup> Ungeprojektet forløber fra 2014-2017 og afrapporteres i en særskilt rapport i 2017.



udflytning fra boformen. De tre bostøttemetoder har forskelligt indhold og er rettet mod hver deres del af målgruppen. Metoderne anvendes i forskellig grad. Hvor kun to kommuner arbejder med ACT, er der 19, som arbejder med CTI, og 16, som arbejder med ICM.

#### CRITICAL TIME INTERVENTION (CTI)

CTI-metoden består af et ni måneders intensivt forløb, der er inddelt i tre faser. I forløbet arbejder bostøttemedarbejderen sammen med borgeren i forhold til at opbygge et støttenetværk og bygge bro til og støtte borgeren i at benytte øvrige sociale indsatser. Den første fase har fokus på overgangen til egen bolig og på planlægning og igangsættelse af det sociale støtteforløb. Fase to har fokus på afprøvning og tilpasning af den sociale støtte og de øvrige indsatser, som borgeren tilknyttes. Endelig har fase tre fokus på ansvarsoverdragelse og forankring af indsatsen i de øvrige tilbud og indsatser, som borgeren er blevet tilknyttet (Susser m.fl., 1997; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl. 2011; Tomita & Herman, 2012).

Målgruppen for CTI er borgere, som i betydeligt omfang kan benytte øvrige sociale indsatser og behandlingstilbud. CTI-metoden kan således bruges i samarbejdet med borgere, for hvem det forventes, at de gennem en intensiv, tidsbegrænset indsats vil blive i stand til at klare sig i og fastholde egen bolig med hjælp fra netværk og/eller lokalmiljøet.

#### INTENSIVE CASE MANAGEMENT (ICM)

ICM-metoden er en længerevarende indsats, der ikke er faseopdelt, og som giver en intensiv, fleksibel social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen, samtidig med at bostøttemedarbejderen støtter op om brugen af øvrige indsatser i det omfang, borgeren efterhånden bliver i stand til at benytte øvrige tilbud.

Målgruppen for ICM-metoden er borgere med komplekse problemer, som har behov for en længerevarende indsats. Det kan eksempelvis være borgere, som, ud over hjemløshed, har psykiske problemer og/eller et misbrug. Der er tale om borgere, som har behov for social og praktisk bostøtte i hverdagen, og som samtidig har brug for hjælp til at skabe sammenhæng i deres samlede støtte- og behandlingsmæssige indsats. ICM-metodens målgruppe er i stand til at profitere af støtte og behandling fra det etablerede system, men de har brug for hjælp til at etab-

lere kontakt til og fastholde kontakten med øvrige støtte- og behandlingsmæssige indsatser.

#### ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (ACT)

Målgruppen for ACT-indsatsen er borgere med komplekse psykosociale vanskeligheder, som eksempelvis svær psykisk sygdom, svære misbrugsproblemer eller andre alvorlige, psykosociale vanskeligheder, og som har brug for en intensiv social og praktisk støtte i forbindelse med, at de flytter i egen bolig, og til efterfølgende at kunne fastholde boligen. Personerne i målgruppen for ACT har vanskeligt ved eller kan slet ikke benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser (fx social misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling og aktivitets- og samværstilbud) og har derfor brug for, at specialiserede indsatser leveres direkte til dem.

ACT-metoden er baseret på et tværfagligt, integreret indsatsteam, der varetager tre kernefunktioner:

- En socialpædagogisk bostøtteindsats
- En specialiseret helbredsmæssig indsats
- En administrativ støttefunktion

Den socialpædagogiske dimension varetages af socialpædagogiske bostøttemedarbejdere. Den helbredsmæssige dimension varetages fx af en sygeplejerske, en misbrugsbehandler, en psykiater og/eller en misbrugs-læge. Den administrative funktion kan varetages af hhv. en sagsbehandler med myndighedskompetence fra socialcenteret og af en jobkonsulent, ligeledes med myndighedskompetence fra jobcenteret. Indsatsen bygger i høj grad på, at medarbejderne skal være den aktive part og vedholdende i forhold til at opsøge borgerne, skabe tillid hos borgerne og hele tiden være motiverende i forhold til at vedligeholde kontakten og tilliden mellem medarbejderen og borgeren.

I den internationale forskningslitteratur er der evidens for, at ACT-metoden er en særligt stærk indsatsmetode til hjemløse borgere med stærkt komplekse støttebehov (Coldwell og Bendner, 1997; Lehman m.fl., 1997). Sædvanligvis bruges ACT-indsatsen som den foretrukne indsats til hjemløse borgere med de mest komplekse støttebehov i Housing First-programmer i USA og Canada (Padgett, Henwood & Tsemberis, 2016).

## KOMMUNERNE

Housing First og de evidensbaserede bostøttemetoder blev implementeret i 24 kommuner.<sup>12</sup> Der var 16 af de 24 kommuner, der arbejdede med Hjemløsestrategien i 2009-2013, og de havde derfor kendskab til og erfaring med Housing First og bostøttemetoderne fra tidligere. De otte øvrige kommuner begyndte at arbejde med Housing First-tilgangen i forbindelse med Implementerings- og forankringsprojektet. Der er således sket en udbredelse af indsatsen til nye kommuner. Det betyder også, at kommunerne har haft forskellige udgangspunkter for arbejdet med implementeringen og forankringen af Housing First og bostøttemetoderne.

TABEL 2.1

Hjemløse borgere, registreret i de 24 kommuner i hjemløsetællingerne i 2013 og 2015. Antal.

Kommune	2013	2015
Albertslund Kommune	52	41
Ballerup Kommune	65	43
Esbjerg Kommune	144	136
Fredericia Kommune	33	32
Frederiksberg Kommune	178	226
Gladsaxe Kommune	60	101
Greve Kommune	36	52
Guldborgsund Kommune	99	81
Haderslev Kommune	51	46
Helsingør Kommune	52	73
Herning Kommune	149	178
Holstebro Kommune	48	28
Horsens Kommune	77	102
Høje Taastrup Kommune	63	39
Kolding Kommune	63	47
Københavns Kommune	1.581	1.562
Næstved Kommune	86	58
Randers Kommune	92	117
Silkeborg Kommune	56	108
Slagelse Kommune	64	97
Varde Kommune	28	23
Viborg Kommune	68	41
Aalborg Kommune	259	241
Aarhus Kommune	617	668
I alt, de 24 kommuner	4.021	4.140
Hele landet	5.820	6.138

Kilde: Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen, 2015.

<sup>12</sup> Albertslund, Ballerup, Esbjerg, Fredericia, Frederiksberg, Gladsaxe, Greve, Guldborgsund, Haderslev, Helsingør, Herning, Holstebro, Horsens, Høje-Taastrup, Kolding, København, Næstved, Randers, Silkeborg, Slagelse, Varde, Viborg, Aalborg og Aarhus Kommune.

I tabel 2.1 er vist antallet af hjemløse borgere i hver af de 24 kommuner, der har deltaget i Implementerings- og forankringsprojektet, opgjort ved de nationale kortlægninger af hjemløshed i henholdsvis 2013 og 2015. De 24 kommuner repræsenterer tilsammen cirka to tredjedele af de hjemløse borgere, der blev registreret på landsplan ved kortlægningerne. Det hænger sammen med, at hovedparten af de 24 kommuner udgøres af en række store og mellemstore bykommuner, hvor hjemløsheden generelt er af et større omfang end i de mindre kommuner. Alene landets to største kommuner – København og Aarhus – repræsenterer således tilsammen en tredjedel af alle hjemløse borgere på landsplan.

Kommunerne har arbejdet med forskellige bostøttemetoder, hvor nogle af kommunerne kun har anvendt én metode, mens andre har anvendt to metoder. Ingen af kommunerne har arbejdet med alle tre bostøttemetoder. Ligeledes har antallet af borgere, som har været en del af indsatsen i kommunerne, varieret betydeligt fra kommune til kommune.

Da de tre bostøttemetoder er forskellige, kan det betyde, at det har været lidt forskellige indsatser, som kommunerne har kunnet tilbyde de hjemløse borgere, afhængigt af om kommunen udelukkende har anvendt én metode eller har anvendt flere. De kommuner, der har anvendt flere metoder, har umiddelbart haft en bedre mulighed for at differentiere brugen af metoderne til de forskellige målgrupper.

Endelig skal det nævnes, at en af kommunerne sent i forløbet udtrådte af projektet. Vi har dog bibeholdt datamaterialet for denne kommune i evalueringen, da denne beslutning først blev taget hen mod slutningen af forløbet.

## ORGANISERINGEN AF IMPLEMENTERINGS- OG FORANKRINGSPROJEKTET

Organiseringen af Implementerings- og forankringsprojektet var bygget op omkring en række delelementer, nærmere bestemt projektledelse, en styregruppe, en faglig følgegruppe, et projektledernetværk og et rejsehold.

Projektledelsen for Implementerings- og forankringsprojektet blev varetaget af Socialstyrelsen, der havde ansvaret for at indgå aftaler med kommunerne om deltagelse i projektet, for intern og ekstern koordinering, og for styregruppen, den faglige følgegruppe og projektledernetværket på tværs af kommunerne. Derudover havde Socialstyrelsen ansvaret for fortløbende formidling og kommunikation samt opsamlende statusnotater.

Styregruppen bestod af repræsentanter fra det daværende Social- og Indenrigsministerium, Beskæftigelsesministeriet, KL, socialchefer, som repræsenterede såvel store som små kommuner i projektet, og Socialstyrelsen. Styregruppens rolle var at understøtte målopfyldelsen i projektet samt drøfte og komme med forslag til løsning af udfordringer, der knyttede sig til implementeringen og forankringen af Housing First-princippet.

Projektet blev fulgt af en faglig følgegruppe, bestående af repræsentanter fra SAND (De hjemløses brugerorganisation), SBH (Sammenlutning af Boforner for Hjemløse i Danmark), Rådet for socialt udsatte, SFI og en række videnspersoner fra socialområdet. Den faglige følgegruppes rolle var undervejs at bistå med råd og vejledning om indsatsens udformning og organisering.

Projektledernetværket bestod af projektlederne fra kommunerne og repræsentanter fra Socialstyrelsen. Projektledernetværkets rolle var at drøfte implementeringsrelevante temaer, formulere udfordringer/temaer til drøftelse i styregruppen og bidrage til den faglige kvalitetssikring i projektets leverancer med input og inspiration.

Socialstyrelsens rejsehold bestod af en række medarbejdere fra Socialstyrelsen. Rejseholdets rolle var at udarbejde en implementerings- og forankringspakke til kommunerne og dokumentationsværktøjer til metoderne (i samarbejde med evaluator), levere implementeringsstøtte og kompetenceudvikling i kommunerne (rejseholdsbesøg), og at afholde projektledernetværksmøder og stå for telefonrådgivning.



## METODE OG DATA

I dette kapitel beskriver vi evalueringens datagrundlag og de metoder, der er anvendt til at indsamle de data, som analyserne bygger på. Der er, som led i evalueringen, både indsamlet kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data består dels af individdata om borgerne, der indgår i indsatsen, dels af data på kommuneniveau om fideliteten af indsatsen i den enkelte kommune, det vil sige mål for, om indsatserne følger kernelementerne og grundprincipperne i Housing First-indsatsen og bostøttemetoderne.

### DEN KVANTITATIVE DOKUMENTATION

Som et led i implementeringsevalueringen blev der opsat to spørgeskemabaserede måleinstrumenter i Rambølls it-system *Rambøll Results*. Individdokumentationen var en specifik måling af indsatsen og udviklingen hos den enkelte borger, mens fidelitetsmålingerne var en måling på, hvor tro kommunerne var mod grundprincipperne i Housing First-tilgangen og de tre bostøttemetoder i forbindelse med implementeringen. Individdokumentationen blev varetaget af bostøttemedarbejderne, mens den lokale projektleder i kommunerne foretog fidelitetsmålingerne.

## INDIVIDDOKUMENTATIONEN

For at vurdere resultaterne af bostøttemetoderne for borgerne blev der for hver borger, der var en del af et indsatsforløb, målt på specifikke parametre på individniveau. Individdokumentationen indeholdt en række målinger, som blev udfyldt af borgerens bostøttemedarbejder. De enkelte indikatorer var ens for alle borgere i alle tre indsatser, men der blev foretaget et forskelligt antal målinger, afhængigt af længden af forløbet. Målingerne blev foretaget hver tredje måned.

Selve individdokumentationen indeholdt mål for følgende forhold for borgeren:

- Boligsituation
- Fysisk og psykisk helbredsmæssig tilstand
- Funktionsniveau i forhold til at håndtere dagligdagsaktiviteter
- Beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag
- Socialt netværk
- Økonomi.

Derudover blev der dokumenteret en række mål omkring selve indsatsen, blandt andet i forhold til hyppighed og indhold i den kontakt, der var mellem bostøttemedarbejder og borger, samt om borgeren har en udredning og en handleplan.

Den første måling var en såkaldt baselinemåling i et opstartsskema for hver borger med informationer og baggrundsdata om borgerens situation ved indtrædelse i projektet. Denne måling betragtes i evalueringen som *opstartsmålingen* ('formåling'). Efterfølgende målinger med fokus på status for borgeren i et igangværende skema blev dokumenteret løbende med en kadence på hver tredje måned. Det er varierende på tværs af forløb, hvor mange målinger der blev foretaget af denne karakter. Der blev derudover foretaget en afsluttende måling i et afslutningsskema, som i evalueringen betragtes som *slutmålingen* ('eftermåling').

## BORGERENS EGEN VURDERING AF LIVSSITUATIONEN

Udover individdokumentationen, der udfyldes af bostøttemedarbejderen, findes en række spørgsmål, der indeholder forskellige mål for borgerens livssituation og psykiske helbred, og som borgeren selv er med til at udfylde. Disse mål drejer sig om borgerens vurdering af følgende forhold:



- Borgerens velvære
- Borgerens hverdagslige aktiviteter
- Borgerens psykiske problemer
- Borgerens brug af rusmidler

Disse spørgsmål blev stillet til borgeren i forbindelse med udfyldelsen af individdokumentationen, altså hver tredje måned undervejs i bostøtteforløbet. Ligesom for individdokumentationen varierer det, hvor mange målinger der er blevet foretaget af denne karakter, afhængigt af forløbets længde. Der er samtidig også et større bortfald i besvarelserne for denne type målinger, hvor borgeren selv har skullet medvirke til besvarelsen, end ved individdokumentationen, der er udfyldt af bostøttemedarbejderen uden borgerens direkte medvirken. Det kan være udtryk for, at borgeren i perioder ikke har følt sig i stand til at være med til at udfylde skemaet, fx pga. at borgeren har haft det dårligt. Der er også tilfælde, hvor borgeren ikke har ønsket at udfylde skemaet sammen med bostøttemedarbejderen, men hvor borgeren i stedet har sagt god for, at bostøttemedarbejderen har udfyldt den del af individdokumentationen, der har været rettet til bostøttemedarbejderen. Det forhold, at der er en del forløb (cirka en tredjedel), hvor borgeren ikke har besvaret den borgerrettede del af spørgeskemaet, betyder, at der for disse oplysninger er en lidt større risiko for, at der kan være tale om en selektion, hvor borgerne med de mest massive psykosociale problemer i mindre grad har besvaret spørgsmålene.

#### FIDELITETSMÅLINGERNE

Fidelitetsmålingerne giver et indblik i, hvor tro kommunerne har været mod grundprincipperne i Housing First-tilgangen, indsætterne og organiseringen i forbindelse med implementeringen. Fideliteten er således et udtryk for, hvorvidt indsatsen er implementeret metodelojalt. En høj grad af fidelitet er vigtig for at skabe de ønskede resultater for borgerne og for samtidig at kunne sandsynliggøre, at resultater for borgerne kan tilbageføres til indsatsen og metoderne. Hvis metoderne derimod ikke implementeres med en høj grad af fidelitet – det vil sige hvis metoderne ikke udføres som de er tiltænkt, men derimod afviger væsentligt fra metodebeskrivelserne – kan det betyde, at der ikke opnås de ønskede resultater for borgeren. Det kan fx være, hvis bostøttemetoderne ikke over-

holder kravene til en forholdsvis lav caseload, eller hvis der ikke er mulighed for fleksibelt at tilpasse omfanget af støtten til borgerens behov.

Fidelitetsmålingsredskabet, der blev anvendt, blev udviklet med inspiration fra det amerikanske fidelitetsmålingsredskab ”Pathways Housing First Fidelity Scale”, men tilpasset danske forhold.<sup>13</sup> Desuden blev der opstillet fidelitetsmål, der var særligt tilpasset Implementerings- og forankringsprojektets fokus på at styrke samarbejdet og organiseringen omkring Housing First-indsatsen.

I fidelitetsskemaet blev der målt på tre overordnede temaer:

- Fideliteten i forhold til grundprincipperne i Housing First-tilgangen
- Fideliteten af bostøttemetoderne (CTI, ICM og ACT)
- Fideliteten i forhold til krav til organisering og samarbejde omkring Housing First-tilgangen

I spørgsmålene blev der anvendt en skala fra 1-4, hvor 1 er en meget lav grad af fidelitet, og 4 er en meget høj grad af fidelitet. Til hver kategori på fidelitetsskalaen var der for hver af de enkelte indikatorer knyttet en beskrivelse af, hvad der kendetegnede det pågældende niveau af fidelitet.

Data til dokumentation af fidelitet i implementeringen stammer fra selvrapporteringer fra kommunerne. Det betyder, at det er projektlederne, der selv (evt. i samarbejde med bostøttemedarbejderne og andre medarbejdere involveret i indsatsen i kommunen) har vurderet, i hvilken grad de har implementeret de centrale grundprincipper i Housing First-tilgangen, bostøttemetoderne samt krav til organisering og samarbejde. Fidelitetsmålene blev udarbejdet således, at de ekspliciterer indsatsens grundprincipper, og således også bidrog til løbende læring og forståelse af indsatsens grundprincipper for de medarbejdere, der udfyldte fidelitetsmålingen undervejs. Resultaterne af de løbende fidelitetsmålinger blev bragt i spil på netværksmøder mellem Socialstyrelsen og kommunerne gennem projektførelsen med henblik på at styrke implementeringen af indsatsen undervejs i projektførelsen. Fidelitetsmålingerne var således en del af evalueringens formative karakter.

Fidelitetsdata blev indberettet af projektlederne hver tredje måned. Når fidelitetsmålene var baseret på selvvurdering, betyder det, at data ikke nødvendigvis er fuldt ud objektivt rapporteret, men evaluatorgruppen vurderer ud fra kontakten med kommunerne undervejs i forlø-

---

13. Tsemberis (2010).

bet, at kommunerne gik systematisk til arbejdet og havde fokus på at indberette pålidelige data. Oplysninger fra kommunerne peger dog på, at nogle kommuner primært svarede specifikt ud fra de forløb, som de havde i gang, mens andre kommuner svarede mere generaliserende. Det kan fx gøre sig gældende omkring samarbejdsrelationer, hvor der kan være svaret med fokus på de konkrete borgerforløb, eller der kan være svaret mere generelt på socialafdelingens samarbejde med andre afdelinger og aktører.

## DE KVALITATIVE INTERVIEW

Der indgår i evalueringens datamateriale også et omfattende materiale fra interview med både nøglepersoner, der er involveret i indsatsen i kommunerne, og med borgere, der har modtaget en indsats gennem Housing First-programmet.

Den kvalitative dataindsamling var baseret på en udvælgelse af otte casekommuner, i hvilke der blev interviewet en række nøglepersoner, som var involveret i indsatsen. I disse kommuner blev der, udover en projektleder, typisk interviewet en forvaltningsleder, en myndighedschef, en boformsleder og en eller flere bostøttemedarbejdere eller ledere for bostøtteindsatsen. Casekommunerne blev udvalgt, så de repræsenterede et forskelligartet udsnit af kommuner i forhold til størrelse, landsdel og organisering. I de øvrige kommuner blev der foretaget et interview med projektlederen.

I syv af de otte casekommuner blev der også foretaget interview med borgere, der har deltaget i Housing First-indsatsen. Der blev i alt gennemført 17 borgerinterview. Ved borgerinterviewene formidlede bostøttemedarbejderen en kontakt til borgeren. Der kan i den forbindelse være taget hensyn til, hvilke borgere der ville kunne gennemføre et interview, ligesom der var borgere, der blev adspurgt om deltagelse, men som ikke ønskede at blive interviewet. Der er en risiko for, at der i en sådan udvælgelsesproces kan ske en selektion, hvor de allersvageste borgere ikke bliver interviewet. Borgerne repræsenterede forskellige aldersgrupper, og der var lidt flere mænd end kvinder. Der var dog kun én borger med etnisk minoritetsbaggrund. Ved en gennemgang af interviewene er det indtrykket, at de interviewede borgere udgør et bredt udsnit af de borgere, der indgik i indsatsen, herunder i forhold til de mange forskelli-

ge sammensatte sociale og helbredsmæssige problemer, der kendetegner hovedparten af borgerne i indsatsen, som det er dokumenteret i kapitel 5 om målgruppens profil.

Alle interviewpersoner – både nøglepersoner og borgere – fremtræder anonymiserede i rapporten, og der henvises for nøglepersonernes vedkommende udelukkende til deres funktion, fx som projektleder eller bostøttemedarbejder, mens der ikke gengives oplysninger om, hvilken kommune personen repræsenterer.

# IMPLEMENTERING OG ORGANISERING

I dette kapitel belyser vi indsatsens implementering og organisering. Kapitlet er baseret på den kvalitative case-undersøgelse, der er foretaget i kommunerne. Desuden inddrager vi den del af fidelitetsmålingerne, der handler om ledelse, organisering og samarbejde.<sup>14</sup>

Indledningsvist afdækkes, hvad der kendetegner Housing First-indsatsens og bostøttemetodernes organisatoriske forankring i kommunerne. Derefter belyser vi boligdelen af indsatsen, hvor vi særligt fokuserer på de udfordringer, mange kommuner oplever med at tilvejebringe boliger til indsatsen. Efterfølgende ser vi på forhold omkring ledelse og samarbejde på tværs af forvaltningerne og med eksterne aktører som boligorganisationerne og den regionale behandlingspsykiatri. Vi belyser også organisatoriske forhold omkring myndighedsdelen af indsatsen, dvs. forhold omkring udredning og visitation og udarbejdelsen af § 141-handleplaner efter serviceloven. Endelig belyser vi forhold omkring medarbejderkompetencer.

Overordnet set vurderer projektlederne, at Implementerings- og forankringsprojektet, i forlængelse af Hjemløsestrategien,<sup>15</sup> har været med til at skabe en betydelig omstilling og nytænkning af den kommunale

---

14. De fidelitetsmål, der beskriver de indsatsnære forhold om, hvorvidt indsatsen følger Housing First-tilgangen og bostøttemetodernes grundprincipper, belyser vi i kapitel 6 om indsatserne.

15. 16 af kommunerne indgik i denne del.

le organisering og tilgang på hjemløseområdet og generelt på udsatteområdet. Der er imidlertid også nogle af kommunerne, hvor der har været udfordringer ved at implementere indsatsen og ved at få borgerforløb sat i gang. Disse udfordringer skyldes blandt andet vanskeligheder ved at skaffe det fornødne antal boliger til indsatsen og udfordringer omkring indsatsens organisering og samarbejde, både internt i kommunen og eksternt i forhold til samarbejdspartnere.

I en del af kommunerne er der gode eksempler på brugen af samarbejdsaftaler mellem aktører på området, som har bidraget til at skabe procedurer for samarbejde omkring Housing First-indsatsens borgere, og som har bidraget til at styrke den ledelsesmæssige og organisatoriske forankring af indsatsen.

## ORGANISATORISK FORANKRING AF INDSATSEN

Et centralt aspekt af kommunernes implementering af Housing First-tilgangen og de evidensbaserede bostøttemetoder er den organisatoriske forankring af indsatsen. Der kan i kommunerne identificeres to hovedmodeller for forankringen af Housing First-indsatsens bostøttemetoder.

Den ene hovedmodel er, at bostøtten er forankret i en kommunal enhed. Det kan fx være i et center for socialt udsatte (eller særlig social indsats) eller i en socialpsykiatrisk enhed. Typisk er der tale om, at bostøtten organisatorisk placeres i en enhed, der også udfører øvrig kommunal bostøtte efter servicelovens § 85. Den anden hovedmodel er, at bostøtten er forankret på en § 110-boform, hvor de nye metoder typisk indgår som en komplementerende indsats sammen med den øvrige efterforsorgsindsats. Der findes dog også flere mellemformer, fx i tilfælde, hvor en større del af kommunens indsatser på hjemløse- og udsatteområdet er organiseret i enheder, der både inkluderer en boform, bostøtteenheder og andre tilbud på udsatteområdet.

I de fleste større kommuner er bostøtten placeret i en kommunal enhed. Det gælder ikke mindst, hvor der er flere boformer i kommunen, og hvor borgerne derfor kommer fra flere boformer, hvorfor det kan være særligt hensigtsmæssigt, at bostøtten er forankret i en central enhed. I de mellemstore kommuner, hvor der typisk er én boform, er bostøtten oftere forankret på boformen, men der er også flere af de mellemstore kommuner, hvor bostøtten er placeret i en kommunal enhed.

Det spiller også ind, om kommunen selv driver boformerne. I flere mellemstore kommuner er bostøtten forankret på en kommunal boform, der indgår i et center, hvor en stor del af indsatsen for socialt udsatte borgere i kommunen er samlet, hvorved der opnås en tæt sammenhæng mellem de forskellige tilbud. Endelig er der nogle af kommunerne, der ikke har en boform i kommunen, og hvor bostøtteindsatsen derfor er placeret i en kommunal enhed. I én kommune er CTI-metoden forankret på en boform, mens ICM-metoden med dens længerevarende indsatsforløb er placeret i en kommunal afdeling.

#### FORDELE OG ULEMPER VED FORANKRINGSMODELLERNE

Der kan identificeres både fordele og ulemper ved de enkelte forankringsmodeller, og der kan ikke entydigt peges på, at en af modellerne fungerer bedst. Tværtimod er der tale om en tilpasning til lokale forhold.

Ved forankringen i kommunen kan der opnås en tæt sammenhæng med den øvrige kommunale bostøtteindsats, fx ved tilknytning til den kommunale socialpsykiatri. Flere kommuner skriver, at det er en stor fordel, at bostøtteindsatsen er placeret i tæt tilknytning til den øvrige bostøtte, og at det giver mulighed for en fleksibel overgang, hvis borgeren skal have almindelig § 85-bostøtte efter et CTI- eller ICM-forløb. En række projektledere nævner også en afsmitning fra den systematiske tilgang i CTI- og ICM-metoderne, der har været med til at inspirere, hvordan man kan arbejde metodisk og systematisk i den øvrige bostøtteindsats.

Forankringen i kommunen betyder imidlertid, at der ved udflytningen fra en boform skal opbygges en ny relation mellem borgeren og den kommunale bostøttemedarbejder. Det håndteres typisk ved, at bostøttemedarbejderen kommer ud på boformen et stykke tid før udflytningen for at etablere en kontakt med borgeren. Der er dog et dilemma forbundet hermed, angående hvornår opbygningen af relationen til bostøttemedarbejderen skal igangsættes. På den ene side kan det være en udfordring at påbegynde opbygningen af relationen for lang tid i forvejen, inden borgeren flytter i bolig, men på den anden side kan det også være en udfordring, hvis opbygningen af relationen først påbegyndes kort forinden, at borgeren flytter ud af boformen og i egen bolig. I nogle tilfælde kan det også være vanskeligt præcis at kunne forudse, hvornår en bolig-løsning falder på plads.

Ved forankringen på boformen bygger indsatsen videre på det tætte kendskab og den relation, der er opnået til borgeren ved opholdet på boformen, ligesom medarbejdergruppen på boformerne har et meget indgående kendskab til målgruppen af hjemløse borgere med komplekse støttebehov. I hovedparten af de kommuner, hvor indsatsen har været forankret på boformerne, udtrykker projektlederne og forvaltningslederne stor tilfredshed med denne konstruktion. De fremhæver særligt boformernes indgående kendskab til målgruppen og muligheden for at skabe kontinuitet i kontakten og relationen til borgeren i overgangen fra opholdet på boformen til egen bolig som en styrke.

En udfordring ved forankringen på boformen har i nogle tilfælde været, at medarbejdere på boformerne tidligere har arbejdet ud fra en boligparathedstilgang, og ændringen af tankesættet til Housing First har derfor i nogle tilfælde været udfordrende. I nogle tilfælde beretter projektledere og boformsledere om, at der er medarbejdere på boformerne, der ikke har været i stand til at foretage denne omstilling i deres daglige praksis. Det er fra ledelsesmæssig side blevet håndteret ved at forsøge at støtte medarbejderne i omstillingsprocessen, men der er eksempler på, at medarbejdere ikke har kunnet indgå i Housing First-indsatsen, da de ikke har været i stand til at omstille sig fra parathedstilgangen.

Et opmærksomhedspunkt vedrørende forankringen af indsatsen på boformerne er desuden, at ikke alle hjemløse borgere har haft ophold på en boform, og at Housing First-indsatsen på boformerne primært retter sig mod de borgere, der har haft ophold på boformen. Selvom mange hjemløse på et tidspunkt i et hjemløshedsforløb benytter boformerne, er der også hjemløse (de såkaldte ”sofasovere”), der overnatter midlertidigt hos familie, venner eller bekendte, ligesom der kan være enkelte, der udelukkende opholder sig på gaden. I de fleste kommuner beskrives dette dog ikke som en væsentlig adgangsbarriere, men i en enkelt kommune, hvor indsatsen er forankret på boformen, meldes der om, at det kun er hjemløse borgere, der har haft ophold på boformen, der har kunnet indgå i kommunens Housing First-indsats.

Endelig fortæller nogle projektledere og boformsledere, at forankringen på boformen kan give en vis afstand til den kommunale forvaltning, og at det kan give ledelses- og samarbejdsudfordringer, fx i forhold til at indgå de fornødne samarbejdsaftaler om procedurer og sags-gange med andre kommunale forvaltninger og aktører. Endvidere kan dette udgøre en barriere for formidlingen og tydeliggørelsen af Housing



First-tilgangens principper og forudsætninger i forskellige dele af den kommunale forvaltning.

## OMRÅDEUDVIKLING

Udviklingen og implementeringen af Housing First-tilgangen og bostøttemetoderne har i mange tilfælde været med til at facilitere ændringer i organiseringen undervejs, både ændringer i bostøtteindsatsen og ændringer på hjemløse- og udsatteområdet generelt (se boks 4.1).

---

### BOKS 4.1

To eksempler på udvikling af indsatsen i kommunerne.

---

#### *Kommune 1*

I denne kommune blev Housing First-indsatsen under Hjemløsestrategien placeret i en mindre kommunal enhed uden for den kommunale boform. Imidlertid erfarede man med placeringen i denne enhed, at det var vanskeligt at skabe tilstrækkelig sammenhæng i indsatsen, og at der "skulle bankes dørene ind" forskellige steder i det kommunale system. En refleksion efter Hjemløsestrategien var, at boformen skulle have været inddraget mere fra starten for at sikre sammenhængen. Ved overgangen til Implementerings- og forankringsprojektet besluttede kommunen derfor at forankre CTI- og ICM-bostøtten på den kommunale boform. Det bidrog, ifølge projektlederen, til at skabe væsentligt bedre sammenhæng i indsatsen, idet medarbejderne på boformen lærte bostøttemetoderne bedre at kende, kom "tættere på" og fik ejerskab til metoderne. Det bidrog til at sætte en proces i gang, hvor hovedparten af efterforsorgen fra boformen nu udføres med brug af de evidensbaserede bostøttemetoder. I og med at kommunen både anvender CTI- og ICM-metoden, er det muligt fleksibelt at overføre borgere, der starter i CTI-metoden, til ICM-metoden, hvis der viser sig at være et væsentligt længerevarende støttebehov end først antaget.

#### *Kommune 2*

I denne kommune var bostøtteindsatsen i begyndelsen placeret i en lille, separat kommunal enhed. Det afspejlede, at kommunens bostøtteindsats på daværende tidspunkt generelt var funktionsopdelt efter forskellige målgrupper. På baggrund af de gode erfaringer med de evidensbaserede bostøttemetoder oplevede kommunen et behov for at skabe en større sammenhæng mellem de forskellige bostøtteam. Som led i en større omorganisering blev der etableret et center for særlige sociale indsatser, hvor bostøtten på udsatteområdet blev samlet sammen med en række øvrige tilbud. Derved blev CTI- og ICM-bostøtten placeret i sammenhæng med kommunens øvrige § 85-bostøtte. Samtidig blev også myndigheden på området placeret i enheden. Det styrkede sammenhængen i indsatsen på udsatteområdet, blandt andet ved at de nye bostøttemetoder nu fleksibelt kan anvendes i samspil med den eksisterende § 85-indsats, og ved at indsats og myndighed nu er tæt integrerede.

---

Kilde: Kvalitative interview.

Flere projektledere melder om, at brugen af de evidensbaserede bostøttemetoder har haft en afsmittende betydning for, hvordan kommunen arbejder med den øvrige § 85-bostøtte. Her fremhæves det, at den mere

systematiske og fokuserede tilgang i de evidensbaserede bostøttemetoder har en generel relevans og har været med til at afdække et potentiale for også at metodeudvikle den øvrige bostøtteindsats.

I de tilfælde, hvor indsatsen har været forankret på boformerne, er der flere eksempler på, at nogle af de medvirkende boformer, ud fra de gode erfaringer med brugen af de nye metoder, gennemfører eller planlægger en generel omstilling af efterforsorgsindsatsen til at være baseret på de evidensbaserede bostøttemetoder. Det er særligt CTI-metoden, der anvendes i de tilfælde, hvor der pågår en sådan generel omstilling af efterforsorgen. Det skyldes, at CTI-metoden, med sit tidsafgrænsede, faseopdelte forløb, som er særligt tilpasset den kritiske overgang fra ophold på boformen til egen bolig, er særligt anvendelig som efterforsorgsindsatsen. Der er også enkelte boformer, der, sammen med CTI-metoden, også anvender ICM-metoden i en sådan generel omstilling af efterforsorgen, ud fra en vurdering af, at nogle borgere har brug for en længerevarende støtte.

#### DE ØKONOMISKE RAMMER OG RESSOURCER

Som tidligere nævnt er der ikke givet puljemidler til at finansiere bostøtteindsatsen, og kommunerne finansierer derfor denne indsats med kommunale driftsmidler. Projektlederne fortæller, at kommunerne generelt må foretage stramme prioriteringer af ressourcerne til sociale indsatser. I en del kommuner forklarer projektlederne, at det har været muligt at prioritere midler til at ansætte nogle få ekstra bostøttemedarbejdere, der varetager CTI- og ICM-indsatsen. Det er generelt i disse tilfælde, at de oplever, at ressourcesituationen omkring bostøtten fungerer bedst. I flere af disse kommuner vurderer projektlederne, at de ekstra ressourcer, der bliver brugt på bostøtten, opvejes af, at borgerne har kortere ophold på herberger, og i nogle kommuner påpeger projektlederen, at kommunens samlede udgifter til ophold på § 110-boformer er faldet, siden kommunen begyndte at arbejde efter Housing First-tilgangen.

I andre tilfælde er der tale om omprioriteringer inden for eksisterende driftsmidler på området. Det gælder fx, hvor boformerne finansierer CTI-indsatsen som del af deres generelle budget eller takst for ophold på boformen. Det betyder, at der ikke er tilført yderligere driftsmidler, men at ressourcerne til bostøtten kommer fra en omprioritering af den eksisterende indsats på boformen. I nogle tilfælde melder projektledere og boformsledere om, at dette fungerer rimeligt, og nogle af pro-

jektlederne vurderer, at de ressourcer, der bruges på bostøtten, i større eller mindre grad opvejes af, at borgerne til gengæld opholder sig kortere tid på boformen.

Der er imidlertid også eksempler på, at det har været vanskeligt at finansiere bostøtten ud af den eksisterende drift. På en boform beskriver en medarbejder, hvordan der reelt er tale om, at medarbejderne er pålagt ekstra arbejde oven i deres eksisterende arbejde. I dette tilfælde udfører bostøttemedarbejderne ikke udelukkende ICM-bostøtte. De har også andre arbejdsopgaver som fx efterforsorg, anden bostøtte, eller de fungerer som støttemedarbejdere for borgerne, der opholder sig på boformen. Selvom projektlederen fortæller, at man på trods af disse vilkår har formået at give borgerne den ICM-støtte, de har haft behov for, oplever hun situationen som uholdbar for medarbejderne på længere sigt.

Der er også andre kommuner, hvor bostøttemedarbejderne har andre opgaver ved siden af – typisk udfører de også § 85-bostøtte, eller at samme medarbejder både har måttet udføre CTI- og ICM-bostøtte for forskellige borgere. Det kan betyde, at medarbejderne ikke opøver samme kvalifikationer med at udføre bostøtten efter de evidensbaserede metoder, og at det ikke er muligt at have samme fleksibilitet i forhold til at regulere intensiteten af støtten ud fra borgerens behov. Det har i den forbindelse været anbefalet af Socialstyrelsen, at medarbejderne udelukkende arbejder med en af de evidensbaserede bostøttemetoder.

#### BEHOV FOR AFKLARING AF FORANKRINGSMODELLER

Beslutningen om, hvor det var mest hensigtsmæssigt at forankre indsatsen og bostøttemetoderne, har langt fra i alle tilfælde været ligetil for kommunerne. En kommunal centerchef peger i den forbindelse på et generelt behov for at få beskrevet de forskellige organisatoriske variationer og deres implikationer. Som interviewpersonen udtrykker det, var der ”en lille smule tvivl fra starten af om, hvordan gives støtten”. Heri ligger der blandt andet et behov for vejledning i, hvordan indsatsens mulige finansiering og afregning kan tage form, ikke mindst i forhold til, om indsatsen forankres under servicelovens § 85 eller § 110. Her efterlyser forvaltningschefen flere hjælperedskaber til udvikling af indsatsens organisering. Særligt kommuner, hvor en omstilling til Housing First skal ske fra ’bunden af’, ville, ifølge centerchefen, kunne drage fordel af en bedre beskrivelse af, hvilke mulige forankringsmodeller der eksisterer, og af de juridiske og økonomiske implikationer af de forskellige modeller. Endvi-

dere peger centerchefen på et behov for en udveksling af viden og erfaringer, både før og under implementeringen af indsatsen. Dette kunne eksempelvis være med læring fra andre projektkommuner, som har erfaringer.

## BOLIGER

Et væsentligt element i Housing First-tilgangen er, at borgeren tidligt i et indsatsforløb tilbydes en permanent boligløsning. I langt hovedparten af kommunerne er det imidlertid meget vanskeligt at tilvejebringe det fornødne antal boliger til hjemløse borgere og til socialt udsatte grupper generelt. Udfordringen med at skaffe boliger fremstår i undersøgelsens interviewmateriale som den største enkeltbarriere for at implementere Housing First-programmet og for generelt at kunne nedbringe hjemløsheden. Inden vi ser nærmere på en række øvrige aspekter omkring implementeringen af programmet, vil vi derfor særskilt beskrive problematikken omkring manglen på boliger.

Boligmanglen er meget udtalt i de store bykommuner (København, Aarhus og Frederiksberg samt i de københavnske omegnskommuner), men der meldes efterhånden også i mange af de mellemstore kommuner om betydelige vanskeligheder ved at skaffe det fornødne antal boliger til indsatsen på hjemløseområdet og til Housing First-programmet. I mange af disse kommuner angives boligmanglen også som en væsentlig forklaring på, at det ikke har været muligt at igangsætte så mange borgerforløb i programmet, som man havde en målsætning om.

Der er dog også fortsat nogle af kommunerne, hvor det endnu ikke er så vanskeligt at skaffe boliger. Det gælder primært de lidt mindre kommuner, hvor der ikke opleves så stort et pres på det lokale boligmarked. Der er også kommuner, der oplever, at de indtil for få år siden i rimelig grad kunne skaffe de nødvendige boliger til udsatte borgere, men hvor det nu i stigende grad opleves som en udfordring.

Der er mange forskellige mekanismer, der alle medvirker til boligmanglen. Boligmanglen italesættes særligt som en mangel på boliger med et tilstrækkeligt lavt huslejeniveau, som borgere på kontanthjælp (som udgør størstedelen af målgruppen) har mulighed for at betale. Særligt for de hjemløse unge på den lavere kontanthjælpssats unge er det meget svært at skaffe boliger, som de har råd til at betale. For de hjemlø-

se borgere, som er på førtidspension, opleves det lidt lettere at skaffe boliger, da førtidspensionisterne kan betale en højere husleje pga. den højere ydelse.

Mange kommuner beskriver, at huslejeniveauet i de almene boliger er stigende, særligt pga. renoveringer, der i vid udstrækning finansieres gennem huslejestigninger. Samtidig foregår der i mange tilfælde en sammenlægning af små boliger til større boliger, ofte i et forsøg på at ændre beboersammensætningen i boligafdelingerne. Endvidere er en del boligafdelinger omfattet af reglerne om ”fleksibel udlejning”, det vil sige, at der sættes kriterier som fx at være i beskæftigelse for at kunne komme i betragtning til en bolig. En projektleder peger på, at tiltag, der har til formål at afhjælpe den stigende koncentration af ressourcesvage borgere uden for arbejdsmarkedet i bestemte boligområder, samtidig er med til at skabe et andet problem, nemlig en stigende mangel på boliger til socialt udsatte borgere, der ikke opfylder kriterierne for at måtte flytte ind i en bolig i disse områder.

Endelig er der en del kommuner, der peger på, at forløbet i Implementerings- og forankringsprojektet har været sammenfaldende med perioden, hvor der er kommet ekstraordinært mange flygtninge til Danmark fra krigsområder. Nødvendigheden af at skaffe boliger til flygtninge har i flere kommuner betydet, at en del boliger, der ellers ville have været til rådighed gennem den kommunale boliganvisning, ikke har kunnet benyttes til socialt udsatte grupper. Flere af kommunerne påpeger dog i den forbindelse også, at det nye puljeprogram til byggeri af boliger, primært målrettet flygtninge (men som også kan anvendes til andre udsatte grupper), særligt på mellemlangt sigt formentlig kan bidrage til at reducere det pres, der akut er opstået på grund af flygtningesituationen.

#### FORSKELLE I BRUGEN AF DEN KOMMUNALE ANVISNINGSRET

En meget væsentlig mekanisme til at tilvejebringe boliger til de borgere, der indgår i Housing First-indsatsen, er den kommunale boliganvisning, hvor kommunerne, ifølge almenboligloven (§ 59), har ret til at anvise op til hver fjerde ledige almene bolig til borgere med sociale problemer, som er i akut boligmangel.

I langt hovedparten af de medvirkende kommuner benyttes den kommunale boliganvisning fuldt ud, og anvisningen er en helt afgørende forudsætning for at kunne skaffe boliger til Housing First-programmet. De fleste kommuner oplever dog også, at det ikke er muligt at skaffe nok

boliger til Housing First-programmet og til hjemløse og udsatte borgere generelt gennem den kommunale anvisning. Det skyldes dels, at behovet generelt overstiger antallet af boliger, der er til rådighed, og dels, at en del af de boliger, der stilles til rådighed efter anvisningsreglen, reelt ikke kan benyttes pga. et for højt huslejeniveau.

Der er også flere af de medvirkende kommuner, der ikke benytter anvisningsretten. Det skyldes som regel en politisk beslutning om ikke at benytte anvisningsretten, hvilket der kan ligge forskellige grunde bag. I nogle kommuner blev det for blot få år siden ikke oplevet som nødvendigt at bruge anvisningsretten, da der var en rimelig tilgængelighed af boliger. Et stigende pres på boligmarkedet lokalt betyder imidlertid nu, at den lokale praksis om ikke at benytte anvisningsretten gør det vanskeligere at tilvejebringe det fornødne antal boliger.

I nogle tilfælde ønsker kommunen at tilvejebringe boliger til udsatte grupper ved en dialog med boligforeningerne fremfor gennem brug af anvisningsretten. Et argument for dette er, at dialogen i højere grad kan bane vej for aftaler om, at boligforeningerne primært tilvejebringer de billigste boliger, mens en automatisk brug af anvisningsretten kan resultere i, at de boliger, kommunen får stillet til rådighed, reelt ikke kan anvendes til anvisning grundet et for højt huslejeniveau. Eksempelvis har en kommune via forhandlinger med boligforeningerne fået adgang til hver tredje af de mindre almene boliger, der bedre kan betales af målgruppen. Projektlederen i denne kommune beskriver, at det er sådanne aftaler, som langsomt begynder at virke.

I en kommune beskriver en projektleder, hvordan der i kommunen er en generel politisk beslutning om ikke at anvise boliger til borgere, der har en indkomst, der er lavere end dagpengeniveauet. Det betyder i praksis, at kontanthjælpsmodtagere ikke kan komme i betragtning til kommunal boliganvisning. I denne kommune har det derfor været meget vanskeligt at tilvejebringe boliger til Housing First-programmet, da hovedparten af de hjemløse borgere er på kontanthjælp.

I en anden kommune besluttede byrådet, at der ikke længere kunne anvises boliger til borgere, som var "selvforskyldt" hjemløse, hvilket i praksis blev fortolket således, at borgere, der var sat ud af en bolig (fx pga. manglende huslejebetaling), ikke kunne anvise en ny bolig. Det er et eksempel på, at Housing First-tilgangens grundprincipper ikke er forankret i bredere strukturer og praksisser i kommunen, da tilgangen

netop tager udgangspunkt i borgerens livssituation, og at borgeren netop har brug for en boligsocial indsats pga. sine sociale problemer.

#### VANSKELIGT AT SKAFFE ADGANG TIL PRIVATE LEJEBOLIGER

Det er langt overvejende almene boliger, der anvendes til borgerne i Housing First-programmet. De fleste kommuner og boformer forsøger dog også at skaffe adgang til private lejeboliger i det omfang, det er muligt. Det sker fx ved at hjælpe borgerne med at søge private boliger, der udbydes på boligportaler eller i lokale medier. Det lykkes i nogle tilfælde, men de fleste projektledere melder om, at private udlejere ofte er tilbageholdende med at leje boliger ud til socialt udsatte borgere. På nogle boformer fortæller medarbejderne, hvordan de opfordrer borgerne til, ved kontakt med private udlejere, ikke at fortælle, at de bor på en hjemløseboform. Der er dog også tilfælde, hvor netop den mere intensive sociale bostøtte i Housing First-programmet har betydet, at private udlejere har indvilget i at leje en bolig ud til borgere i programmet. I disse tilfælde har det været afgørende, at kommunens bostøttemedarbejdere aktivt har faciliteret dialogen og samarbejdet med udlejeren, og at udlejeren har en sikkerhed for at kunne kontakte bostøttemedarbejderen, hvis der opstår behov for dette.

#### FORSKELLE I BOLIGPOLITIKKEN LOKALT I KOMMUNERNE

Det er meget forskelligt, hvordan kommunerne håndterer manglen på boliger i forhold til den lokale boligpolitik. Nogle kommuner forsøger aktivt at tilvejebringe nye boliger (fx ved byggeri af nye almene boliger eller boliger, særligt målrettet udsatte borgere). Der er også tilfælde, hvor kommunen, i lyset af manglen på boliger til udsatte grupper, har forhindret forestående sammenlægninger af små boliger i forbindelse med renoveringsprojekter i den almene sektor. Flere af kommunerne forklarer dog også, at byggeri af nye almene boliger ikke direkte vil afhjælpe manglen på billige boliger til udsatte grupper, da nye almene boliger ofte har et huslejeniveau, der overstiger de hjemløse borgeres betalingsevne. Der er snarere tale om, at byggeri af nye boliger kan bidrage til at fjerne noget af presset fra det lokale boligmarked.

I andre kommuner melder projektlederne derimod om, at der i kommunen er en eksplicit politik om ikke at bygge flere almene boliger, typisk for at undgå at tiltrække lavindkomstgrupper fra omkringliggende kommuner. I nogle tilfælde meldes der også om modstridende lokale

tiltag, fx at kommunen på den ene side oplever at mangle små, billige boliger, men at der samtidig stilles kommunale krav til minimumsstørrelser på nybyggeri, der effektivt forhindrer byggeriet af mindre boliger.

## LEDELSE

Indsatsen for hjemløse borgere med komplekse støttebehov involverer ofte mange forskellige indsats og aktører – i kommunen og udenfor – fx den regionale behandlingspsykiatri, boligforeningerne og aktører i civilsamfundet. Et væsentligt fokus i Implementerings- og forankringsprojektet har været at styrke ledelses- og samarbejdsstrukturerne rundt om indsatsen – mellem forvaltninger og enheder internt i kommunen samt i forhold til eksterne aktører.

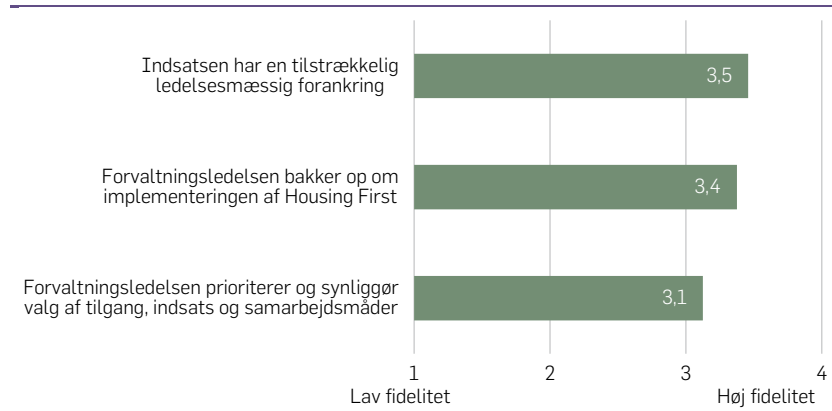
En væsentlig forudsætning for en succesfuld implementering er, at der er den fornødne ledelsesmæssige opbakning til indsatsen og til at gennemføre eventuelle organisatoriske ændringer, der er nødvendige for at få indsatsen til at fungere. Figur 4.1 viser resultaterne af fidelitetsmålingen vedrørende ledelse fra den seneste måling i forløbet. Fideliteten er målt på en skala fra 1 (lav fidelitet) til 4 (høj fidelitet).

Fidelitetsmålingen viser, at kommunerne samlet set vurderer, at der er en høj fidelitet vedrørende den ledelsesmæssige forankring og opbakningen til Housing First. På spørgsmålet om, hvorvidt ledelsen prioriterer og synliggør valg af tilgang, indsats og samarbejds måder, er der en lidt lavere score på 3,1. I langt hovedparten af kommunerne beskriver projektlederne, at der er en god ledelsesmæssig opbakning til indsatsen, fx ved at ledelsen bakker op om brugen af Housing First-tilgangen og om de forskellige tiltag, der har været nødvendige i forhold til organisering og samarbejdsstrukturer omkring indsatsen. Ligeledes giver de interviewede forvaltningsledere i socialforvaltningerne udtryk for god opbakning og kendskab til Housing First-tilgangens kernelementer.



FIGUR 4.1

Fideliteten af Housing First-indsatsens ledelsesmæssige forankring, målt på tre indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

Der er dog også kommuner, hvor der har været udfordringer med den ledelsesmæssige opbakning. I en kommune oplever projektlederen, at der i starten af forløbet var en god ledelsesmæssig opbakning, men at denne opbakning svandt ind i takt med, at det var vanskeligt at få sat borgerforløb i gang, blandt andet på grund af betydelige udfordringer med at skaffe boliger. I en anden kommune oplever projektlederen, at der overordnet set har været opbakning til principperne for indsatsen, men at der ikke har været ledelsesmæssigt fokus på at løse konkrete barrierer for indsatsens implementering, blandt andet i forhold til, at kriterierne for kommunens boliganvisning i vid udstrækning forhindrer borgere på kontanthjælp i at få anvist en bolig. Der er også kommuner, hvor projektledere peger på organisatoriske barrierer for implementeringen, som fx manglende samarbejdsaftaler på forskellige områder, som der ikke har været et tilstrækkeligt ledelsesmæssigt fokus på at få løst, trods en generel opbakning til indsatsen.

## SAMARBEJDE

I kommunerne, der deltog i Hjemløsestrategien i 2009-2013, viste der sig allerede dengang et behov for en styrkelse af samarbejdsstrukturene

omkring indsatsen, og der blev foretaget en del omorganiseringer og ændringer af procedurer i strategiperioden. Erfaringerne fra Hjemløsestrategien viste et generelt behov for at styrke fokus på organiseringen af indsatsen og formaliseringen af samarbejdsstrukturer og procedurer, hvilket, som tidligere nævnt, har været et centralt fokus i Implementerings- og forankringsprojektet.

Projektlederne beskriver generelt, at der er mange samarbejdsproblematikker i forhold til andre kommunale forvaltninger og indsatser omkring borgerne i Housing First-indsatsen. Det gælder ikke mindst i forhold til beskæftigelsesområdet, hvor regler og krav til borgerne ofte modarbejder Housing First-indsatsen, fx i forbindelse med sanktioner i kontanthjælpen eller barrierer for at yde indskudslån og enkelttydelser. Ligeledes er der snitfladeproblematikker i forhold til den kommunale boliganvisning vedrørende krav og kriterier for boliganvisning. Særligt for de unge er der en væsentlig problematik vedrørende socialt udsatte unges overgang fra børne- og ungeområdet (herunder anbringelsessystemet) til området for udsatte voksne. I figur 4.2 er vist resultaterne af fidelitetsmålingen på tværs af kommunerne vedrørende samarbejde med en række aktører.

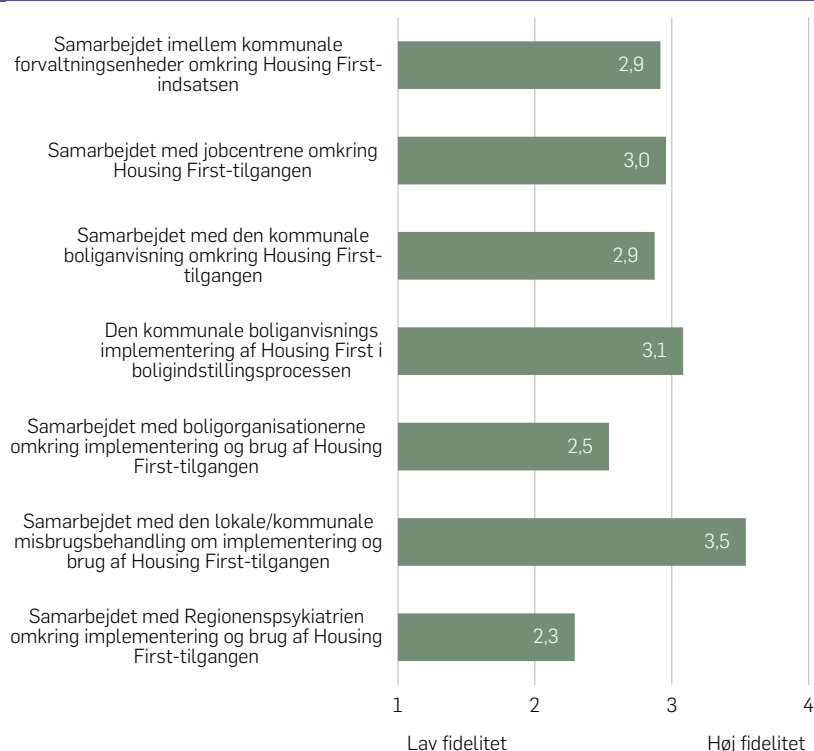
På de fleste af indikatorerne er gennemsnitsscoren cirka 3. Det vil sige, at samarbejdsrelationerne som helhed vurderes at være rimeligt velfungerende, men med plads til forbedring. Således er gennemsnitsscoren 2,9, hvad angår samarbejdet mellem de kommunale forvaltningenheder omkring Housing First-indsatsen, 3,0 vedrørende samarbejdet med jobcentre, og 2,9, hvad angår samarbejdet med den kommunale boliganvisning. Den højeste score har samarbejdet med den kommunale misbrugsbehandling med en score på 3,5. Det kan være udtryk for, at Housing First-indsatsen i en del tilfælde organisatorisk har været forankret tæt på misbrugsbehandlingen i kommunen, og ofte i samme kommunale enhed.

Den laveste fidelitetscore findes for samarbejdet mellem det regionale psykiatriske behandlingssystem med en score på 2,3. Mens nogle af kommunerne oplever et rimeligt velfungerende samarbejde, er der en del interviewpersoner, der fremhæver, at samarbejdet med behandlingspsykiatrien bærer præg af, at det psykiatriske behandlingssystem tilsyneladende er meget presset. Det viser sig ved, at borgere med akut psykisk sygdom hurtigt udskrives fra indlæggelser, og at behandlingspsykiatrien ofte har vanskeligt ved at give et specialiseret tilbud til psykisk syge mis-

brugere. Særligt når der fra psykiatrien udskrives borgere til ophold på en hjemløseboform, oplever boformslederne, at det lægger et betydeligt pres på boformerne, der ikke er et socialpsykiatrisk tilbud og derfor ikke altid har de faglige kompetencer til at rumme denne gruppes særlige problematikker.

FIGUR 4.2

Fideliteten af samarbejdsrelationerne i Housing First-indsatsen, målt på syv indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

En lav score på 2,5 ses også for samarbejdet med boligorganisationerne. Her skal det tages i betragtning, at der som oftest er tale om samarbejde med flere forskellige boligorganisationer i hver kommune. Mens mange projektledere giver udtryk for, at der er et velfungerende samarbejde med boligorganisationerne, kan der naturligvis være udfordringer forbundet med at rumme udsatte borgere med komplekse problemer i boligafdelin-

gerne, og der er variation i boligorganisationernes villighed til at stille boliger til rådighed for målgruppen. Som tidligere nævnt har nogle kommuner haft succes med at indgå i sådanne forhandlinger med boligorganisationerne ved, at der er blevet indgået aftaler om at stille boliger til rådighed for indsatsen. Her er det også projektledernes erfaring, at en formidling af, at der gives en mere intensiv social støtte kan bidrage positivt til forhandlingerne, da boligorganisationerne ofte har en erfaring af, at der tidligere ikke er givet støtte nok, når borgere er blevet boligplaceret.

#### SAMARBEJDSAFTALER MELLEML FORVALTNINGER OG ANDRE AKTØRER

Projektlederne fremhæver vigtigheden af, at der indgås samarbejdsaftaler mellem forskellige kommunale forvaltninger og enheder om, hvordan en række problematikker håndteres, og hvilke procedurer der anvendes. Det er vigtigt, at aftalerne er forankret på ledelsesplan, således at forvaltnings- og afdelingschefer hurtigt kan træffe beslutninger, når der er behov for afklaring af problematikker.

Der er i kommunerne mange eksempler på sådanne samarbejdsaftaler og -procedurer. I en del kommuner er der lavet aftaler med job- og ydelsescentrene om faste procedurer for kontakt og orientering mellem sagsbehandlere på socialområdet og i job- og ydelsescentrene. Det gælder aftaler om procedurer for at undgå sanktionering af borgerne, hvor dette er muligt ud fra lovgivningen, ligesom det kan være aftaler om en hurtig sagsbehandling i ydelsesafdelingen vedrørende indskudslån eller vedrørende administration af borgernes økonomi og huslejebetaling. Med borgerservice kan der være samarbejdsaftaler om procedurer for hurtig sagsbehandling ved adresseændringer, eller hvis borgeren har brug for et nyt sygesikringsbevis.

Der er også eksempler på samarbejdsaftaler med den kommunale boliganvisning om at sikre en prioritering af boliger til borgere i Housing First-indsatsen, og om at der ikke stilles krav om boligparathed til disse borgere for at kunne få anvist en bolig.

Der er også i en del tilfælde samarbejdsaftaler med eksterne aktører, og navnlig med boligselskaberne. Det gælder aftaler om, at boligselskaberne stiller boliger til rådighed for indsatsen, og ligesom der er aftaler om samarbejde om borgere, der flytter ind, og at boligselskaberne kontakter kommunen, hvis beboeren ikke betaler huslejen, eller hvis

der er problemer omkring at overholde husordenen, hvorefter kommunen, gennem bostøttemedarbejderen, tager kontakt til borgeren.

Flere projektledere nævner også samarbejdsaftaler med Kriminalforsorgen om procedurer vedrørende løsladelse fra fængsel, herunder i forhold til at etablere en boligløsning til borgeren. Her kan det nævnes, at alle landets kommuner har indgået samarbejdsaftalen ”god løsladelse” med Kriminalforsorgen. Alle aftalerne indeholder afsnit om bolig- og husleje forhold, men aftalerne er individuelt udfyldt i forhold til forholdene i den enkelte kommune. Det er erfaringen, at nogle af disse samarbejdsaftaler fungerer rigtig godt, mens der også er kommuner, hvor udfordringerne med at skaffe boliger betyder, at borgere, der løslades fra fængsel, fortsat i en del tilfælde ikke har en boligløsning ved løsladelsen.

Der er en klar tendens i interviewmaterialet til, at man i de kommuner, hvor der er indgået sådanne samarbejdsaftaler, og hvor disse er tilstrækkeligt forankret på ledelsesplan, oplever, at samarbejdet mellem forskellige forvaltningsenheder og aktører i kommunen fungerer bedre og er bedre i stand til at håndtere de forskellige problematikker, der opstår. Hvis der opstår væsentlige udfordringer, er det lettere at få løst disse udfordringer, når der er en fast samarbejdsaftale, fx ved en hurtig kontakt på ledelsesplan.

I kommuner, hvor der ikke er indgået sådanne samarbejdsaftaler, opleves der i større grad problemer, som det kan være vanskeligt at håndtere, og som skaber udfordringer i indsatsen for borgerne. Fx er der kommuner, hvor job- og ydelsescentre ikke ønsker at gøre forskel i sagsbehandlingen, hvilket er tilfældet, hvis der vedtages særlige procedurer for de hjemløse borgere, der indgår i Housing First-programmet. En projektleder i en kommune, hvor der er udfordringer i samarbejdet med ydelsescenteret, peger som eksempel på en sag, hvor sådanne problematikker samlet set skaber en u hensigtsmæssig situation, både for borgeren og for kommunen:

Borgeren fik tilbudt boligen, [og] man fandt ud af, han havde gæld. Gælden var på 8.000 kroner. Ydelse [ydelsesafdelingen] ville ikke gå ind og hjælpe dér, hvilket betyder, at borgeren stadigvæk bor på forsorgshjem til 10.000 kroner om ugen.

Flere af projektlederne fremhæver samtidig, at lovgivningen på beskæftigelsesområdet er så kompleks, at det kan være vanskeligt for medarbejdere på socialområdet at gennemskue, hvor det er lovgivningen, der sæt-

ter begrænsningerne, og hvor der kan være råderum for fleksibilitet ved at opbløde den kommunale praksis i administrationen.

I nogle tilfælde, hvor forankringen af Housing First og bostøttemetoderne er placeret på boformerne, har det været lidt vanskeligere at få indgået de nødvendige samarbejdsaftaler. En projektleder oplever fx, at boformen har ”lukket sig lidt om indsatsen”, mens en boformsleder omvendt giver udtryk for, at det kan være lidt sværere som boformsleder at ”sparke døre ind” i forvaltningerne og vinde gehør over for chefer i forvaltningen. Der er dog ligeledes eksempler på udfordringer med at få indgået samarbejdsaftaler i nogle af de kommuner, hvor Housing First-indsatsen og bostøttemetoderne har været forankret i en kommunal enhed, hvor også lydørheden i andre forvaltninger og enheder, som fx i beskæftigelsesforvaltninger og ydelsescentre, kan spille ind.

Selvom der stadig er behov for flere samarbejdsaftaler i nogle kommuner, fremhæver mange af projektlederne, at netop Implementerings- og forankringsprojektet har været med til at fremme, at der indgås sådanne samarbejdsaftaler. I flere tilfælde har sådanne aftaler ikke kun haft betydning for hjemløseområdet, men har også smittet af på udsatteområdet i øvrigt og har skærpet opmærksomheden i kommunen på vigtigheden af den organisatoriske struktur og samarbejdsprocedurerne omkring borgere med komplekse støttebehov.

Det fremhæves også i en del interview, at sparringen med Socialstyrelsens rejsehold har været vigtig for udviklingen af organiseringen og samarbejdsstrukturene, da den har været med til at afdække og sætte fokus på behov for at styrke organiseringen, ligesom rejseholdet har bidraget med råd og vejledning – fx om brugen og udformningen af samarbejdsaftaler.

## MYNDIGHED OG HANDLEPLANER

For at sikre, at borgeren får den indsats, han eller hun har behov for, er det vigtigt, at der foretages en udredning af borgerens støttebehov, og at der sker en klar og tydelig visitation til indsatsen. Det er også vigtigt, at der udarbejdes en handleplan (servicelovens § 141) for de borgere, der ønsker en handleplan. Disse krav til myndighedssagsbehandlingen gælder sociale indsatser på det specialiserede socialområde generelt og er således ikke specifikke for Housing First-indsatsen. Hvad angår de hjemløse

borgere, er det imidlertid særlig vigtigt, at kompleksiteten af borgerens sociale og helbredsmæssige problemstillinger afdækkes, så man kan sikre, at borgeren tilbydes den bostøttemetode, der bedst matcher han/hendes behov. Det gælder i forhold til at afklare, om borgeren er i målgruppen for de intensive bostøttemetoder, eller om behovet for støtte kan dækkes gennem den almindelige § 85-bostøtte. Hvis borgeren er i målgruppen for de intensive bostøttemetoder, skal det afklares, om borgeren har behov for en CTI-, en ICM- eller en ACT-indsats, afhængigt af hvad der tilbydes i den pågældende kommune.

Fidelitetsmålene omkring myndighedsdelen af indsatsen viser, at kommunerne i høj grad vurderer, at borgernes behov for støtte og sociale indsatser udredes, og at der foretages en systematisk visitation til indsatsen (figur 4.3). Derimod er der en lidt lavere grad af fidelitet omkring, hvorvidt borgerne får tilbudt en handleplan og udarbejdet en handleplan, hvis de ønsker det, med gennemsnitlige værdier på de to mål på henholdsvis 3,1 og 3,2. En lavere fidelitet med en værdi på 2,6 knytter sig til, om der foretages en systematisk opfølgning på handleplanen.

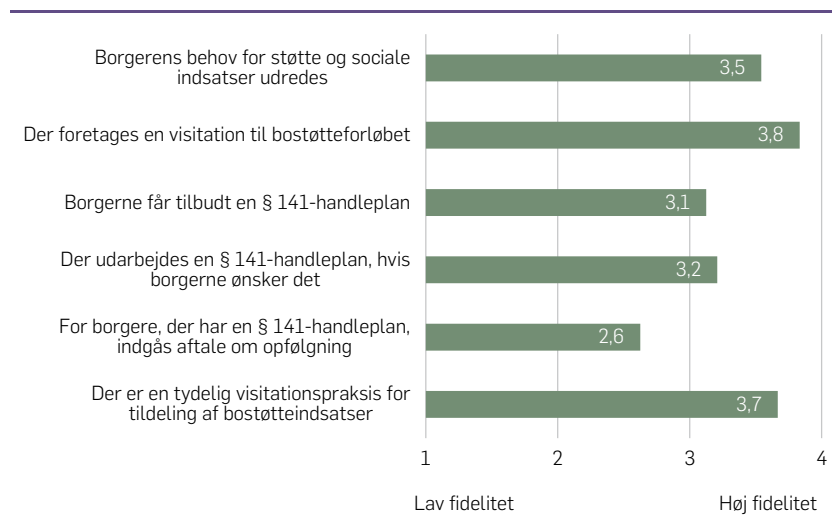
Der er en del variation mellem kommunerne i organiseringen af procedurer for udredning og visitation til Housing First-indsatsen. Denne variation knytter sig blandt andet til, om indsatsen er forankret i en kommunal enhed eller på en boform. I de tilfælde, hvor indsatsen er forankret i en kommunal udførerenhed, sker visitationen typisk i en myndighedsenhed og gennem medvirken af en myndighedssagsbehandler på området, som har behandlet borgerens sag. I enkelte kommuner er der eksempler på, at projektlederen for Housing First-indsatsen har en visitationskompetence til indsatsen, eventuelt i samarbejde med en myndighedsenhed.

I de tilfælde, hvor indsatsen er forankret på en § 110-boform, er der forskellige måder, hvorpå visitationen kan være organiseret. I nogle kommuner er der placeret en sagsbehandler med myndighedskompetence på boformen (fremskudt sagsbehandling), enten på fuld tid eller en eller flere dage om ugen. I andre kommuner er der en praksis for, at en sagsbehandler fra en myndighedsenhed tager ud på boformen og mødes med borgeren og medarbejdere fra boformen med henblik på at fastlægge den videre indsats for borgeren. Der er dog også kommuner, hvor der ikke er en sådan praksis, og hvor mødet med myndighedssagsbehandlere foregår på kommunen. I nogle af de kommuner, hvor indsatsen er forankret på boformerne, oplever projektlederne, at procedurerne mellem

boform og myndighed for udredning og udarbejdelse af handleplaner fortsat ikke er tilstrækkeligt systematiske.

FIGUR 4.3

Fideliteten af Housing First-indsatsens myndighedsdel, målt på seks indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

Det skal også tages i betragtning, at næsten alle boformer har borgere fra flere forskellige kommuner, hvor der kan være forskellig praksis fra kommune til kommune med hensyn til, hvordan kontakten til kommune og myndighedssagsbehandleren foregår. Der er boformsledere, der beskriver, at de tydeligt kan mærke forskel på, om der er tale om en kommune, der har været med i Housing First-indsatsen, eller en kommune, som ikke har været med, og at der er en væsentligt mere systematisk tilgang til at skabe en løsning for borgeren i kommunerne, der har deltaget i indsatsen (se boks 4.2).

De interviewede boformsledere oplever generelt, at der i de kommuner, hvor der er et Housing First-program, er sket en betydelig udvikling i den tilgang og systematik, som borgerne mødes med, men boformslederne giver samtidig udtryk for, at der fortsat er en del barrierer for at etablere et videre forløb for borgerne. Det gælder ikke mindst manglen på boliger, som borgerne kan betale, hvilket ofte opleves at stå i



vejen for, at boformerne i samarbejde med kommunen kan etablere en videre løsning for borgeren.

---

## BOKS 4.2

Forskelle mellem kommuner med og uden et Housing First-program, set fra en boformsleders synsvinkel.

---

På en boform, hvor brugerne kommer fra mange forskellige kommuner, vurderer lederen af boformen, at der er en markant forskel på tilgangen og procedurerne i de kommuner, der har været med i Housing First-programmet, og i de kommuner, som ikke har. Boformslederen oplever, at der i de kommuner, der har været med i programmet, er en væsentligt mere systematisk tilgang til borgerne og til at få igangsat en videre indsats. Omvendt oplever boformslederen, at der i en del kommuner, som ikke har været med i Housing First-programmet, nærmest ingen systematik er i tilgangen til borgerne, og i disse kommuner følges der ikke ordentligt op på henvendelser fra boformen om, at en borger fra kommunen har ophold på boformen, og at der er behov for en afklaring af den videre indsats.

---

Kilde: Kvalitative interview.

De fleste af kommunerne oplyser, at der i langt de fleste tilfælde foretages en VUM-udredning (voksenudredningsmetoden) på borgeren. Flere projektledere forklarer dog også, at processen med at udrede borgeren ikke må stå i vejen for en hurtig etablering af en indsats for en borger, der står i en akut hjemløshedssituation. Her er der forskellige erfaringer fra kommunerne. I hovedparten af kommunerne er der en helt fast praksis for, at der foregår en udredning af borgeren, og at udredningen ligger til grund for den efterfølgende visitation. I andre kommuner fortæller projektlederne, at der er en praksis for, at udredningen må vente, hvis der er behov for hurtigt at etablere en indsats for borgeren. I en af kommunerne har projektlederen oplevet, at det, særligt i starten af forløbet, har været en barriere for at iværksætte indsatsen, at det har taget lang tid, før der er blevet gennemført en udredning. Det hænger blandt andet sammen med, at der i en periode har været en betydelig udskiftning af medarbejdere i den kommunale myndighedsafdeling. Projektlederen vurderer dog, at der efterhånden er kommet mere fokus på, at udredningen skal foreligge hurtigere, og at den er nødvendig, for at der kan ske den rette visitation til indsatsen.

## § 141-HANDLEPLANER

Ifølge servicelovens § 141 er kommunerne forpligtede til at tilbyde sociale handleplaner til borgere med en betydeligt nedsat fysisk og/eller psy-

kisk funktionsevne eller væsentlige sociale problemer. Formålet med den sociale handleplan er at klargøre målet med indsatsen og at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Samtidig skal handleplanen tydeliggøre forpligtelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene. For borgere med komplekse sociale problemer er handleplanen således et vigtigt redskab til at specificere, hvilken indsats borgeren har behov for, og til at skabe sammenhæng i indsatsen.

Evalueringen af Hjemløsestrategien viste, at det i en del kommuner var en udfordring at udarbejde § 141-handleplaner. Ligeledes har de nationale kortlægninger af hjemløshed vist, at der er en stor del af de hjemløse borgere, der ikke har en social handleplan. Ved den seneste kortlægning i 2015 var det således blot 24 pct. af de hjemløse borgere, der havde en § 141-handleplan, der var kendt af de sociale tilbud, der havde indberettet oplysninger om borgeren.<sup>16</sup>

Som det belyses nærmere i kapitel 6, der beskriver indsatsen på borgerniveau, er der en væsentligt højere andel af borgerne i Housing First-indsatsen, der har en § 141-handleplan, end blandt de hjemløse borgere generelt. Det er således omkring to tredjedele af borgerne i Housing First-indsatsen, der har en handleplan ved den seneste måling i borgerforløbene. Det indikerer, at Housing First-indsatsen samlet set er med til at fremme, at der udarbejdes handleplaner for borgerne. Alligevel er der fortsat cirka en tredjedel af borgerne, der har deltaget i Implementerings- og forankringsprojektet, som ikke har en handleplan ved den sidste måling i forløbet, og det er kun en lille del af borgerne, der selv har sagt nej til at få udarbejdet en handleplan.

Af de kvalitative interview med nøglepersoner fremgår det, at det er meget forskelligt, hvilken rolle handleplanerne tillægges i kommunerne. I en del af kommunerne er der en helt fastlagt praksis for, at borgerne tilbydes en handleplan, og at handleplanen udarbejdes, hvis borgeren ønsker det. Eksempelvis forklarer en projektleder i en kommune:

Handleplanen har fuldstændig været omdrejningspunktet for det her, og alle planer – jobplan, misbrugsplan og så videre – har jo været koordineret med § 141-handleplanen. Det har jo været fundamentet.

Blandt de kommuner, der ellers forholdsvist systematisk bruger handleplanerne, er der dog også tilfælde, hvor der, ifølge projektlederne, til tider

---

16. Benjaminsen & Lauritzen (2015) s. 159.

er et efterslæb med at få udarbejdet handleplanerne pga. kapacitetsproblemer i sagsbehandlingen eller pga. andre presserende opgaver.

I nogle kommuner giver projektledere eller andre interviewpersoner udtryk for, at § 141-handleplanerne ikke spiller nogen aktiv rolle, og at der er et begrænset fokus på at få dem udarbejdet. Det spiller også ind, i hvilken grad det reelt er muligt at iværksætte de indsatser, som handleplanen specificerer. Særligt i kommuner med en lang ventetid på at få en bolig opleves det, at handleplanen i mange tilfælde reelt ikke har så stor en praktisk værdi, da den i sig selv spiller en ret begrænset rolle for, om indsatsen for borgeren kan etableres. En afdelingsleder udtaler fx:

Jeg synes jo, det er en plan, der ligger meget mere af navn end af gavn. Altså, den er simpelthen ikke aktiv i vores hverdag, men de [borgerne] har den.

I en anden kommune svarer en myndighedschef på, om handleplanen er et nyttigt redskab:

Nej, det synes jeg faktisk ikke. Idéen er glimrende, men handleplanen, som den er skruet sammen, giver ikke ret meget mening. Den er forældet efter min optik [...] Den baserer sig på at være det fælles arbejdsredskab, som sagsbehandler og borger skal have i forhold til at styre borgerens sag fremadrettet. Og den bygger på en forståelse af, at sagsbehandler og borger sidder sammen og kender hinanden godt og kommer til at arbejde i mange år [...] Vi er dér, hvor vi må erkende, at den vare kan vi ikke levere.

Ligeledes viser interviewene med bostøttemedarbejderne, at handleplanerne i en del tilfælde ikke spiller nogen aktiv rolle for indsatsen med borgeren. I en tredje kommune udtaler en bostøttemedarbejder:

Jeg tror faktisk, jeg vil vove at gå så langt at sige, at jeg har faktisk aldrig set en [handleplan]. Jeg har fået at vide, at de har den, men jeg har ikke set den [...] Det er ikke et stykke værktøj for os, som vi kan arbejde med – eller arbejder med.

Den pågældende bostøttemedarbejder vurderer dog samtidig, at indsatsen for borgeren ikke bærer negativt præg af, at handleplanen ikke spiller en aktiv rolle, da man i kommunen arbejder med strategi- og aktivitets-

planer i stedet. I en anden kommune beskriver en myndighedsleder tilsvarende, hvordan der arbejdes med indsatsplaner, der på mange måder minder om handleplanen:

De [smarte mål] bliver indarbejdet i en indsatsplan, som både borgeren kender, og medarbejderen, som skal levere ydelsen, og som de kender i myndighed [myndighedsafdelingen]. Og det, tænker jeg, i virkeligheden er et langt bedre og mere tidssvarende redskab end handleplanen. [...] De konkrete, tydelige, målbare mål, kendt af alle tre parter, tænker jeg, i virkeligheden er noget af det allervigtigste for, at det lykkes. [...] Borgerne har nu en indsatsplan. De ved, de har en indsatsplan, de ved, hvad der står i den, og hvad det er, de skal nå, hvad det er, de skal arbejde på. Og det giver jo en hel anden involvering af borgeren i rent faktisk at nå frem til en bedre situation end den, der er i dag.”

At der er flere kommuner, hvor handleplanerne spiller en begrænset rolle i praksis, er altså ikke ensbetydende med, at der ikke lægges individuelle planer for borgerne. I flere af kommunerne har man således lokale praksisser, som minder om handleplanen, og som af forskellige årsager prioriteres i stedet for handleplanen.

## MEDARBEJDERNES KOMPETENCER

For at kunne udføre en kvalificeret bostøtte, der følger indsatsens metode og kerneprincipper, er det væsentligt, at bostøttemedarbejderne har fået den fornødne uddannelse og oplæring i indsatsernes metode og indhold. For at give bostøttemedarbejderne et udførligt kendskab til metoderne er bostøttemedarbejderne blevet tilbudt at deltage i et kursus (afholdt af Socialstyrelsen) om metoderne, hvor bostøttemedarbejderne har fået 1-2 dages undervisning i metodernes indhold.

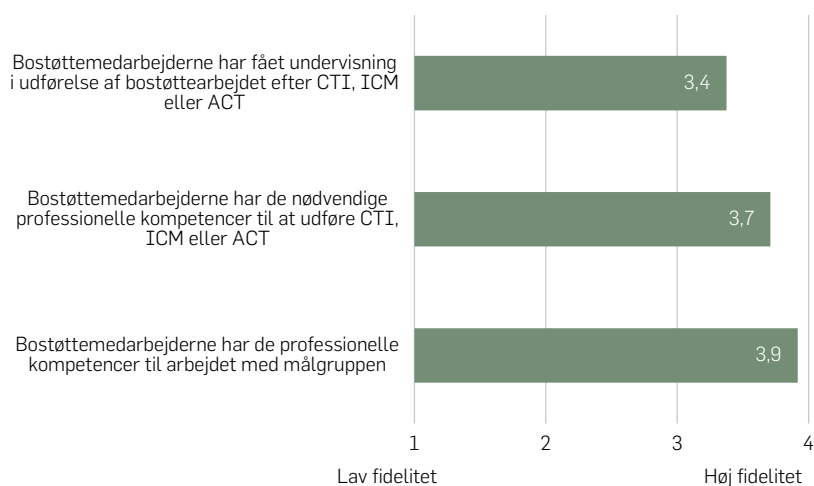
Fidelitetsmålene omkring medarbejdernes kompetencer (figur 4.4) viser, at kommunerne generelt vurderer, at bostøttemedarbejderne i rimelig grad har modtaget den fornødne undervisning i udførelsen af bostøttearbejdet med en gennemsnitlig værdi på 3,4. Kommunerne vurderer også, at bostøttemedarbejderne har de nødvendige professionelle kompetencer til at udføre CTI-, ICM- eller ACT-indsatsen og de professionelle kompetencer til arbejdet med målgruppen. Det hænger også sammen med, at mange af bostøttemedarbejderne har beskæftiget sig

med målgruppen i en årrække inden opstarten af Housing First-indsatsen – eksempelvis som medarbejdere i § 85-bostøtten eller i botilbud.

I de kvalitative interview påpeger en del af projektlederne, at der generelt har været et yderligere behov for opkvalificering, herunder også mulighed for en løbende opkvalificering, som nye medarbejdere efterhånden kommer til. Her kan der skeles til erfaringerne fra andre lande, der benytter bostøttemetoderne, og hvor der, navnlig i USA, Canada og Holland, lægges betydelig vægt på undervisning og kompetenceudvikling omkring metoderne, herunder gennem krav om certificerede undervisningsforløb. I den forbindelse er kompetenceudviklingsdelen generelt planlagt udvidet i forbindelse med den tredje fase af implementeringen af Housing First, der løber fra 2016 til 2019, hvor undervisningen udvides og varetages af medarbejdere fra en professionshøjskole.

FIGUR 4.4

Fideliteten af medarbejdernes kompetencer i Housing First-indsatsen. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

I de kvalitative interview påpeger en del af projektlederne, at der generelt har været et yderligere behov for opkvalificering, herunder også mulighed for en løbende opkvalificering, som nye medarbejdere efterhånden kommer til. Her kan der skeles til erfaringerne fra andre lande, der benytter bostøttemetoderne, og hvor der, navnlig i USA, Canada og Holland,

lægges betydelig vægt på undervisning og kompetenceudvikling omkring metoderne, herunder gennem krav om certificerede undervisningsforløb. I den forbindelse er kompetenceudviklingsdelen generelt planlagt udvidet i forbindelse med den tredje fase af implementeringen af Housing First, der løber fra 2016 til 2019, hvor undervisningen udvides og varetages af medarbejdere fra en professionshøjskole.

## MÅLGRUPPEN

I dette kapitel beskriver vi målgruppen for Housing First-indsatsen i form af profilerne af de borgere, der har modtaget en indsats med henholdsvis CTI-, ICM- eller ACT-metoden. Vi beskriver kompleksiteten af borgernes støttebehov i forhold til forekomsten af psykiske lidelser, fysiske helbredsproblemer, misbrugsproblemer, socialt netværk og funktionsevne i hverdagen samt borgernes forsørgelsesgrundlag. Oplysningerne om borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet sammenholdes med den seneste landsdækkende kortlægning af hjemløshed fra 2015 for på den måde at sammenligne borgerne i Housing First-indsatsen med den samlede gruppe af hjemløse i Danmark.

Kapitlet viser, at borgerne i Housing-First-indsatsen har omfattende og sammensatte sociale og helbredsmæssige problemer. Der kan også iagttages en forskel i borgernes profiler mellem de tre metoder. Det afspejler de forskelle på indsatsernes målgrupper, der er specificeret i metodernes indsatsbeskrivelser. De mindst komplekse støttebehov findes blandt borgerne, der har modtaget CTI-indsatsen. Borgerne i ICM-forløbene udgør en mellemgruppe, mens de mest komplekse støttebehov findes blandt dem, der har modtaget ACT-indsatsen. Der er her tale om gennemsnitsbetragtninger, og der vil også være borgere med fx svær psykisk sygdom eller betydelige misbrugsproblemer blandt CTI-borgerne. Samtidig er det ikke alle kommuner, der har anvendt alle tre metoder.

Derved er der lokalt foretaget en tilpasning i forhold til, hvilke metoder der anvendes til borgere med forskellige grader af kompleksitet i deres problemer. Vi indleder derfor kapitlet med et overblik over, hvor mange forløb der er igangsat med hver metode i de enkelte kommuner.

## ANTALLET AF IGANGSATTE FORLØB

I tabel 5.1 er opgjort antallet af forløb for hver af de tre bostøttemetoder i de enkelte kommuner. Opgørelsen dækker Implementerings- og forankringsprojektets indsatsperiode fra 2014 til 2016, og indeholder både forløb, der nu er afsluttede, og forløb, der stadig er igangværende.

TABEL 5.1

Igangsatte forløb i kommunerne i Implementerings- og forankringsprojektets indsatsperiode. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Antal.

	CTI	ICM	ACT	I alt
Albertslund Kommune	0	0	0	0
Ballerup Kommune	6	2	0	8
Esbjerg Kommune	8	8	0	16
Fredericia Kommune	7	0	0	7
Frederiksberg Kommune	8	1	0	9
Gladsaxe Kommune	4	7	0	11
Greve Kommune	5	0	0	5
Guldborgsund Kommune	23	0	0	23
Haderslev Kommune	7	3	0	10
Helsingør Kommune	0	10	0	10
Herning Kommune	0	15	0	15
Holstebro Kommune	0	0	11	11
Horsens Kommune	5	0	0	5
Høje Taastrup Kommune	8	5	0	13
Kolding Kommune	28	21	0	49
Københavns Kommune	29	0	14	43
Næstved Kommune	13	0	0	13
Randers Kommune	7	29	0	36
Silkeborg Kommune	4	2	0	6
Slagelse Kommune	5	5	0	10
Varde Kommune	8	0	0	8
Viborg Kommune	10	0	0	10
Aalborg Kommune	10	14	0	24
Aarhus Kommune	0	21	0	21
I alt	195	143	25	363

Kilde: Indviddokumentationen.

Der er i alt igangsat 363 forløb med borgere, hvoraf 195 har modtaget CTI, 143 har modtaget ICM og 25 har modtaget ACT. De fleste af



kommunerne har anvendt en eller to af bostøttemetoderne. Hovedparten af kommunerne har anvendt CTI-metoden, mens lidt færre har anvendt ICM-metoden. Det er knap halvdelen af kommunerne, der har anvendt både CTI- og ICM-metoden, mens de øvrige kommuner har anvendt en af de to metoder. ACT-metoden har kun været anvendt i to kommuner – i den ene af disse kommuner anvendes desuden CTI-metoden, mens den anden kommune, der har anvendt ACT-metoden, kun har anvendt denne metode. Som vi uddyber i det efterfølgende kapitel 6 om indsatsen, er der dog i sidstnævnte kommune ikke anvendt et fuldt tværfagligt indsats-team, men en variant, inspireret af ACT-metoden.

Det forhold, at de enkelte kommuner ikke har anvendt alle tre metoder, men har anvendt én eller to metoder, betyder, at der i visitationen sker en tilpasning af matchningen mellem borger og indsatsmetode ud fra et samspil mellem kompleksiteten af borgerens støttebehov og hvilke metoder kommunen anvender. Her skal det tages i betragtning, at der i de fleste kommuner ikke vil være en tilstrækkeligt stor målgruppe til at have alle tre metoder i spil. Hvilke metoder kommunerne anvender, hænger blandt andet sammen med overvejelser om antallet af hjemløse borgere med forskellige grader af støttebehov, og ligeledes kan der være organisatoriske overvejelser om indsatsens forankring – fx på boformerne eller i kommunale enheder, der har spillet ind på, om man fx benytter CTI-metoden, ICM-metoden eller begge metoder.

I de kvalitative interview beskriver projektlederne i de kommuner, hvor både CTI- og ICM-metoderne anvendes, hvordan der foregår en visitation til de to indsætter. Her vurderes det, om der er tale om borgere, der har brug for CTI-metodens intensive, korterevarende forløb, eller der er tale om borgere, der vurderes at have behov for en længerevarende, intensiv indsats, og som derfor visiteres til ICM-forløbet. I de kommuner, der kun anvender CTI-metoden, forklarer projektlederne, at CTI-metoden i en del tilfælde også anvendes til borgere, som i andre kommuner måske ville starte op med ICM-bostøtte. Efter endt CTI-forløb vil en del af disse borgere i stedet overgå til den almindelige § 85-bostøtte, hvis de har brug for en fortsat indsats. Tilsvarende er der kommuner, der kun benytter ICM-metoden, som beskriver, at ICM-metoden i nogle tilfælde anvendes til korterevarende forløb på fx seks måneder, hvorefter borgerne overgår til den almindelige § 85-bostøtte, fordi det efter et stykke tid vurderes at være en tilstrækkelig indsats. På den måde er brugen af metoderne blevet passet ind i den lokale kommu-

nale kontekst i samspil med brugen af øvrige kommunale indsatser, som fx den øvrige § 85-bostøtte.

Der er endvidere en betydelig variation mellem kommunerne i antallet af igangsatte forløb. Det afspejler ikke nødvendigvis kommunernes størrelse, da der ikke er nogen umiddelbar sammenhæng mellem kommunernes størrelse og antallet af igangsatte forløb. Det højeste antal igangsatte forløb er i Kolding Kommune, hvor der er igangsat 49 forløb. Det laveste antal forløb finder vi i Albertslund Kommune, hvor det ikke er lykkedes at igangsætte nogen forløb, blandt andet fordi det ikke var muligt at skaffe boliger til indsatsen. Der er endvidere flere kommuner, hvor der kun er igangsat 5-10 forløb.

Antallet af igangsatte forløb korresponderer ikke nødvendigvis med hverken kommunernes størrelse eller omfanget af hjemløsheden i de forskellige kommuner. I Københavns Kommune er der således igangsat 43 forløb, mens der i Aarhus er igangsat 21 forløb. Her kan det fremhæves, at der i København og Aarhus kommuner ved den seneste kortlægning af hjemløshed i uge 6 i 2015 blev registreret et langt højere antal hjemløse borgere, henholdsvis 1.562 og 668 personer, end i de øvrige kommuner, hvor der fx i Kolding blev registreret 47 hjemløse borgere i den seneste kortlægning. På den måde omfatter indsatserne i en del af kommunerne – og særligt i de store kommuner – langt fra hele den målgruppe af hjemløse borgere med komplekse støttebehov, som formentlig kunne have samme gavn af Housing First-indsatsen, som de borgere, der har modtaget indsatsen. Det skal dog også nævnes, at 11 af de 24 kommuner også indgår i 'Ungeprojektet', hvor der er igangsat cirka 300 forløb for hjemløse unge.

Man skal være opmærksom på, at der formentlig er en gruppe af hjemløse borgere, der ikke har brug for støtte ud fra CTI-, ICM- eller ACT-metoderne. Nogle vil kunne klare sig med støtte fra den almindelige § 85-bostøtte, ligesom der også kan være hjemløse borgere, hvis primære behov er, at de mangler en bolig. Alligevel må vi vurdere, at det i en del kommuner, og navnlig i de store bykommuner, kun er en del af de hjemløse borgere, der er målgruppe for Housing First-indsatsen og de evidensbaserede bostøttemetoder, der har været omfattet af programmet. Det kan blandt andet skyldes, at det i de store bykommuner har været særlig svært at skaffe boliger til indsatsen, ligesom der også er grund til at være opmærksom på, om kapaciteten af de intensive bostøttemetoder (CTI-, ICM- og ACT-indsatsen) svarer til målgruppens størrelse. I de

fleste af kommunerne har der således blot været nogle få medarbejdere ansat til at varetage denne bostøtte.

I det følgende beskriver vi, hvad der karakteriserer gruppen af hjemløse borgere, som har modtaget en indsats ud fra hver af de tre metoder – det vil sige, hvad der kendetegner borgerne i forhold til køn, alder, nationalitet, rusmiddelproblematikker, psykiske forhold, boligsituation, beskæftigelse og livssituation. Her beskriver vi borgerne på tværs af kommunerne.

Opgørelserne er baseret på den første måling fra den løbende dokumentation af borgernes baggrund og livssituation, som udfyldes af borgernes bostøttemedarbejder. Informationen om borgernes situation afspejler dermed deres udgangspunkt ved opstarten af indsatsen.

## KØN, ALDER OG ETNISK BAGGRUND

Tabel 5.2 viser en oversigt over køn, alder og etnicitet for de borgere, der har indgået i Implementerings- og forankringsprojektet, både som samlet gruppe og fordelt på de tre bostøttemetoder. Hovedparten af borgerne, 76 pct., er mænd, mens en mindre andel, 24 pct., er kvinder. Der er en lidt højere andel af mænd i ICM-indsatsen end i forbindelse med de to øvrige bostøttemetoder. Kønsfordelingen blandt borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet er generelt i tråd med kønsfordelingen blandt alle hjemløse i Danmark, hvor der ligeledes ses en overvægt af mænd. I SFI's landsdækkende kortlægning af hjemløshed fra 2015 viser resultaterne således, at 78 pct. af alle hjemløse borgere, der er registreret i kortlægningen, er mænd, mens 22 pct. er kvinder.<sup>17</sup>

Borgerne har en bred aldersmæssig fordeling. Dog er der forholdsvist få borgere, 7 pct., der er 60 år eller derover. Endvidere er andelen af borgere over 40 år større blandt borgerne, der modtager ACT, end i forbindelse med de to øvrige bostøttemetoder. Hvis man sammenligner oplysningerne om borgernes alder med resultaterne fra SFI's kortlægning af hjemløshed, ses det, at aldersfordelingen blandt borgerne minder om aldersfordelingen blandt alle hjemløse i Danmark. Der er dog en mindre andel af borgere i alderen 18-29 år blandt borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet, sammenlignet med den samlede gruppe af hjemløse i Danmark – 25,5 pct. mod 33,4 pct. Dette kan blandt andet skyldes,

---

17. Benjaminsen og Lauritzen (2015), s. 45.

at 11 ud af de 24 kommuner i Implementerings- og forankringsprojektet som nævnt også har arbejdet med Ungeprojektet, som er rettet mod unge i alderen 17-24 år, som er i hjemløshed eller i risiko herfor. Unge hjemløse i de 11 kommuner, som arbejder med begge projekter, vil derfor være blevet visiteret til dette projekt fremfor til Implementerings- og forankringsprojektet.

TABEL 5.2

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter udvalgte baggrundsoplysninger. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Baggrundsoplysninger:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
<i>Køn<sup>1</sup></i>				
Mænd	73	82	71	76
Kvinder	27	18	29	24
<i>Aldersgrupper<sup>2</sup></i>				
18-29 år	20	34	13	25
30-39 år	20	21	13	20
40-49 år	28	22	42	27
50-59 år	25	16	29	22
60 år eller derover	7	6	4	7
<i>Etnicitet<sup>3</sup></i>				
Dansk herkomst	87	87	96	88
Førstegenerations flygtninge/indvandrere	9	9	4	9
Andengenerations flygtninge/indvandrere	4	4	0	3

1. Antallet af observationer med uoplyst køn er 10.
2. Antallet af observationer med uoplyst alder 11.
3. Antallet af observationer med uoplyst etnicitet 14.

Kilde: Individdokumentationen.

Hovedparten af borgerne er af dansk herkomst (88 pct.), mens en mindre andel er henholdsvis indvandrere (9 pct.) og efterkommere (3 pct.). Det stemmer nogenlunde overens med den generelle sammensætning af befolkningen i Danmark, hvor 87 pct. af befolkningen har dansk baggrund.<sup>18</sup> SFI's kortlægning af hjemløshed fandt ligeledes, at der var en overvægt af borgere med dansk nationalitet blandt de hjemløse i Danmark. SFI's kortlægning viste dog, at der var 81 pct., som havde en dansk nationalitet, og andelen med indvandrerbaggrund er således lidt lavere blandt borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet end i gruppen af hjemløse som helhed.

18. Kilde: Danmarks Statistik, [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk)

En yderligere opgørelse viser, at 8 pct. af borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet er danske statsborgere med grønlandsk baggrund (ikke vist). Det svarer også til andelen med grønlandsk baggrund i gruppen af hjemløse som helhed, der ved kortlægningen i 2015 blev opgjort til 7 pct.

## HELBRED OG MISBRUG

Tabel 5.3 illustrerer andelen af borgere i Implementerings- og forankringsprojektet med misbrugsproblemer på tidspunktet for opstarten af indsatsen, særskilt for hver af de tre bostøttemetoder.

TABEL 5.3

Andelen af borgere i Implementerings- og forankringsprojektet med forskellige typer af misbrug. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Misbrug:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
Alkoholmisbrug	37	38	60	39
Hashmisbrug	29	38	64	35
Stofmisbrug	16	20	28	19
Medicinmisbrug	5	14	16	9
Misbrug i alt	60	66	88	64

Anm.: Da det har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.

Kilde: Individokumentationen.

Samlet set har en stor del af borgerne, 64 pct., et misbrug af ét eller flere rusmidler. Det er 39 pct., der har et alkoholmisbrug, 35 pct. har et hashmisbrug, 19 pct. et stofmisbrug af hårde stoffer, og 9 pct. har et medicinmisbrug. En stor del af de borgere, som har et misbrug, har således også et blandingsmisbrug af flere rusmidler på samme tid. Borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet minder således i høj grad om den samlede gruppe af hjemløse i Danmark med hensyn til deres misbrug. Den nationale kortlægning af hjemløshed viser, at cirka halvdelen af alle hjemløse borgere har en psykisk lidelse, og cirka to tredjedele har rusmiddelproblematikker. Det er næsten fire ud af fem af alle hjemløse, der enten har en psykisk sygdom, rusmiddelproblematikker eller begge dele<sup>19</sup>.

19. Benjaminsen & Lauritzen, 2015, s. 121.

Hvis man sammenligner de borgere, som modtager henholdsvis CTI, ICM og ACT, ses det, at andelen af borgere, der har et misbrug, er størst blandt borgerne, der modtager ACT, næststørst blandt borgerne, der modtager ICM, og mindst blandt de borgere, der modtager CTI. Det er formentlig udtryk for den graduering, der kendetegner målgrupperne for de tre metoder ud fra metodebeskrivelserne. Der er dog her tale om en gennemsnitsbetragtning ud fra de observerede andele med misbrug for de tre metoder, ligesom andelen ikke belyser graden af misbrugsproblemerne.

Tabel 5.4 tegner et billede af, hvorvidt borgerne havde en psykiatrisk diagnose på tidspunktet for opstarten af indsatsen.

TABEL 5.4

Andelen af borgere i Implementerings- og forankringsprojektet med forskellige psykiatriske diagnoser samt andelen med dobbeltdiagnose og andelen uden diagnose eller misbrug. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Psykiatriske diagnoser:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
Skizofreni/skizotypi	7	10	4	8
Bipolar/maniodepressiv	2	6	0	3
Borderline	3	3	0	2
ADHD	10	16	16	13
Anden personlighedsforstyrrelse	5	4	12	5
Angst	9	12	20	11
Depression	9	11	12	10
Spiseforstyrrelse	1	< 1	0	< 1
Demens	0	0	0	0
Hjerneskade	3	1	0	2
Udviklingsforstyrrelse	< 1	1	4	1
Andet	7	6	8	7
Mindst én psykiatrisk diagnose	36	48	44	41
Ingen psykiatrisk diagnose	64	52	56	59
Psykiatrisk diagnose og misbrugsproblemer ("doppeltdiagnose")	20	31	36	25
Hverken psykisk diagnose eller misbrug	24	16	4	20

Anm.: Da det har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.

Kilde: Individdokumentationen.

Der er 41 pct. af borgerne, der har en psykiatrisk diagnose. I alt har 8 pct. en diagnose inden for skizofreni-spektret, 3 pct. har diagnosen "bipolar", 13 pct. har en ADHD-diagnose, og 11 pct. har en angstdiagnose. Det er 2 pct., der er diagnosticeret med borderline, og 5 pct. har en anden personlighedsforstyrrelse. Ved sammenligning af borgerne, som modtager de tre forskellige bostøttemetoder, ses det, at der blandt de borgere, som

modtager ICM, er den største andel af borgere med en psykiatrisk diagnose med 48 pct. Blandt de borgere, der modtager CTI, har 36 pct. en psykiatrisk diagnose, mens det samme gælder 44 pct. af de borgere, der modtager ACT-indsatsen. Der er således en lidt lavere andel med en psykiatrisk diagnose blandt borgerne i CTI-indsatsen, ligesom der også er færre af borgerne i CTI-indsatsen med de svære lidelser skizofreni og bipolar lidelse. Det er forventeligt, eftersom CTI-metoden er henvendt til borgere med lidt mindre komplekse problematikker.

Endelig er der i tabel 5.4 også opgjort andelen af borgere, der både har en psykiatrisk diagnose og er registreret med misbrugsproblemer, det vil sige dem, som i fagsproget ofte betegnes som borgere med ”dobbeldiagnose”. Det er borgere med særligt komplekse støttebehov, som der ofte mangler specialiserede tilbud til i både det psykiatriske behandlingssystem og i misbrugsbehandlingen. Denne andel er 20 pct. blandt borgerne i CTI-indsatsen, 31 pct. blandt borgerne i ICM-indsatsen og 36 pct. blandt borgerne i ACT-indsatsen. Andelen med dobbeldiagnoser for hver af metoderne følger således det mønster, vi vil forvente at se, i og med at ACT-indsatsen er henvendt til de borgere, der har de mest komplekse støttebehov.

#### FYSISK OG PSYKISK HELBRED

Mange hjemløse borgere har fysiske helbredsproblemer. De nationale kortlægninger af hjemløshed viser, at 23 pct. af de hjemløse borgere, der er registreret i kortlægningen, har en fysisk sygdom<sup>20</sup>. Livet som hjemløs med en ustabil boligsituation, ophold på gaden og dårlige vilkår for at varetage daglig hygiejne slider på helbredet. Samtidig giver stof- eller alkoholmisbrug en række helbredsmæssige problemer. Hvor stofmisbrug hovedsageligt er forbundet med en række infektionssygdomme som eksempelvis hepatitis og HIV, er alkoholmisbrug forbundet med en bredere vifte af sygdomme, herunder nerve- og leverskader<sup>21</sup>. Derudover har hjemløse borgere ofte en ustabil kontakt til sundhedsvæsenet, og det kan forekomme, at de ikke har fået den nødvendige behandling for deres fysiske helbredsproblemer. Tabel 5.5 viser en oversigt over, i hvilken grad borgerne i indsatsen har fysiske helbredsproblemer, der giver begrænsninger i dagligdagen, og ligeledes om borgerne har psykiske problemer, der begrænser dem i dagligdagen. Sidstnævnte mål supplerer således op-

---

20. Benjaminsen & Lauritzen (2015) s. 84.

21. Benjaminsen, Birkelund og Enemark (2013).

gørelsen over andelen med psykiatriske diagnoser i tabel 5.4, da borgeren kan have psykiske vanskeligheder uden at have en psykiatrisk diagnose.

TABEL 5.5

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikatorer for fysiske helbredsproblemer eller psykiske problemer. Bostøttemedarbejders vurdering. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
<i>Har borgeren efter din vurdering fysiske helbreds- mæssige problemer, der begrænser hans/hendes daglig- dag?<sup>1</sup></i>				
Ingen fysiske problemer	54	43	24	48
Mindre fysiske problemer	20	34	32	26
Fysiske problemer, der giver begrænsninger i dagligda- gen	21	20	40	22
Markante fysiske problemer	5	4	4	5
I alt	100	100	100	100
<i>Har borgeren efter din vurdering psykiske problemer, der begrænser hans/hendes dagligdag?<sup>2</sup></i>				
Ingen psykiske problemer	19	9	4	14
Enkelte mindre psykiske problemer	39	30	30	35
Psykiske problemer, der giver betydelige begrænsnin- ger i hverdagen	32	45	43	38
Psykiske problemer, der giver store begrænsninger i hverdagen	11	16	22	14
I alt	100	100	100	100

1. Antallet af observationer med uoplyste fysiske helbredsproblemer er 8

2. Antallet af observationer med uoplyste psykiske problemer er 18

Kilde: Individdokumentationen.

Tabellen viser, at omkring en fjerdedel af borgerne har betydelige eller markante fysiske helbredsproblemer. Det ses samtidig, at omkring halvdelen af borgerne ikke har problemer med deres fysiske helbred. Ifølge den nationale kortlægning af hjemløshed har ældre hjemløse flere helbreds-mæssige problemer end yngre hjemløse, hvilket skyldes den gene-relle helbreds-mæssige belastning ved at blive ældre samt en påvirkning fra fx langvarigt misbrug og fra langvarig hjemløshed. En yderligere op-gørelse for borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet viser, at andelen med fysiske helbredsproblemer er højest blandt de midaldrende og ældre, mens den er lavere blandt de unge (ikke vist).

Det er blandt borgerne i ACT-indsatsen, at flest har fysiske helbredsproblemer, hvilket stemmer overens med metodens målgruppebe-skrivelse. Det fremgik også af tabel 5.2, at borgerne, der modtager ACT, generelt er ældre end borgere, der modtager CTI og ICM. Denne al-



dersmæssige variation kan ligeledes være med til at forklare, hvorfor borgere, der modtager ACT, i højere grad har fysiske problemer.

I forhold til borgernes psykiske velbefindende viser tabel 5.5, at cirka halvdelen af alle borgerne har psykiske problemer, der begrænser dem i deres hverdag. Det ses endvidere, at kun 14 pct. af borgerne ikke har psykiske problemer. Som vist i tabel 5.4, har ca. 40 pct. af borgerne i indsatsen en psykiatrisk diagnose. Ovenstående tabel illustrerer således, at en stor del af borgerne har psykiske problemer i et vist omfang, selv om de ikke har en psykiatrisk diagnose.

I de kvalitative borgerinterview fortæller mange af borgerne om de psykosociale problemer, der udgør en stor del af baggrunden for de vanskeligheder, borgerne oplever i deres liv, og for, at de på et tidspunkt i deres liv blev ramt af hjemløshed. Mange af de interviewede borgere har en psykisk lidelse og fortæller om, hvordan de ofte svære symptomer på sygdommen i lange perioder har gjort deres liv vanskeligt, og hvordan følgevirkningerne af den psykiske lidelse har spillet en stor rolle for, at de på et tidspunkt kom ud i hjemløshed. En borger fortæller fx om, hvordan hans bipolare lidelse har medvirket til, at han i maniske perioder også bliver ramt af ludomani, og hvordan han på et tidspunkt mistede en bolig pga. sygdommen:

Jeg fortalte, at jeg havde spillet mig fra hus og hjem, og jeg har været i behandling for ludomani for mange år siden og har ikke haft tilbagefald de sidste ti år, små ti år, men hvad er det det hedder, jeg... jeg kan ikke tælle til ti. Når jeg får en idé, så fører jeg den ud i livet, og så skal det være her og nu, og det vil sige, at hvis jeg lige pludselig finder ud af, at jeg skal rejse, jamen så rejser jeg, og så rejser jeg hellere i morgen end på søndag.

Borgerne fortæller også om, hvordan de psykosociale problemer ofte går langt tilbage i deres liv. En borger fortæller om, hvordan opvæksten i en socialt udsat familie var med til at give hende en svær start på livet og med til at give hende angst:

Jeg har panikangst på grund af, at jeg har haft en meget slem opvækst, kan man sige, med ikke meget kærlighed og tryghed og så videre. Jeg har ikke haft det der smukke billede, som alle andre har, andre vokser op med, så jeg har stået med mange ting alene. Det er hårdt, så. En stor byrde, kan man sige, men så lærte jeg så en reservebedste at kende, som jeg var meget glad for. Hun var

også selv ligesom mig, så vi kommer godt ud af det sammen med hinanden, men som jeg ikke har haft kontakt i et stykke tid, fordi jeg valgte simpelthen at komme derfra [herberget], selvfølgelig, og som jeg har været rigtig meget glad for, og i min egen lejlighed, der var ro, der var fred, men også at komme væk fra alt det støj der, fordi det også er det, der har givet mig panikangst på et tidspunkt, og det var bare med at komme væk derfra, fordi der var hele tiden larm og musik og fulde mennesker. Det duede ikke.

Ovenstående citat illustrerer, hvordan borgeren oplevede, at der, selvom hun var meget glad for opholdet på en boform, ofte også var støj og larm, som kunne være vanskeligt i forhold til hendes angst. Det at få sin egen bolig har været med til at give hende mere ro, en ro som hun i høj grad har haft brug for.

Borgerne fortæller også om selve den hjemløshedssituation, der lå forud for, at de nu er flyttet i egen bolig, og beretter om den ustabilitet, der var forbundet med at være i akut hjemløshed og ved at måtte benytte forskellige midlertidige overnatningsformer. En borger fortæller således om, hvordan hun både har overnattet i et kolonihavehus og i en skurvogn, inden hun til sidst søgte ind på herberget:

Borger: ”Man tænker altid, det er sidste udvej at bo på et forsorgshjem, ikk’? Fordi mit liv, ja det kan godt være, det har været kaotisk sådan til tider i hvert fald, men det har aldrig været sådan ... ja, det ved jeg sgu’ ikke. Det har aldrig været så langt ude, at jeg havde forestillet mig at skulle på forsorgshjem, vel? Altså, jeg har prøvet rigtig mange ting, og jeg har også flyttet rigtig mange gange, og jeg har også prøvet at bo i kolonihavehus og troet, at jeg skulle blive boende der, fordi nu røg jeg snart ud af dagpenge, og tænkte ’Hvad fanden skal jeg gøre? Det overlever jeg aldrig vel?’. Det kunne jeg så heller ikke. Så lånte jeg en skurvogn på et kollektiv et stykke tid. Det kunne jeg heller ikke. Det kan godt være, jeg er social, men det der, det kan jeg bare ikke, jeg skal have mit eget, og kunne lukke min dør, og jeg har også brug for at være mig selv. Og det der lille hummer ikk’? Nej. Et rigtigt hjem, det er meget vigtigt for mig.”

Interviewer: ”Og hvad er et rigtigt hjem for dig?”

Borger: ”Det er et hjem, hvor der er hyggeligt. Altså, jeg lever jo ikke i luksus vel, men hvor der er de ting, jeg skal bruge. Det behøves ikke være nyt og fint”.

## BRUG AF DET EKSISTERENDE STØTTE- OG BEHANDLINGS-SYSTEM

En væsentlig del af borgernes udfordringer forstærkes af, at de – netop pga. deres mange forskellige problemer, har svært ved at benytte det eksisterende støtte- og behandlingssystem. Tabel 5.6 viser, i hvilken grad bostøttemedarbejderen vurderer, at borgeren kan benytte det eksisterende behandlingssystem. Dette spørgsmål dækker dels over, om borgeren formår at passe på sit eget helbred og selv opsøge hjælp i behandlingssystemet, men det dækker også over, om det etablerede behandlingssystem er fremkommeligt for borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemer.

TABEL 5.6

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter evne til at benytte det eksisterende behandlingssystem. Bostøttemedarbejders vurdering. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
<i>Kan borgeren efter din vurdering benytte det eksisterende behandlingssystem?<sup>1</sup></i>				
Kan i vid grad benytte det eksisterende behandlingssystem	52	27	17	40
Kan i nogen grad benytte det eksisterende behandlingssystem	35	47	35	40
Kan i begrænset grad benytte det eksisterende behandlingssystem	7	16	13	11
Har meget vanskeligt ved at benytte det eksisterende behandlingssystem	6	10	35	10
I alt	100	100	100	100

1. Antallet af observationer med uoplyst besvarelse er 30.  
Kilde: Individdokumentationen.

Hovedparten af borgerne vurderes i stand til at benytte det eksisterende behandlingssystem, mens ca. en femtedel af borgerne vurderes at have betydelige vanskeligheder hermed. Borgere, der modtager ACT-indsatsen, vurderes i mindre grad end borgere, der modtager ICM og CTI, at kunne benytte det etablerede behandlingssystem, hvilket afspejler, at ACT-indsatsen er henvendt til borgere, som har vanskeligt ved at få den nødvendige støtte i det eksisterende støtte- og behandlingssystem. Det er

generelt en central funktion for bostøttemedarbejderen at hjælpe med at bygge bro for borgeren til de eksisterende støtte- og behandlingssystemer og understøtte borgeren i brugen af disse systemer, når en kontakt er etableret.

## FUNKTIONER I DAGLIGDAGEN

Borgernes håndtering af egen økonomi og dagligdagsfunktioner er ofte en udfordring, som er stærkt korreleret med deres ustabile boligsituation. Tabel 5.7 tegner et billede af, i hvilken grad borgerne har vanskeligheder ved at varetage dagligdagsfunktioner og håndtere deres økonomi.

TABEL 5.7

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikatorer for at kunne varetage dagligdagsfunktioner og at håndtere økonomi. Bostøttemedarbejders vurdering. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
<i>Har borgeren efter din vurdering vanskeligt ved at varetage dagligdagsfunktioner i forhold til at klare sig i egen bolig?<sup>1</sup></i>				
Varetager alle dagligdagsfunktioner	47	30	40	40
Varetager de fleste funktioner selv, men skal have hjælp til enkelte ting	35	47	20	38
Har vanskeligt ved at varetage dagligdagsfunktioner	14	18	24	16
Har massive vanskeligheder ved at varetage dagligdagsfunktioner	4	6	12	5
<i>Har borgeren efter din vurdering vanskeligt ved at håndtere sin økonomi (fx at betale husleje, el, varme e.l.)<sup>2</sup></i>				
Håndterer sin økonomi tilfredsstillende	28	19	12	23
Håndterer i rimelig grad sin økonomi, men har episoder med manglende overblik	40	39	24	38
Har betydelige problemer med at håndtere sin økonomi	24	29	36	27
Har meget vanskeligt ved at håndtere sin økonomi, hvor der ikke er overblik eller et ønske om støtte	8	14	28	12

1. Antallet af observationer med uoplyste vanskeligheder ved at varetage dagligdagsfunktioner er 34.

2. Antallet af observationer med uoplyste vanskeligheder ved at håndtere økonomi er 27.

Kilde: Indviddokumentationen.

Det er 40 pct. af borgerne, der kan varetage alle dagligdagsfunktioner på egen hånd, og yderligere 38 pct., der kan varetage de fleste funktioner selv, men skal have hjælp til enkelte ting. Der er 16 pct. af borgerne, der har vanskeligt ved at varetage dagligdagsfunktioner, og 5 pct. har massive

vanskeligheder. Hvis man ser på borgernes evne til at håndtere deres økonomi, som fx at betale husleje samt regninger for el og varme, er det 39 pct. af borgerne, der har betydelige problemer med eller meget vanskeligt ved at håndtere deres egen økonomi.

I forhold til både borgernes evne til at håndtere dagligdagsfunktioner og deres evne til at håndtere deres økonomi, er det de borgere, der modtager ACT-indsatsen, der har de største vanskeligheder, borgere, der modtager ICM, der har de næststørste vanskeligheder, og borgere, der modtager CTI, der har de mindste vanskeligheder.

## SOCIALT NETVÆRK

Mange af borgerne i indsatsen har et svagt socialt netværk med en lav grad af kontakt til familie, venner og bekendte. Tabel 5.8 viser en oversigt over, i hvilken grad borgerne har problemer med manglende/svagt netværk.

TABEL 5.8

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter styrke af socialt netværk. Bostøttemedarbejders vurdering. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
<i>Har borgeren efter din vurdering problemer med manglende/svagt socialt netværk<sup>1</sup></i>				
Har et godt og ressourcefuldt netværk	14	10	4	12
Har et netværk, men trækker sig fra det i perioder, og/eller det viser tegn på udfordringer	44	44	36	44
Har svag kontakt med familie og venner og/eller borgerens netværk har betydelige udfordringer	34	38	44	36
Er isoleret og/eller borgerens netværk har massive udfordringer	7	7	16	8
I alt	100	100	100	100

1. Antallet af observationer med uoplyst besvarelse vedrørende socialt netværk er 17.

Kilde: Individokumentationen.

Det er kun 12 pct. af borgerne, der vurderes at have et godt og ressourcefuldt socialt netværk, mens den resterende gruppe borgere alle har udfordringer med at opretholde kontakten til venner og familie eller ikke har noget netværk og er socialt isolerede. Det er blandt borgere, der modtager ACT-indsatsen, at flest har et svagt socialt netværk, mens den-

ne andel er lidt lavere blandt de borgere, der modtager en ICM- eller en CTI-indsats.

## BESKÆFTIGELSE OG FORSØRGELSE

Da mange hjemløse borgere har komplekse problemer, blandt andet psykisk og fysisk sygdom og misbrugsproblemer, er de fleste langt fra arbejdsmarkedet. Kortlægningerne af hjemløshed viser generelt, at langt hovedparten af de hjemløse borgere er på kontanthjælp (70 pct.) eller førtidspension (12 pct.), og at det blot er en lille gruppe, der har en lønindkomst (4 pct.).<sup>22</sup>

Tabel 5.9 tegner et billede af beskæftigelsessituationen for borgerne i Implementerings- og forankringsprojektet på tidspunktet for opstarten af indsatsen.

TABEL 5.9

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter beskæftigelsessituation. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Beskæftigelsessituation:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
Ansæt på ordinære vilkår	2	< 1	0	1
I fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l.	2	2	0	2
I aktivering, herunder løntilskud og virksomhedspraktik e.l.	13	6	0	10
Ledig, men ikke i aktivering	45	55	64	50
Sygemeldt	7	2	0	5
Under uddannelse	5	3	0	4
Uden for arbejdsmarkedet (fx førtidspension)	12	25	20	18
Andet	12	6	16	10
Uoplyst	2	< 1	0	1
I alt	100	100	100	100

Kilde: Individokumentationen.

Det er kun få af borgerne, der er i beskæftigelse eller under uddannelse. Kun en mindre andel, 5 pct., er i ordinær beskæftigelse eller under uddannelse. Det ses ligeledes, at cirka halvdelen af borgerne er ledige, men ikke i aktivering, samt at en del er helt uden for arbejdsmarkedet. Der er lidt flere blandt borgerne i CTI-indsatsen, som har en vis tilknytning til arbejdsmarkedet, og særligt er der flere af borgerne i CTI-indsatsen (14

22. Benjaminsen og Lauritzen (2015), s. 55.

pct.), som er i aktivering, mens det kun gælder 6 pct. af borgerne i ICM-indsatsen.

Tabel 5.10 viser en oversigt over borgernes forsørgelsesgrundlag på tidspunktet for opstarten af indsatsen. Her ses det, at hovedparten, 50 pct., modtager kontanthjælp, mens 17 pct. modtager førtidspension, og de øvrige borgere fordeler sig på en række forskellige, øvrige ydelser. Det kan her særligt bemærkes, at flere af borgerne i ICM-indsatsen modtager førtidspension, 22 pct., mens det gælder 13 pct. af borgerne i CTI-indsatsen.

TABEL 5.10

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter forsørgelsesgrundlag. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Forsørgelsesgrundlag:	CTI (n = 195)	ICM (n = 143)	ACT (n = 25)	I alt (N = 363)
Løn	2	1	4	2
Arbejdsløshedsdagpenge eller sygedagpenge	4	1	0	3
Uddannelseshjælp	7	19	0	11
Kontanthjælp	51	43	76	49
Ressourceforløbsydelse	4	3	0	3
Jobafklaringsydelse	8	1	0	5
Ledighedsydelse	1	2	0	1
SU	4	< 1	0	2
Førtidspension	13	22	16	17
Folkepension	< 1	4	0	2
Ingen indtægt	< 1	0	0	< 1
Andet	4	3	0	3
Uoplyst	1	0	4	< 1
I alt	100	100	100	100

Kilde: Individokumentationen.

## PROFIL UD FRA BORGERNES EGEN VURDERING

Samtidig med at bostøttemedarbejderne har udfyldt oplysninger om borgerne og deres profil, er borgerne også selv blevet bedt om at vurdere deres situation på en række indikatorer, der beskriver borgerens subjektive velvære, aktiviteter i hverdagen, omfanget af psykiske problemer og brugen af rusmidler. Det skal imidlertid bemærkes, at hvor vi har oplysninger fra opstartsmålingen for 363 borgere, ud fra bostøttemedarbejdernes vurderinger, har vi kun tilsvarende oplysninger for 268 borgere, baseret på borgernes egne vurderinger. Der er således et frafald, der skyldes, at det ikke i alle tilfælde har været muligt for bostøttemedarbej-

deren at gennemføre et interview med borgeren, enten pga. at borgeren ikke har været i stand til at deltage og svare på spørgsmålene, eller fordi borgeren ikke har ønsket det. Som nævnt i kapitel 3 indebærer dette frafald, at der kan være tale om en selektion, hvor vi må antage, at flere af de borgere, der har de mest komplekse problemer, ikke har besvaret borgerskemaet.

Tabel 5.11 viser borgerens egen vurdering af sit subjektive velvære på en række indikatorer. Generelt ligger tyngden i fordelingerne på indikatorerne for subjektivt velvære i den positive ende. Fx er det knap halvdelen af borgerne (44 pct.), der i løbet af de sidste to uger ofte eller meget ofte har følt sig optimistisk i forhold til fremtiden, mens 20 pct. aldrig eller næsten aldrig har haft denne følelse. Det skal dog som nævnt bemærkes, at det formentlig er de mindst velfungerende borgere, der ikke har besvaret disse spørgsmål.



TABEL 5.11

Fordeling på indikatorer for borgerens psykiske velbefindende de sidste to uger, målt ved startmålingen, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgerens egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 149)	ICM (n = 97)	ACT (n = 22)	I alt (N = 268)
<i>Optimistisk i forhold til fremtiden</i>				
Meget ofte	18	9	9	14
Ofte	32	25	41	30
En gang imellem	34	37	41	36
Næsten aldrig	12	23	9	16
Aldrig	3	6	0	4
<i>Følt sig nyttig</i>				
Meget ofte	14	12	23	14
Ofte	29	30	14	28
En gang imellem	32	32	27	32
Næsten aldrig	17	19	27	19
Aldrig	7	7	9	7
<i>Følt sig afslappet</i>				
Meget ofte	11	10	14	11
Ofte	27	27	23	26
En gang imellem	32	25	45	30
Næsten aldrig	21	27	18	23
Aldrig	9	11	0	9
<i>Klaret problemer godt</i>				
Meget ofte	17	7	14	13
Ofte	38	29	36	34
En gang imellem	30	43	41	36
Næsten aldrig	12	14	9	13
Aldrig	3	6	0	4
<i>Tænkt klart</i>				
Meget ofte	23	15	23	21
Ofte	38	31	27	35
En gang imellem	21	38	41	29
Næsten aldrig	14	12	9	13
Aldrig	3	3	0	3
<i>Følt sig tæt på andre mennesker</i>				
Meget ofte	14	15	14	15
Ofte	31	31	27	31
En gang imellem	29	29	50	31
Næsten aldrig	19	20	5	18
Aldrig	7	5	5	6
<i>Været i stand til at danne sin egen mening</i>				
Meget ofte	46	34	41	41
Ofte	34	45	36	38
En gang imellem	13	19	18	16
Næsten aldrig	5	1	5	3
Aldrig	2	1	0	1

Kilde: Individokumentationen

Tabel 5.12 viser borgernes egen vurdering af deres hverdagslige og sociale aktiviteter på fire forskellige indikatorer.

TABEL 5.12

Fordeling på indikatorer for hverdagslige aktiviteter ved startmålingen, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgerens egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 149)	ICM (n = 97)	ACT (n = 22)	I alt (N = 268)
<i>Kommer ud hver uge og deltager i aktiviteter, som jeg godt kan lide</i>				
Meget enig	13	16	14	14
Enig	28	24	18	26
Hverken enig eller uenig	17	19	27	18
Uenig	25	22	14	23
Meget uenig	13	18	27	16
Uoplyst	4	2	0	3
<i>Ser regelmæssigt sin familie</i>				
Meget enig	16	19	18	17
Enig	25	25	23	25
Hverken enig eller uenig	15	15	5	15
Uenig	16	21	23	18
Meget uenig	26	21	32	25
Uoplyst	1	0	0	1
<i>Ser regelmæssigt venner og bekendte</i>				
Meget enig	22	21	18	21
Enig	35	38	27	35
Hverken enig eller uenig	13	15	14	14
Uenig	16	18	32	18
Meget uenig	14	8	9	12
<i>Kan selv klare gøremål som rengøring og indkøb</i>				
Meget enig	54	34	41	46
Enig	26	33	23	28
Hverken enig eller uenig	12	15	18	14
Uenig	5	11	14	8
Meget uenig	2	4	5	3
Uoplyst	1	2	0	1

Kilde: Individdokumentationen

På indikatoren for, hvorvidt borgeren kommer ud hver uge og deltager i aktiviteter, vedkommende godt kan lide, er det 40 pct., der svarer enig eller meget enig i udsagnet, mens 39 pct. er uenige eller meget uenige. Dog er der en dobbelt så stor andel blandt borgerne i ACT-forløb, der er meget uenige i udsagnet, sammenlignet med borgerne i CTI-forløb, hhv. 27 og 13 pct.

På indikatoren for, hvorvidt man regelmæssigt ser sin familie, er der igen en nogenlunde ligelig fordeling, når man ser på meget enig/enig

over for meget uenig/uenig med hhv. 42 og 43 pct. Det er igen borgerne i ACT-forløb, der har den mest negative vurdering og således har de højeste andele, der er både meget uenige og uenige i udsagnet om, at man regelmæssigt ser sin familie. Indikatoren for, hvorvidt man regelmæssigt ser sine venner og bekendte, viser samme mønster som den tilsvarende indikator for borgerens familie. Dog er der en lidt større andel, der er meget enig eller enig i udsagnet om, at man regelmæssigt ser sine venner og bekendte, sammenlignet med, om man ser sin familie.

Fordelingen på indikatoren for, hvorvidt borgeren selv kan klare daglige gøremål som rengøring og indkøb, viser, at borgerne, der har besvaret dette spørgsmål, i overvejende grad er enige i dette udsagn. Hele 74 pct. er enten enige eller meget enige i udsagnet, mens kun 11 pct. er uenige eller meget uenige. Det understreger, at langt fra alle borgere oplever at have en lav funktionsevne i hverdagen, om end der skal tages højde for, at det formentlig er den mest velfungerende del af borgerne, der har deltaget i denne del af undersøgelsen.

Tabel 5.13 viser fordelingerne på indikatorer for borgernes psykiske problemer. Der er en betydelig del (mellem 36 og 39 pct.), der dagligt eller næsten dagligt har oplevet at have koncentrations- eller søvnproblemer eller følt sig nervøs, ængstelig eller anspændt. På de mest alvorlige indikatorer som at have følt sig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret, følt sig psykisk skidt tilpas er andelen, der oplever dette dagligt eller næsten dagligt, på 27-28 pct. For den sidste indikator for, hvorvidt borgeren har haft hallucinationer, ligger denne andel på 4 pct.

TABEL 5.13

Fordeling på indikatorer for borgerens psykiske helbred, målt ved startmålingen, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb Borgerens egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 149)	ICM (n = 97)	ACT (n = 22)	I alt (N = 268)
<i>Haft koncentrationsproblemer</i>				
Slet ikke	28	18	23	24
Flere dage	21	20	23	21
Mere end halvdelen af dagene	9	13	9	10
Næsten hver dag	14	24	18	18
Hver dag	21	21	18	21
Uoplyst	6	5	9	6
<i>Følt sig nervøs, ængstelig eller anspændt</i>				
Slet ikke	26	20	27	24
Flere dage	23	27	32	25
Mere end halvdelen af dagene	9	16	9	12
Næsten hver dag	21	21	5	20
Hver dag	15	15	23	16
Uoplyst	5	1	5	4
<i>Følt sig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret</i>				
Slet ikke	36	25	32	31
Flere dage	28	24	32	26
Mere end halvdelen af dagene	10	16	9	12
Næsten hver dag	12	20	18	15
Hver dag	14	13	5	13
Uoplyst	< 1	2	5	1
<i>Følt sig psykisk skidt tilpas</i>				
Slet ikke	38	29	45	35
Flere dage	21	21	18	21
Mere end halvdelen af dagene	9	15	5	11
Næsten hver dag	14	18	0	14
Hver dag	14	12	14	13
Uoplyst	3	5	18	5
<i>Haft hallucinationer</i>				
Slet ikke	90	75	86	84
Flere dage	4	10	5	6
Mere end halvdelen af dagene	< 1	3	0	1
Næsten hver dag	2	3	0	2
Hver dag	< 1	3	5	2
Uoplyst	3	5	5	4
<i>Haft svært ved at sove</i>				
Slet ikke	32	27	32	30
Flere dage	24	28	23	25
Mere end halvdelen af dagene	5	9	9	7
Næsten hver dag	22	20	23	21
Hver dag	15	15	9	15
Uoplyst	2	1	5	2

Kilde: Individokumentationen

Tabel 5.14 viser fordelingen på indikatorer for borgernes brug af rusmidler. Næsten halvdelen (46 pct.) har slet ikke drukket alkohol de sidste 14

dage, mens 13 pct. har drukket alkohol hver dag i samme periode. Der er en variation mellem borgerne på de forskellige bostøtteforløb, idet 32 pct. af borgerne i ACT-forløb har drukket alkohol dagligt, mens de tilsvarende andele for CTI- og ICM-forløb er hhv. 8 og 15 pct.

Andelen, der slet ikke har røget hash i løbet af de sidste to uger, ligger på 63 pct., men det dækker over stor variation på tværs af bostøtteforløbene. Halvt så mange borgere på ACT-forløb har slet ikke røget hash, sammenlignet med borgerne på CTI-forløbene (hhv. 36 og 72 pct.). Samtidig har halvdelen af borgerne på ACT-forløb røget hash dagligt de sidste 14 dage, mens de tilsvarende andele for CTI- og ICM-forløb er hhv. 11 og 20 pct.

Hårde stoffer er ikke noget, der bliver taget i udpræget grad blandt de borgere, der har besvaret spørgeskemaet. 85 pct. har slet ikke taget hårde stoffer i løbet af en periode på 14 dage, mens kun 1 pct. har et dagligt indtag af hårde stoffer.

Hvis borgerne selv skal beskrive deres brug af rusmidler, er det knap halvdelen (48 pct.) af de adspurgte, der angiver, at deres hverdag slet ikke er forstyrret af rusmidler. I den anden ende af spektret angiver 5 pct. af borgerne på CTI-forløb og 18 pct. af borgerne på ACT-forløb, at deres hverdag er så forstyrret af rusmidler, at det helt styrer deres liv.

TABEL 5.14

Fordeling på indikatorer for borgerens brug af rusmidler de sidste to uger, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgerens egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 149)	ICM (n = 97)	ACT (n = 22)	I alt (N = 268)
<i>Drukket alkohol hvor ofte</i>				
Slet ikke	48	45	36	46
Flere dage	28	27	23	27
Mere end halvdelen af dagene	5	4	5	5
Næsten hver dag	6	7	5	6
Hver dag	8	15	32	13
Uoplyst	4	1	0	3
<i>Røget hash hvor ofte</i>				
Slet ikke	72	56	36	63
Flere dage	9	10	5	9
Mere end halvdelen af dagene	3	4	9	4
Næsten hver dag	4	8	0	5
Hver dag	11	20	50	17
Uoplyst	1	2	0	1
<i>Taget hårde stoffer hvor ofte</i>				
Slet ikke	91	76	82	85
Flere dage	4	15	14	9
Mere end halvdelen af dagene	< 1	2	0	1
Næsten hver dag	2	2	0	2
Hver dag	0	3	5	1
Uoplyst	2	1	0	1
<i>Hvilket udsagn passer bedst til forbrug af rusmidler</i>				
Hverdag er ikke forstyrret af rusmidler	51	45	36	48
Hverdag er lidt forstyrret af rusmidler	23	21	23	22
Hverdag er forstyrret af rusmidler	5	12	5	8
Hverdag er meget forstyrret af rusmidler	4	7	14	6
Hverdag er så forstyrret af rusmidler, at det helt styrer livet	5	8	18	7
Uoplyst	11	6	5	9

Kilde: Individokumentationen

## SAMMENFATNING

De hjemløse borgere, der udgør målgruppen for Housing First-indsatsen, er kendetegnet ved at have komplekse støttebehov. Det er borgere, der enten har en psykisk lidelse og/eller omfattende misbrugsproblemer, og som langvarigt har været uden for arbejdsmarkedet på fx kontanthjælp, ligesom mange har et begrænset socialt netværk og har vanskeligheder med at udføre dagligdagsfunktioner. Det er disse sammensatte sociale og helbredsmæssige problemer, der nødvendiggør, at disse borgere får en intensiv social og praktisk støtte for at kunne bo i egen bolig.

Cirka tre fjerdedele af borgerne, der indgår i indsatsen, er mænd, mens den sidste fjerdedel er kvinder. Cirka halvdelen er mellem 30 og 49 år, mens en fjerdedel er mellem 18 og 29 år, og den sidste fjerdedel er 50 år og derover. Det er 88 pct. af borgerne i Housing First-indsatsen, der har dansk baggrund, mens 12 pct. er indvandrere eller efterkommere.

Det er 64 pct. af borgerne i Housing First-indsatsen, der har misbrugsproblemer, mens 41 pct. har en psykisk lidelse. I alt har 80 pct. enten misbrugsproblemer eller en psykisk lidelse, mens 25 pct. er registreret med både misbrugsproblemer og en psykisk lidelse. Der er endvidere 26 pct. af borgerne, der har fysiske helbredsproblemer, der i betydelig eller markant grad begrænser borgeren i hverdagen. Kun 12 pct. af borgerne er ved starten af indsatsen vurderet til at have et godt og ressourcefuldt socialt netværk, mens 44 pct. har en svag kontakt med familie og venner eller er decideret isolerede. Kun 2 pct. af indsatsborgerne har en lønindkomst, mens 50 pct. er på kontanthjælp, og 17 pct. er på førtidspension. De resterende modtager forskellige andre former for overførselsindkomst.

Når borgerne selv vurderer deres subjektive velvære, aktiviteter i hverdagen, psykiske helbred og brug af rusmidler, er det langt fra alle, der oplever at have betydelige problemer og lav funktionsevne på de forskellige mål. Her skal det dog tages i betragtning, at der er cirka en tredjedel af borgerne, der ikke har besvaret disse spørgsmål, og at vi må antage, at det særligt er de dårligst fungerende borgere, der ikke har medvirket.

De tre bostøttemetoder er henvendt til forskellige målgrupper, differentieret efter graden af støttebehov hos borgeren. Der kan observeres en forskel i målgruppeprofilen mellem de tre metoder. Fx er andelen med misbrugsproblemer lavest blandt borgerne i CTI-indsatsen og højest blandt borgerne i ACT-indsatsen, hvilket samsvarer med målgruppebeskrivelserne for bostøttemetoderne. Ved den efterfølgende sammenligning af resultaterne af de tre indsats i kapitel 7 skal der således tages højde for, at borgerne har en forskellig profil i de tre indsats.





## INDSATSEN

I dette kapitel belyser vi indsatsen, der er iværksat for borgerne i regi af Implementerings- og forankringsprojektet. Kapitlet tager udgangspunkt i en opgørelse over antallet af igangsatte forløb og en oversigt over, hvor langt borgerne er kommet i forløbet, fordelt på de tre bostøttemetoder CTI, ICM og ACT. Det skal tages i betragtning, at der løbende gennem Implementerings- og forankringsprojektets cirka toårige indsatsperiode (2014-2016) er blevet igangsat borgerforløb, og at en del borgerforløb således stadig er i gang. Vi giver et overblik over, hvor mange borgerforløb der enten er afsluttede eller har forløbet i tilstrækkeligt lang tid til, at vi kan opgøre indsatsens omfang og resultater. Derefter belyser vi, hvad der kendetegner indsatsens intensitet, varighed og indhold, og om indsatsen følger Housing First og bostøttemetodernes grundprincipper. Det belyses gennem data fra både individindberetningen og fidelitetsmålingen af indsatserne. Undervejs inddrages også de kvalitative interview, der er gennemført med borgere i indsatsen, og som illustrerer borgernes oplevelser af indsatsen.

## INDSATSFORLØB

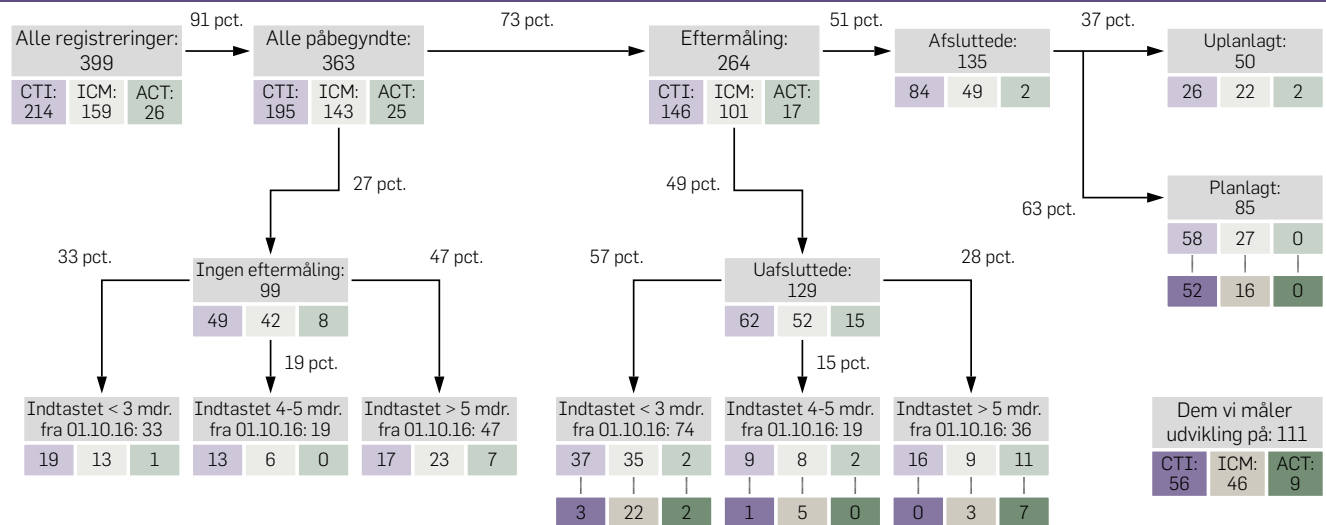
I figur 6.1 er opstillet et forløbsdiagram, der giver et overblik over antallet af igangsatte forløb, fordelt på de tre bostøttemetoder, og over, hvorvidt forløbene er kommet så langt, at der foreligger både en opstartsmåling og en eftermåling. Det fremgår også, hvorvidt forløbene er afsluttet, hvor vi skelner mellem planlagte og uplanlagte afslutninger. Perioden dækker fra projektets opstart i 2014 og frem til september 2016, hvor de sidste målinger på borgerniveau er foretaget. Det er ret få forløb, der er igangsat i 2014, mens hovedparten af forløbene er igangsat i løbet af 2015 og 2016. Det betyder, at mange af borgerne fortsat er i forløb ude i kommunerne, selvom projektperioden er afsluttet.

Der er i alt 399 borgere, hvor der er påbegyndt en registrering i dokumentationssystemet. For 36 borgere er der imidlertid tale om personer, der blot kortvarigt kommer i berøring med indsatsen, og hvor der er foretaget en registrering i et opstartsskema – typisk mens borgeren opholder sig på en boform – men hvor der kun er ret sparsomme oplysninger om borgeren, og hvor der ikke senere i forløbet er indberettet målinger om borgeren. Der er således tale om borgere, hvor der er en indledende kontakt, men hvor der ikke igangsættes et egentligt forløb. Der foreligger ikke tilstrækkelig dokumentation om disse borgere til at kunne afgøre, hvad der nærmere ligger bag, at der ikke blev igangsat et indsatsforløb. I de kvalitative interview fortæller projektlederne, at det fx kan skyldes, at borgeren pludseligt forlader boformen, eller at borgeren taber motivationen i den ofte lange ventetid på at få en bolig, selvom medarbejderne på boformen forsøger at fastholde borgerens motivation.

Der er 363 egentligt påbegyndte forløb, hvor der foreligger en første indsatsmåling. Af disse foreligger der en eftermåling på 264 borgere. For cirka halvdelen af de resterende 99 borgeres vedkommende er indsatsen påbegyndt forholdsvis kort tid inden måleperiodens afslutning, hvorfor der endnu ikke foreligger en eftermåling. Der er med andre ord et fortsat indtag af borgere i programmet. For 33 borgeres vedkommende er indsatsen startet inden for de seneste tre måneder, og for yderligere 19 borgere er indsatsen startet for 4-5 måneder siden, men den næste måling er endnu ikke foretaget eller indberettet. For 47 af de borgere, der endnu ikke har en eftermåling, er det dog mere end fem måneder siden, at den første måling blev foretaget, og også for nogle af disse borgere kan der være tale om, at de ikke er kommet videre i indsatsen.

FIGUR 6.1

Oversigt over bostøtteforløb, der er igangsat under Implementerings- og forankringsprojektet. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Antal og procent.



Anm.: Der foretages en opstartsmåling (baseline), hvorefter målinger foretages hver tredje måned. "Ingen eftermåling" betyder, at der kun eksisterer en opstartsmåling. Det kan skyldes at: a) borgerens indsats er startet op inden for tre måneder, og der er derfor ikke foretaget en måling, b) borgerens indsats er startet op indenfor 4-5 måneder, men der er stadig ikke foretaget en måling, c) der er gået mere end fem måneder siden opstart af indsats, og der foreligger ikke data på borgeren efter opstartsmålingen, enten fordi der ikke er foretaget måling, registreret data, eller at borgeren ikke modtager indsatsen længere og evt. er overgået til anden form for støtte. Det er ikke muligt i data at skelne mellem årsager til frafald.

Kilde: Individdokumentationen.

Af de 264 borgere, hvor der allerede foreligger en eftermåling (det vil sige, at der foreligger mindst to målinger), er de 129 forløb stadig i gang, det vil sige, at de er opgjort som uafsluttede. Det gælder 62 CTI-forløb, 52 ICM-forløb og 15 ACT-forløb.

Det er i alt 135 forløb, der er registreret som afsluttede. Heraf er der 85 forløb, der er afsluttet som planlagt, men der er også 50 forløb, der er afsluttet ”uplanlagt”, det vil sige, at forløbene er afsluttede, selv om det var meningen, at de skulle være fortsat. Det gælder 26 CTI-forløb, 22 ICT-forløb og 2 ACT-forløb. I dette kapitels sidste afsnit ser vi nærmere på, hvad der kendetegner disse uplanlagt afsluttede forløb, og sammenligner dem med de gennemførte forløb, som vi beskriver i hovedparten af kapitlet.

Det er som nævnt 85 forløb, der er afsluttet som planlagt. Det gælder 58 CTI-forløb og 27 ICM-forløb, mens der ikke er ACT-forløb blandt de planlagt afsluttede forløb. Det skyldes, at ACT-indsatsens borgere er dem med de mest komplekse støttebehov, hvor der typisk er tale om en meget langvarig indsats, der således endnu ikke er afsluttet.

Når vi i det følgende ser på indsatsens intensitet og indhold og på resultaterne for borgerne, inkluderer vi også nogle af de endnu uafsluttede forløb, nemlig de længerevarende forløb, der endnu ikke er afsluttet. Det gælder særligt ICM- og ACT-forløbene, men der er også en lille gruppe af CTI-forløbene, der tilsyneladende varer lidt længere end de ni måneder, som støtten er tiltænkt. Det er formentlig forløb, hvor indsatsen har været sat i bero i en periode, fx pga. en hospitalsindlæggelse, eller fordi der er særlige forhold omkring borgerens situation, der har gjort det nødvendigt at fortsætte støtten lidt endnu. I én kommune fortæller en af de interviewede nøglepersoner, at der pga. manglende kapacitet er en ret lang ventetid på at få igangsat almindelig § 85-bøstøtte, når den er tildelt, og at det betyder, at det er vanskeligt at afslutte CTI-forløbene, hvis borgeren har brug for fortsat støtte. Her fortsætter CTI-bøstøttemedarbejderne typisk med at give støtte ud over de ni måneders forløb, indtil det er muligt at igangsætte et efterfølgende § 85-forløb.

For at afgrænse de forløb, der er tilstrækkeligt lange til, at det er muligt at opgøre resultaterne, sætter vi derfor en grænse ved, at CTI-indsatsen skal være ved afslutningen af 3. fase, hvorved vi inkluderer de CTI-forløb, som det endnu ikke har været muligt at afslutte. I opgørelserne inkluderer vi også de ICM- og ACT-forløb, der har været mindst ni måneder. Det betyder, at vi samlet set måler på resultaterne af 111 forløb,

som enten er afsluttede eller har været i gang så længe, at det er muligt at se på resultaterne for borgerne. Af disse borgerforløb er der 56 CTI-forløb, 46 ICM-forløb og 9 ACT-forløb.

## HOUSING FIRST OG BOLIGDELEN

De to vigtigste kerneelementer i Housing First-tilgangen er, at der i starten af et indsatsforløb etableres en permanent boligløsning for borgeren, og at borgeren gives en intensiv social og praktisk støtte i hverdagen ved at anvende evidensbaserede bostøttemetoder, tilpasset borgerens behov. Centrale grundprincipper for indsatsen er, at der ikke stilles krav om forudgående boligparathed eller behandling (fx psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling) for at få en bolig og for at blive tilbudt bostøtten.

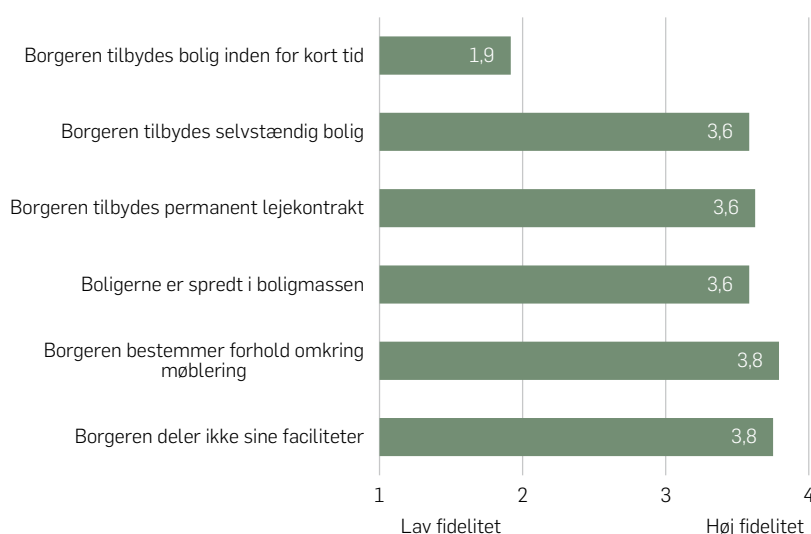
I dette kapitel beskriver vi fideliteten af boligdelen af indsatsen, mens vi i det efterfølgende kapitel 7 om indsatsens resultater for borgerne foretager opgørelser af borgernes boligsituation (om borgerne er kommet i bolig), baseret på indviddataene. I figur 6.2 er afbildet resultaterne fra fidelitetsmålingen for de indikatorer, der beskriver boligdelen af Housing First-indsatsen. Fideliteten er et mål for, om indsatsen udføres i overensstemmelse med de grundprincipper, som Housing First-indsatsen bygger på. Der er for hver indikator tale om et gennemsnit på tværs af alle de 24 kommuner, beregnet ud fra den seneste indberetning fra hver kommune. For de specifikke fidelitetsmål, knyttet til hver enkelt bostøttemetode, der gennemgås senere i kapitlet, er gennemsnittet beregnet for de kommuner, der anvender den pågældende metode. Som nævnt i kapitel 4 er der tale om selvvaluerede fidelitetsmål på en fidelitetsskala fra 1 (lav fidelitet) til 4 (høj fidelitet).

Det ses, at der for spørgsmålet om, hvorvidt borgeren tilbydes en bolig inden for kort tid, er en lav fidelitet med et gennemsnit på 1,9 på tværs af kommunerne. Det er udtryk for, at der typisk er en betydelig ventetid, før borgeren får tilbudt en bolig, og at det generelt er vanskeligt for kommunerne at skaffe boliger til indsatsen. Ventetiden på boliger er meget forskellig fra kommune til kommune. Det kommer også til udtryk ved en stor spredning i fidelitetsmålet. Kun to kommuner angiver den højeste grad af fidelitet, og fire kommuner angiver den næsthøjeste grad af fidelitet, mens der er 18 kommuner, der angiver den laveste eller næstlaveste grad af fidelitet (ikke vist). Særligt i de store byer meldes der om

ventetider på mange måneder, og i nogle tilfælde over et år, på at få en bolig – selv gennem den kommunale boliganvisning. I de mellemstore og lidt mindre byer er ventetiden typisk kortere, men også i de fleste mellemstore byer meldes om stigende ventetider pga. en stigende mangel på boliger.

FIGUR 6.2

Fideliteten af Housing First-indsatsens boligdel, målt på seks indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

Problematikken omkring at skaffe boliger og den ofte lange ventetid udgør, som beskrevet i kapitel 4, en helt central udfordring for implementeringen af Housing First-indsatsen. En etablering af en boligløsning i starten af et indsatsforløb er netop et af de mest centrale grundprincipper i Housing First, da en stabilisering af boligsituationen er nødvendig for, at en recovery-proces og forbedring af borgerens livssituation er mulig. En del af projektlederne beskriver i de kvalitative interview, hvordan ventetiden på boliger til tider gør det vanskeligt at påbegynde og fastholde borgeren i et forløb, og at dette kan være med til at forklare, at der for en del af de borgere, der i første omgang skabes en kontakt med, ikke gennemføres et forløb, fordi borgeren forlader boformen undervejs. I bor-

gerinterviewene giver borgerne udtryk for, at ventetiden på at få en bolig er vanskelig. En borger fortæller dog, at hun har brugt ventetiden til at spare penge op til at indrette boligen:

Ventetiden er det værste. Du kan ikke gøre noget. Du kan hverken gøre fra eller til, men jeg har prøvet det før, så jeg har været lidt fremsynet og sparet nogle penge op i det år, jeg har ventet. Altså, så jeg har kunnet købe møbler, så altså, jeg mangler ikke noget. Jeg mangler at købe lamper, men det er sådan set det eneste. Og det har jo været heldigt nok, altså.

De øvrige indikatorer omkring boligdelen beskriver, hvad der kendetegner boligløsningen, når det lykkes at skaffe en bolig til borgeren. Som det ses, er der for disse indikatorer tale om en høj grad af fidelitet, idet borgeren i høj grad tilbydes en selvstændig bolig og en permanent lejekontrakt, boligerne er spredt i den almindelige boligmasse, borgeren selv bestemmer forhold omkring møblering og indretning af boligen samt idet borgeren ikke deler faciliteter (køkken, toilet og bad) med andre.

En af de interviewede borgere fortæller, at han tidligere har boet i en udslusningsbolig, hvor han delte faciliteter med andre beboere. Han oplevede, at det var vanskeligt at bo i udslusningsboligen, hvor køkkenfaciliteterne var fælles, og at det har fungeret bedre at flytte i egen bolig:

Sidste år blev jeg flyttet til en udslusningslejlighed, hvor jeg var, indtil jeg fik den her lejlighed, men det var kun et værelse og et toilet og et bad, der var ikke noget køkken. Så der var så en fælleslejlighed i det boligkompleks, og man skulle gå derover og lave mad og sådan noget der. Men det fungerede rigtig dårligt. Jeg fungerer ikke så godt socialt, så jeg kom ikke derover, så det blev meget takeout og rugbrød. Så det var en befrielse at komme herind [i egen bolig] og få sit eget køkken og noget plads. Så det var jeg glad for.

En anden borger fortæller, at han, før han gjorde sig erfaringer med Housing First-indsatsen, ikke troede, at han kunne bo i egen bolig, og efter en løsladelse fra fængsel ville kommunen da også i første omgang indstille ham til et botilbud. Imidlertid var Housing First-indsatsen startet i kommunen, og en sagsbehandler foreslog ham i stedet at flytte ud i egen bolig med bostøtte. Borgeren valgte at tage imod tilbuddet og er i

dag glad for, at han ikke kom på et botilbud, da det har vist sig at fungere godt for ham at bo i egen bolig med bostøtte. Han beskriver det således:

Efter jeg så blev løsladt denne her gang, der startede jeg op i det CTI-forløb, fordi at jeg var rigtig, rigtig meget langt nede altså psykisk, og hvor at til at starte med, der ville kommunen have mig ind på sådant et, jeg tror det hedder et botilbud, hvor der er pædagoger 24 i døgnet og alt muligt. Og så fik jeg så tilbudt den der lejlighed, hvor at [sagsbehandleren] tog ind og talte med mig, faktisk inde i fængslet, og så sagde: ”Jamen, det er op til dig, men synes du ikke, at vi skal prøve det her? Og hvis det ikke går, jamen, så er der det der boligtilbud stadigvæk til dig”, og så var det så, at vi blev enige om, at jeg ville prøve. Og jeg er rigtig glad for at det er gået godt, så jeg ikke skulle ind på sådant et botilbud, kan man sige.

#### FÅ KRAV OM BOLIGPARATHED

Fidelitetsmålingens indikatorer beskriver også et andet kerneprincip i Housing First-tilgangen, nemlig at der ikke stilles krav om boligparathed for at få en bolig (figur 6.3). Det er her, at Housing First-tilgangen adskiller sig fra ”Treatment First”-tilgangen – eller ”trappetrinstilgangen”, hvor borgeren først får tilbudt en bolig, når han/hun vurderes at være ”boligparat”. Housing First-tilgangen bygger derimod på en antagelse om, at det ikke er muligt at blive boligparat uden at være i egen bolig, og at borgeren derimod kun kan blive i stand til at ”bo” ved rent faktisk at lære det i praksis og bo i egen bolig med en tilstrækkelig social støtte.

Det ses af indikatorerne i figur 6.3, at der ud fra kommunernes egne vurderinger er tale om en høj fidelitet, idet der ikke stilles krav om boligparathed eller krav om reduceret eller ophørt stof- eller alkoholmisbrug for at få en bolig. Her ligger det typisk i boligparathedstilgangen, at borgeren først tilbydes en bolig, når misbruget er reduceret eller helt ophørt.

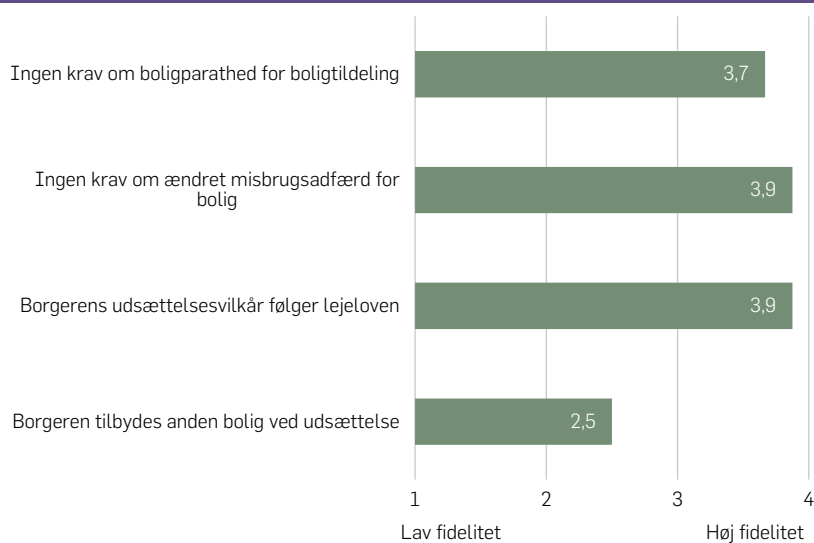
I nøglepersonsinterviewene bekræfter både projektledere og bostøttemedarbejdere, at der i den tilgang, der er anvendt i Housing First-indsatsen, i vid udstrækning er gjort op med boligparathedstilgangen, fx at man har undgået at stille krav om boligparathed i visitationsprocessen. Interviewpersonerne fortæller dog også, at man til tider stadig støder på betragtninger om, hvorvidt borgeren er parat til at bo i egen bolig, blandt nogle af de aktører, der samarbejdes med om indsatsen. Det kan særligt forekomme i boligansøgningen, ligesom boligparathedstilgangen også på



nogle boformer har været rodfæstet i den tidligere praksis, og at det for nogle medarbejdere stadig kan være vanskeligt at foretage omstillingen til Housing First.

FIGUR 6.3

Fideliteten af Housing First-indsatsens fravær af krav om boligparathed, målt på fire indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

I de kvalitative borgerinterview er der enkelte eksempler på, at borgere er blevet mødt med boligparathedsforståelsen på boformerne. En borger fortæller, at da han modtog et brev fra et boligselskab om, at han havde fået en bolig, blev han af personalet på boformen i første omgang mødt med en vurdering af, at han endnu ikke var parat til at flytte i egen bolig, og blev frarådet at tage imod boligen. Borgerens egen erfaring var imidlertid, at det med den sociale støtte fra bostøttemedarbejderen fungerede godt at flytte i egen bolig, og borgeren er glad for at bo i boligen. Borgeren vurderer dog samtidig, at det derimod ikke ville have fungeret at flytte i egen bolig, hvis den sociale bostøtte ikke havde været tilgængelig:

Jeg var skrevet op ved et boligselskab, da jeg boede her [på boformen]<sup>23</sup>. Så lige pludselig så dumper der et brev ind, at jeg har fået en lejlighed. Og den her gang, jeg blev faktisk frarådet lidt at tage imod den, fordi de mente ikke, jeg var klar til det. Men med den hjælp jeg får, så er det gået rigtig godt. Så jeg er glad for min bolig. Det havde nok ikke fungeret, hvis jeg ikke havde haft nogen til at være der for mig, som man siger.

Der ligger også i princippet om fraværet af boligparathedskrav, at borgeren tilbydes en lejekontrakt på almindelige vilkår, det vil sige, at der ikke indgår betingelser om ændret adfærd eller lignende for at få en permanent kontrakt. Det betyder, at borgeren blot er underlagt samme vilkår som alle andre beboere om at overholde husordenen. På ét punkt er der dog tale om en lavere fidelitet med en gennemsnitsværdi på 2,5, nemlig vedrørende om borgeren tilbydes en ny bolig, hvis han/hun udsættes af boligen. Det er et af Housing First-tilgangens grundprincipper, at borgeren tilbydes en ny bolig, hvis den første boligplacering mislykkes og han/hun mister boligen. Dette princip kan imidlertid være vanskeligt at overholde i en situation, hvor der er en betydelig ventetid på boliger, og hvor borgeren ved en udsættelse typisk må igennem en ny procedure omkring indstilling til anvisning eller på ny må forsøge at skaffe en bolig gennem de almindelige ventelister. Imidlertid skal det tages i betragtning, at det er meget få af de borgere, der er kommet i bolig, der har mistet boligen igen. Den lavere selvvaluerede fidelitet på dette mål kan være udtryk for, at nogle af kommunerne ved udfyldelsen har forholdt sig til de konkrete borgerforløb, og hvis der blandt borgerne ikke har været behov for at tilbyde en ny bolig, fordi ingen har mistet boligen, har nogle kommuner formentlig svaret ud fra, at der ikke er borgere, der har fået tilbudt en ny bolig efter at have mistet boligen.

## BOSTØTTEN

Det andet kerneelement i Housing First-indsatsen er, at borgeren tilbydes en bostøtteindsats, baseret på evidensbaserede og systematiske bostøttemetoder. Det indebærer blandt andet, at bostøtten er intensiv, og at intensiteten fleksibelt tilpasses borgerens støttebehov.

---

23. I flere af kommunerne har borgerinterviewene foregået på boformen, hvor borgerne tidligere har haft ophold.

## INTENSITETEN AF BOSTØTTEN

Tabel 6.1 viser hyppigheden af besøg og aktiviteter med borgeren, varigheden af et typisk besøg, samt hvor hyppigt bostøttemedarbejderen derudover har været i kontakt med borgeren på telefon, sms eller mail. Fordelingerne er opgjort for henholdsvis den første og den sidste måling i forløbet, så intensiteten af indsatsen ved starten og slutningen af forløbet kan sammenlignes.

For langt hovedparten af CTI- og ICM-forløbene er det ugentlige antal af støttetimer fleksibelt, og der er således ikke visiteret til et fast antal timer. Det er i overensstemmelse med bostøttemetodernes grundprincip om, at omfanget af støtten er fleksibelt og løbende tilpasses borgerens støttebehov. Der er dog en lille andel af CTI- og ICM-forløbene, hvor det angives, at borgeren er visiteret til et fast antal timer pr. uge, selvom dette ikke stemmer overens med metodens grundprincipper. For ACT-forløbene er der dog for en væsentlig højere andel af borgerne et fast visiteret antal støttetimer. Det er udtryk for, at der i den ene af de to kommuner som udgangspunkt visiteres til et bestemt antal støttetimer. Projektlederen fortæller dog her, at der på et givent tidspunkt er afsat et bestemt antal støttetimer til borgeren, men at dette er fleksibelt og kan reguleres, hvis behovet ændrer sig.

For CTI-metoden er det tydeligt, at intensiteten af indsatsen er væsentligt højere i starten af forløbet end hen mod indsatsens afslutning. Ved den første måling har bostøttemedarbejderen i 39 pct. af forløbene besøgt eller lavet aktiviteter med borgeren cirka et par gange om ugen, og i yderligere 39 pct. af forløbene ca. én gang om ugen. Ved afslutningen af CTI-forløbet er det derimod kun i 7 pct. af forløbene, at der er foretaget besøg eller aktiviteter et par gange om ugen, mens det er cirka halvdelen af forløbene, hvor der er foretaget besøg eller aktiviteter hver 14. dag eller sjældnere. Den aftagende intensitet i støtten hen over forløbet passer med CTI-metodens faseopdeling, hvor den første fase er kendetegnet ved en intensiv støtte omkring den kritiske overgang fra herberg til egen bolig, mens indsatsen derefter aftager i takt med, at borgeren støttes i at benytte øvrige relevante tilbud hen mod afslutningen af CTI-forløbet efter ni måneder.

TABEL 6.1

Forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikatorer for omfanget af bostøttens kontakt til borgeren. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Hvor ofte har du besøgt borgeren eller lavet aktiviteter med borgeren den seneste måned?</i>						
Dagligt	0	0	9	9	11	11
Ca. et par gange om ugen	39	7	26	17	56	33
Ca. én gang om ugen	39	39	33	37	22	44
Ca. hver 14. dag	9	32	11	11	0	0
Ca. én gang om måneden eller sjældnere	4	21	11	24	11	11
Uoplyst	9	0	11	2	0	0
<i>Hvor længe varer et typisk besøg hos borgeren eller en aktivitet med borgeren på nuværende tidspunkt?</i>						
1-5 minutter	0	2	0	0	0	11
6-15 minutter	0	0	9	4	11	0
16-30 minutter	7	7	11	4	22	22
31-45 minutter	7	4	15	24	11	11
46-60 minutter	32	39	28	17	33	33
61-90 minutter	30	30	11	28	0	22
Mere end 90 minutter	14	18	15	11	22	0
Uoplyst	9	0	11	11	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Gns. længde i minutter af besøg hos borgeren eller aktivitet med borgeren<sup>1</sup></i>						
	76	76	65	60	59	50
<i>Hvor ofte har du i gennemsnit været i kontakt med borgeren over telefon, sms, mail eller lignende de seneste tre måneder?</i>						
Dagligt	5	2	2	2	0	22
Ca. ugentligt	68	77	59	59	89	33
Ca. hver 14. dag	11	7	13	17	0	22
Ca. én gang om måneden eller sjældnere	4	14	9	20	0	0
Borgeren har ikke telefon eller mail	2	0	7	0	11	22
Uoplyst	11	0	11	2	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Er borgeren tildelt et bestemt antal timers bostøtte pr. uge?</i>						
Ja	13	5	4	4	22	44
Nej, støtten har et fleksibelt timetal	88	88	96	96	78	56
Ved ikke	0	7	0	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100

1. N for denne indikator er 51, 41 og 9 for hhv. CTI, ICM og ACT.

Kilde: Individdokumentationen.

ICM-forløbene er også intensive i starten af forløbet, hvor der i 9 pct. af tilfældene foretages besøg eller aktiviteter med borgeren hver dag, i 26

pct. af tilfældene et par gange om ugen, og i 33 pct. af tilfældene ca. én gang om ugen. For ICM-forløbene sker der en lige så markant aftrapning af støtten over forløbet som ved CTI-metoden. Ved den seneste måling er det således fortsat i 9 pct. af forløbene, at der foretages besøg eller aktiviteter med borgeren hver dag, og 17 pct., hvor det sker et par gange om ugen. Der er dog ved den seneste måling en højere andel på 24 pct. af forløbene, hvor der kun foretages besøg eller aktiviteter med borgeren én gang om måneden eller sjældnere, sammenlignet med 11 pct. i starten af ICM-forløbet. Denne profil for bostøttens intensitet over tid er formentlig et udtryk for, at ICM-metodens målgruppe har mere komplekse støttebehov end målgruppen for CTI-metoden, og at flere af forløbene er længerevarende, og der er behov for en fortsat høj intensitet undervejs gennem forløbene. For nogle af de borgere, der modtager ICM-indsatsen, sker der dog en aftrapning af intensiteten. Det kan være udtryk for, at disse borgere efterhånden ikke har brug for en lige så intensiv støtte, men også, at en del af ICM-forløbene afsluttes og en del af borgerne dermed overgår til anden § 85-bostøtte.

Hvad angår ACT-metoden, er der som tidligere nævnt ret få forløb, og tallene giver således blot en indikation på ACT-indsatsens intensitet. Her ses det, at der for cirka halvdelen af forløbene er en meget høj intensitet i støtten, idet der foretages besøg eller aktiviteter med borgeren hver dag eller flere gange ugentligt. Det afspejler, at ACT-indsatsen er henvendt til borgere med meget komplekse støttebehov.

Besøgene hos borgeren er for alle tre metoder i de fleste tilfælde ret lange – af typisk tre kvarter til en times varighed og i nogle tilfælde helt op til halvanden times varighed. Derudover er bostøttemedarbejderen også hyppigt i kontakt med borgeren over telefon, sms eller mail, hvilket i langt de fleste forløb gør sig gældende ugentligt.

#### BOSTØTTEFORLØBENES VARIGHED

Tabel 6.2 opgør varigheden af bostøtteforløbene. Her har vi medtaget alle planlagt afsluttede forløb i opgørelsen, efterfulgt af den gruppe af forløb, vi viser i hovedparten af tabellerne, og hvor vi har medtaget de langvarige forløb, som stadig er i gang.

For CTI-indsatsen har hovedparten af forløbene forventeligt en længde på omkring ni- måneder, dog i gennemsnit lidt længere. Der er dog også omkring en femtedel af CTI-forløbene, der er af 12 måneders varighed eller derover. Det kan som nævnt skyldes, at det er vanskeligt at

afslutte indsatsen, hvis der ikke er andre indsatser, der kan tage over, men der kan også være tale om, at forløbet er startet op på boformen i forventningen om, at borgeren har fået en bolig, men at der er sket en forsinkelse i indflytningen.

TABEL 6.2

Forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter varighed samt gennemsnitlig varighed for henholdsvis planlagt afsluttede forløb og de forløb, vi måler udvikling på. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Varighed:	CTI	ICM	ACT	I alt
<i>Alle planlagt afsluttede forløb</i>	(n = 58)	(n = 27)	(n = 0)	(N = 85)
0-2 måneder	2	4	-	2
3-5 måneder	0	7	-	2
6-8 måneder	24	30	-	26
9-11 måneder	53	22	-	44
12-14 måneder	17	19	-	18
15 måneder eller derover	4	19	-	8
I alt	100	100	-	100
<i>Gns. varighed (måneder)</i>	9,8 (2,64)	10,1 (4,57)	-	9,9 (3,35)
<i>Alle forløb vi måler udvikling på</i>	(n = 56)	(n = 46)	(n = 9)	(N = 111)
0-2 måneder	0	0	0	0
3-5 måneder	0	0	0	0
6-8 måneder	20	0	0	10
9-11 måneder	59	28	44	45
12-14 måneder	18	20	33	20
15 måneder eller derover	4	52	22	25
I alt	100	100	100	100
<i>Gns. varighed (måneder)</i>	10,1 (2,28)	15,0 (4,51)	13,0 (5,24)	12,4 (4,30)

Kilde: Individokumentationen.

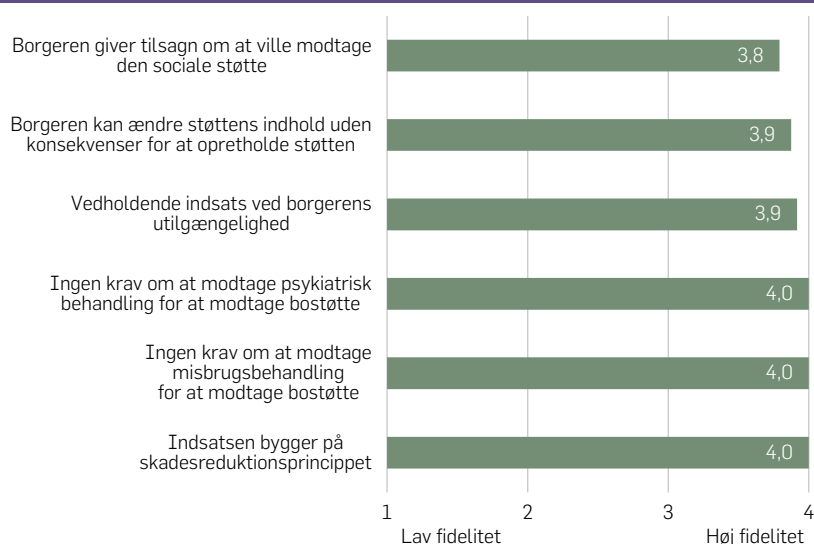
For ICM-forløbene ses det, at der som forventeligt er en del længerevarende forløb. Cirka halvdelen af de forløb, vi måler udviklingen på, har således været i gang i 15 måneder eller derover. Det kan dog også bemærkes, at der blandt alle planlagt afsluttede ICM-forløb også er en del kortere forløb – således er 11 pct. under seks måneder, og 30 pct. mellem seks og otte måneder. Det er formentlig udtryk for, at borgeren startes op i det intensive ICM-forløb, men at det allerede i løbet af et halvt års tid viser sig, at borgeren kan overgå til den almindelige § 85-bostøtte.

## FÅ KRAV TIL AT FÅ TILBUDT BOSTØTTEN

Housing First-tilgangen forudsætter, at der ikke stilles krav om behandling eller krav til reduceret eller ophørt misbrug for at modtage den sociale bostøtte. Det er et fidelitetsmål, at der ikke stilles krav om at modtage psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling for at modtage bostøtten, og at indsatsen generelt bygger på skadesreduktionsprincippet. Det vil sige, at indsatsen forsøger at minimere de skadelige konsekvenser for borgeren af et fortsat stof- eller alkoholisbrug, snarere end at stille krav til borgeren om ophør eller reduktion af misbruget. Figur 6.4 viser, at fideliteten er høj for disse mål.

FIGUR 6.4

Fideliteten af Housing First-indsatsens krav til at modtage den sociale indsats, målt på seks indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

Det eneste egentlige krav, der stilles, er, at borgeren giver tilsagn om at ville modtage den sociale bostøtte, da bostøtten anses for at være en afgørende forudsætning for, at borgere med komplekse støttebehov kan bo i egen bolig. Fideliteten er også høj for dette krav, med en gennemsnitlig værdi på 3,8 på tværs af de 24 kommuner.

Projektlederne og bostøttemedarbejderne fortæller i interviewene, at dette krav i stort set alle tilfælde efterleves, og at tilsagnet om at ville modtage bostøtten er en forudsætning for, at borgeren kan indgå i Housing First-programmet. Bostøttemedarbejderne påpeger dog, at der er en del tilfælde, hvor borgeren, efter at være flyttet ind i boligen, ikke vil lukke op for bostøttemedarbejderen. Her kan det kræve et stort, vedholdende arbejde at skabe en kontakt til borgeren og vinde dennes tillid. Det lykkes i nogle tilfælde, men ikke i alle, og der er eksempler på, at borgere atter har mistet boligen ved en udsættelse (fx pga. huslejerestancer eller uacceptabel adfærd i boligen og opgangen), efter at kontakten ikke var mulig.

I sådanne tilfælde, hvor det er vanskeligt at holde kontakten med borgeren, er det netop et af grundprincipperne for bostøtten, at bostøttemedarbejderen bliver ved med at forsøge at skabe kontakt til borgeren og således ikke udskriver borgeren fra indsatsen. Det er netop borgerens svære psykosociale problemer, der er årsagen til, at det er vanskeligt for borgeren at holde en stabil kontakt, og i sådanne perioder er det vigtigt, at bostøttemedarbejderen er vedholdende i kontakten og således er til stede, når borgeren atter har mulighed for at genoptage kontakten og mødes med bostøttemedarbejderen. Den vedholdende kontakt kommer blandt andet til udtryk ved, at bostøttemedarbejderen vedbliver med at opsøge borgeren på bopælen og forsøge at komme i kontakt med borgeren på telefon eller sms. Ligeledes på dette fidelitetsmål vurderes der at være en høj fidelitet. Den forholdsvis lave caseload og fleksibiliteten i det ugentlige timetal sikrer tid til denne vedholdende indsats. Flere interviewpersoner fremhæver, at denne vedholdenhed adskiller Housing First-indsatsens bostøttemetoder fra den almindelige § 85-bostøtte, der i højere grad afsluttes ved gentagne forgæves kontaktforsøg.

Tabel 6.3 viser, at cirka to ud af tre borgere overholder alle aftalerne, mens cirka en tredjedel af borgerne ikke har været i stand til at overholde aftalerne. En væsentlig grund hertil er, at den enkelte borger ikke har haft overskud til eller ønsket at mødes, og i en mindre del af forløbene har der været perioder (på mere end tre uger), hvor det ikke har været muligt at få kontakt med borgeren. Der er flest, der har kunnet overholde aftalerne, i CII-forløbene, og tilsvarende færrest i ACT-forløbene, hvilket afspejler forskellene i målgrupperne for metoderne.



TABEL 6.3

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikatorer for manglende kontakt. Bostøttemedarbejders vurdering. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Har borgeren overholdt jeres mødeaf- taler de seneste to måneder?</i>						
Ja, alle	70	71	65	63	67	33
Ja, ca. hver anden	18	21	15	22	33	67
Ja, ca. hver fjerde	4	2	4	7	0	0
Nej, slet ikke	0	5	4	9	0	0
Uoplyst	9	0	11	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Hvorfor har borgeren ikke overholdt aftalerne? (af dem, der ikke har over- holdt alle aftaler)<sup>1</sup></i>						
Borgeren har været syg	8	19	9	6	0	17
Borgeren har været bortrejst	0	6	9	6	0	0
Borgeren har været indlagt	0	6	36	65	0	0
Borgeren har ikke haft overskud til eller ønsket at mødes	83	38	45	24	67	50
Andet	8	31	9	6	33	33
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Har oplevet ikke at kunne få kontakt til borgeren i en periode på mere end tre uger de seneste to måneder?</i>						
Ja	5	9	7	13	11	0
Nej	86	91	83	87	89	100
Uoplyst	9	0	11	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Hvordan har du forsøgt at få kontakt til borgeren?<sup>2</sup></i>						
Opsøgt borgeren på bopælen	63	52	61	61	89	78
Ringet til borgeren	71	70	74	85	89	67
Via sms	57	64	72	67	22	33
Via mail	2	5	0	2	11	11
Opsøgt borgeren på andet kendt sted	14	21	15	20	11	11
Borgeren er selv vendt tilbage	11	5	7	9	11	11
Andet	14	21	7	11	11	0
I alt	100	100	100	100	100	100

1. N for denne indikator er 12/16, 11/17 og 3/6 for hhv. CTI, ICM og ACT.

2. Da det for disse indikatorer har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.

Kilde: Individdokumentationen.

## BOSTØTTENS INDHOLD OG GRUNDPRINCIPPER

Den sociale bostøtte har til formål at give borgeren social og praktisk hjælp i hverdagen, ligesom bostøttemedarbejderen har en koordinerende

rolle og fungerer som tovholder og brobygger i forhold til de øvrige tilbud og indsatser, som borgeren har behov for. Det kan fx være at understøtte borgeren i kontakten med andre kommunale enheder som job- og ydelsescentrene og i kontakten til behandlingstilbud som misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling.

En del af fidelitetsindikatorerne går igen på tværs af de tre bostøttemetoder. Det afspejler, at metoderne bygger på de samme grundprincipper om et recovery- og borgercentreret fokus. Ud over de fidelitetsmål, der går på tværs af de tre metoder, er der også fidelitetsmål, der knytter sig specifikt til hver enkelt metode, hvilket afspejler, at de tre bostøttemetoder er forskellige i form og indhold og har forskellige målgrupper. I det følgende gennemgår vi først de mål, der går på tværs af metoder (figur 6.5), og bagefter ser vi på de mål, der knytter sig til de specifikke metoder.

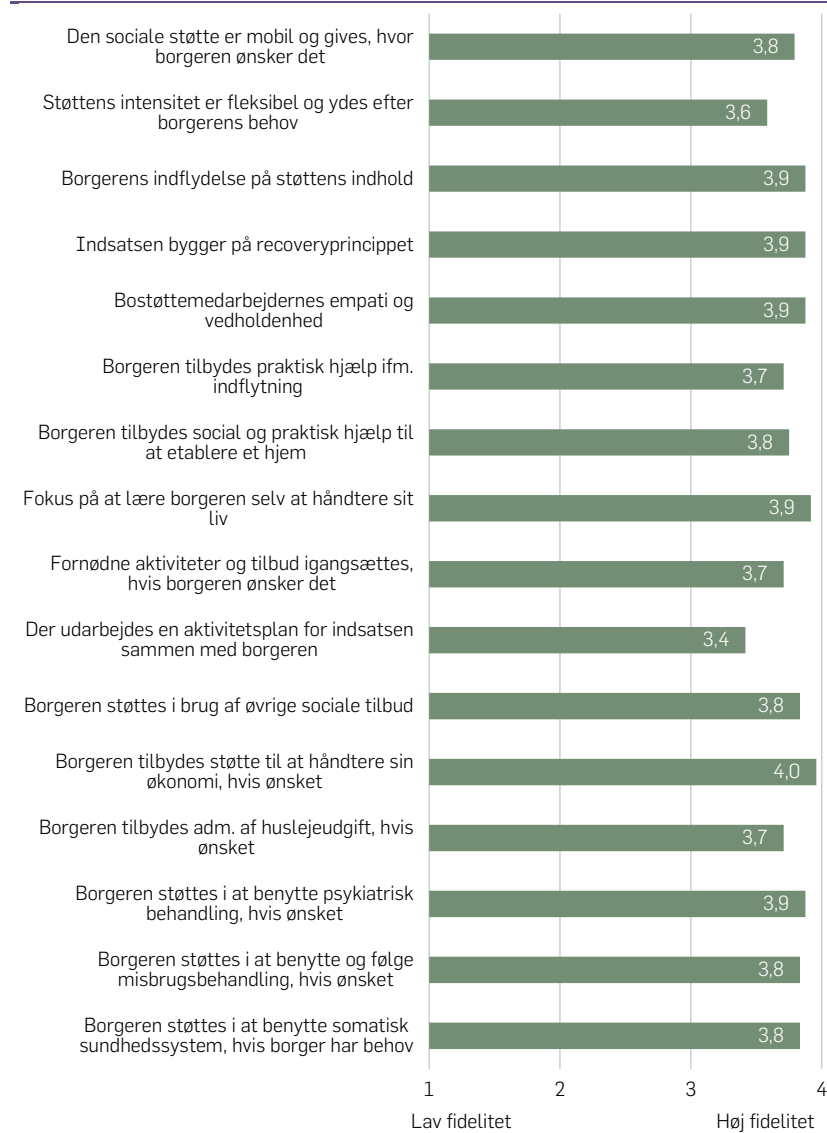
Fidelitetsmålingen viser en høj grad af fidelitet på de tværgående mål for bostøttens indhold (figur 6.5). Det er et fidelitetsmål for bostøtten, at den er mobil og gives, hvor borgeren ønsker det, typisk i borgerens eget hjem, samt at den er fleksibel i timetal og ydes ud fra borgerens behov. Særligt vedrørende fleksibiliteten i intensiteten adskiller Housing First-bostøtten sig fra den øvrige § 85-bostøtte i kommunerne, der sædvanligvis gives ud fra et fast visiteret timetal og sjældent i et lige så intensivt omfang. For disse principper er der ligeledes tale om en høj grad af fidelitet på tværs af metoderne.

Et grundprincip for bostøttemetoderne er, at de fundamentalt set bygger på recovery-princippet, og at det er borgerens egne ønsker til støttens indhold, der er omdrejningspunktet for indsatsen. Bostøtten har en empatisk, ”assertiv” tilgang til borgeren og tilbyder en vedvarende og vedholdende støtte – også hvis borgeren i en periode trækker sig fra støtten. Samtidig er det vigtigt, at bostøtten ikke ”tager over”, men har et fokus på, at borgeren selv lærer at håndtere hverdagens udfordringer.

I forbindelse med indflytningen i egen bolig hjælper bostøttemedarbejderen med praktisk støtte i forhold til møblering og indretning og med at skabe et hjem i boligen. Det er dog ofte en udfordring at skaffe møbler og inventar, da de fleste kommuner kun har en begrænset mulighed for at yde økonomisk støtte til dette. Der er eksempler på samarbejde med organisationer i civilsamfundet, der hjælper til med at skaffe møbler og inventar til de hjemløse borgere.

FIGUR 6.5

Fideliteten af indholdet af den sociale indsats i Housing First-indsatsen, målt på seksten indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

En væsentlig opgave for bostøttemedarbejderen er at hjælpe borgeren med at få etableret et meningsfyldt indhold i sin hverdag, fx gennem del-

tagelse i sociale aktiviteter eller andre tilbud i lokalsamfundet. I de kvalitative interview fortæller bostøttemedarbejderne dog, at det ofte kan være svært at finde tilbud til borgerne. Særligt i de mellemstore og lidt mindre byer er der typisk ret få af sådanne tilbud, fx nogle få væresteder. Samtidig er aktiviteter i beskæftigelsessystemet typisk henvendt til dem med lidt flere ressourcer og har et eksplicit fokus på beskæftigelsesfremmende aktiviteter. Flere af bostøttemedarbejderne efterlyser i den forbindelse flere ”bløde” aktivitetstilbud, som fx socialøkonomiske virksomheder.

Bostøttemedarbejderne hjælper også borgerne med at håndtere deres økonomi, herunder kontakten med ydelsescentret i de tilfælde, hvor borgerens økonomi administreres. Hvis borgeren kommer i restance med huslejen eller andre faste udgifter, tager bostøttemedarbejderen typisk kontakt til boligselskaber eller andre kreditorer, eller hjælper borgeren med at tage denne kontakt.

Det er også en vigtig funktion for bostøtten at brobygge i forhold til borgerens brug af behandlingstilbud inden for psykiatri og misbrugsbehandling samt i forhold til borgerens kontakt til praktiserende læger og det somatiske sundhedssystem. Bostøttemedarbejderne fortæller, at det helbredsmæssige generelt fylder meget i bostøtteamarbejdet. Mange af borgerne har alvorlige psykiske lidelser, der i perioder giver svære symptomer og ligeledes betyder, at borgerens sindstilstand kan svinge, og at der er perioder, hvor borgeren har det skidt psykisk og har særligt brug for hjælp. Også somatiske helbredsproblemer, herunder følgesygdomme af langvarigt stof- og alkoholmisbrug, er fremtrædende, og en del borgere udvikler kroniske, fysiske sygdomme, der kræver vedvarende behandling. Det kan være vanskeligt for borgeren at følge regelmæssige kontroller og behandling, særligt i ambulante forløb. Her hjælper bostøttemedarbejderen borgeren med at komme til planlagte aftaler.

#### DET RECOVERY- OG BORGERCENTREREDE FOKUS, SET FRA BORGERNES PERSPEKTIV

Flere af de interviewede borgere giver udtryk for, hvordan de oplever, at bostøtten i Housing First-indsatsen netop har taget udgangspunkt i deres egne behov og ønsker, og således har fulgt det recovery- og borgercentrerede fokus, som er et af metodernes grundprincipper. En borger fortæller om sin oplevelse af CTI-bostøtten, og hvordan hun i høj grad har oplevet, at støtten tager udgangspunkt i hendes behov:

Borger: ”Jeg synes, det her program, som jeg er under, der har man den støtte, man har brug for. Og også det, at det ikke er bare paragraf 85, det fik jeg jo først tilbudt, men man fandt ud af, at det var ikke nok. Det var kun to til fire timer om ugen, og det er ligesom ikke nok, når man står i den situation. Og så blev jeg tilbudt CTI, som jeg føler, er en rigtig god måde at gøre det på – det har det i hvert fald været for mig. Dels at man får alle de timer, man sådan set har brug for, især i starten, hvor der er så mange ting, men vejledning til altså at prioritere. Altså, det er jo som nærmest at have en sparringspartner, vil jeg sige. Men også én, der kan give råd og vejledning, men samtidig er det ikke noget med, at de kommer og siger: ’Det her – det skal vi i dag’. Det er borgerens ønsker og behov lige den dag. [...] Altså man behøver ikke holde sig til en agenda eller en liste, og det er borgeren selv, altså borgerens ønsker og behov lige den dag, de kommer. Og de er meget fleksible.”

Interviewer: ”Hvad betyder det for dig, at det er meget fleksibelt?”

Borger: ”Jamen, det betyder jo, at jeg kan tage en dag ad gangen, og det er jo så vigtigt, når man etablerer sig. Små skridt. Og undgå at blive frustreret og forvirret, for man kan jo skrive halvtreds ting ned, der ligesom står åbne, og som man gerne vil, men man kan jo ikke halvtreds ting på én gang. Og der, altså jeg kan skrive ned, hvad jeg tror jeg vil, når min vejleder kommer, men det kan ændre sig mange gange, eftersom hvad der sker i løbet af ugen. Og dér er de meget fleksible og siger: ’Jamen, det er okay. Så er det det, vi gør.’”

Flere af borgerne har en langvarig erfaring med at modtage hjælp fra kommunen og fortæller, at de har oplevet, at den hjælp, de har fået i forbindelse med Housing First-indsatsen, har været anderledes end tidligere erfaringer af den kommunale indsats. En borger fortæller:

Borger: ”Jeg har jo været inden for det offentlige system i mange år, jeg har røget ud og ind af arbejdsmarkedet, indtil jeg fik pension, og det er sådan, at kommunen fungerer på en helt anden måde, end jeg nogensinde har oplevet før. Det er virkelig, altså der er styr på det.”

Interviewer: ”Hvad er forskellen, synes du, på kommunen før og det, du oplever nu?”

Borger: ”Jamen, det er, at de tager sig af det, når der sker noget i forhold til andre. Jeg synes, det er fantastisk, de sætter det der CTI i værk, altså. Fordi jeg kan godt forestille mig, altså, jeg får jo gjort tingene, når det bliver – altså, hvis jeg skal noget, så skal jeg nok få det gjort. Altså, hvis jeg laver en aftale med folk, så overholder jeg den, og jeg kan ikke fordrage, hvis den bliver brudt, vel? Og det synes jeg, de har været gode til – altså, hvis de siger noget, så bliver det også sådan.”

## DE TRE BOSTØTTEMETODER

Ud over de fidelitetsmål, der går på tværs af alle tre bostøttemetoder, knytter der sig også særskilte fidelitetsmål til hver enkelt bostøttemetode, som netop afspejler, at der er tale om tre forskellige metoder, selvom en del grundprincipper er fælles.

### CTI-METODEN

CTI-metoden er en tidsafgrænset og fokuseret indsats med et forløb på ni måneder, der har til formål at støtte borgeren i en kritisk overgangsfase. CTI-metoden har først og fremmest været anvendt i overgangen mellem ophold på herberg og egen bolig. Der er dog også eksempler på, at CTI-metoden har været brugt ved andre typer af overgange. En bostøttemedarbejder fortæller om, hvordan Housing First-indsatsen og et CTI-forløb var med til at sikre en boligløsning for en borger, der blev løsladt fra fængslet:

Interviewer: ”Hvor ville han være havnet efter sin fængsling [uden Housing First og bostøtten]?”

Bostøttemedarbejder: ”Så var han blevet løsladt til sine forældres sofa igen. Det var dér, han var, da jeg støttede ham i § 85 [...] Og så lavede han kriminalitet igen, og så var han røget ind [i fængsel] én gang til [...] Så der blev [i Implementerings- og Forankringsprojektet] sat støtte op, og han fik sit eget hjem. Og der var nogle mennesker omkring ham, som han kunne benytte sig af, til det som gav mening for ham – og i lige så mange timer

som han havde brug for [...] Jo, så hans kriminelle historie ville bare være fortsat, tror jeg.”

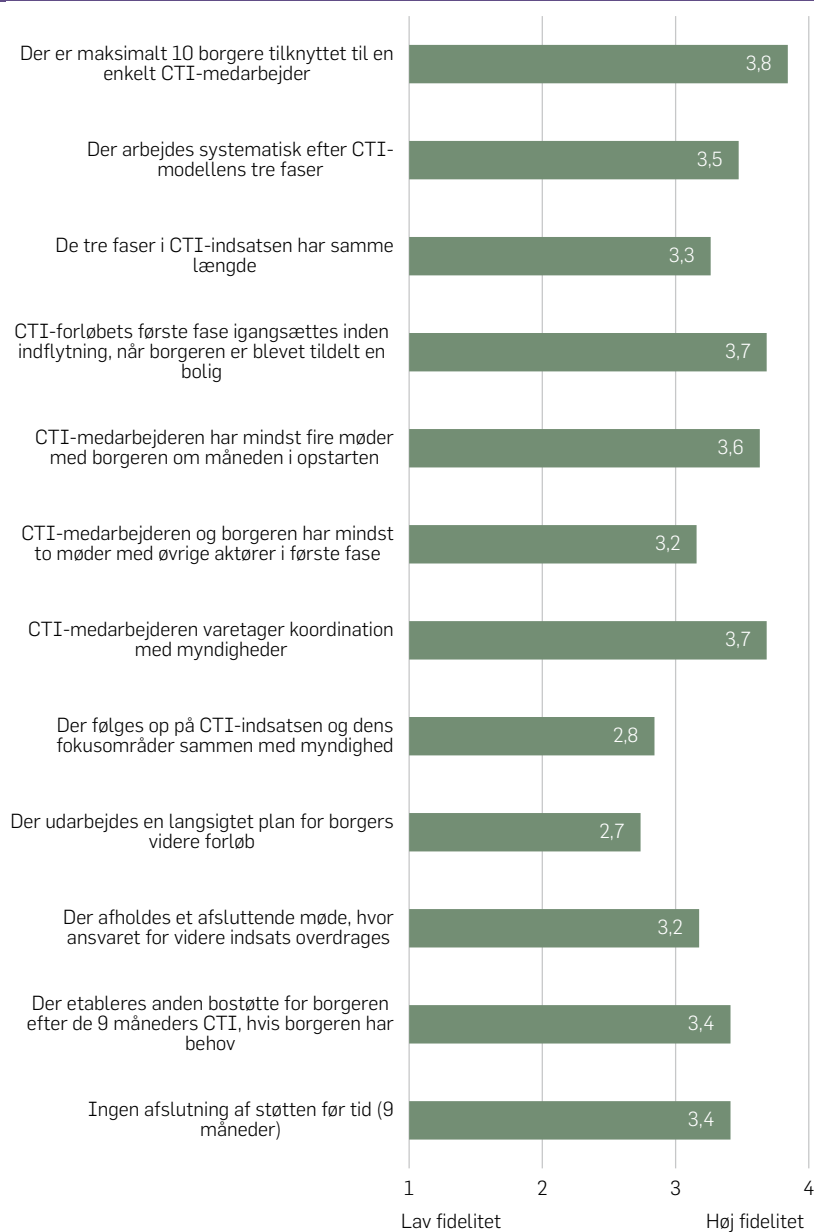
CTI-metoden er opdelt i tre faser. Den første fase har fokus på planlægning og igangsættelse, den anden fase på afprøvning og tilpasning, og den tredje fase på overdragelse og forankring af indsatsen. Ofte ligger der også forud for den første fase en kontaktskabende proces, mens borgeren fortsat opholder sig på boformen, hvor CTI-medarbejderen påbegynder et relationsarbejde med borgeren.

Ifølge CTI-modellen er det ikke borgerens progression, der bør være bestemmende for, hvornår overgangen til næste fase foregår, men derimod modellen, der foreskriver, at overgangen foregår efter et fast struktureret tidsforløb. De specifikke fidelitetsmål for CTI-indsatsen (figur 6.6) viser, at kommunerne vurderer, at der er en forholdsvis høj grad af fidelitet i forhold til indsatsens grundprincipper. Det gælder caseloaden på højst 10 borgere pr. CTI-medarbejder, at indsatsen igangsættes inden indflytningen i egen bolig, at CTI-medarbejderen har tæt kontakt med borgeren i den første fase, og at medarbejderen foretager en tæt koordination af indsatsen sammen med myndighedsledet.

Der er en lidt lavere fidelitet i forhold til CTI-indsatsens faseopdeling, med en værdi på 3,5 i forhold til, at der arbejdes systematisk efter de tre faser, og 3,3 i forhold til, at faserne har samme længde. Det er først og fremmest udtryk for en variation på tværs af kommunerne i forhold til, hvor systematisk der arbejdes ud fra modellens faser. I de fleste af kommunerne oplyser projektlederne, at man som udgangspunkt har arbejdet ret stringent med at følge faseopdelingen. Flere bostøttemedarbejdere syntes dog, at det til tider kan være svært at være loyal over for metoden, fordi CTI-metoden er meget stringent i forhold til faser, længde, indhold osv. Der vil også være individuelle forløb, hvor faserne fraviges pga. pludselige hændelser i borgerens liv, som fx ved en indlæggelse som følge af akut fysisk sygdom eller en forværring af borgerens psykiske lidelse.

FIGUR 6.6

Fideliteten af CTI-metoden, anvendt i Housing First-indsatsen, målt på tolv indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.



Der er også enkelte kommuner, hvor projektlederen fortæller, at man ikke har arbejdet fuldt ud systematisk med faseopdelingen i CTI-modellen, men hvor der har været en mere løs tilgang. Det er udtryk for, at fideliteten i disse tilfælde ikke har været særligt høj. I disse kommuner har indsatsen været forankret på en boform, hvorfor det kan være vanskeligt at skelne indsatsen fra det sædvanlige efterforsorgsarbejde på boformen, ud over at der har været en lidt lavere caseload. Dette er dog kun forekommet i et fåtal af kommuner, og i de fleste af tilfældene har boformerne i stedet taget CTI-metoden til sig. Der er flere eksempler på boformer, der er i en omstillingsproces, hvor de gode erfaringer med CTI-indsatsen giver anledning til at opgradere den almindelige efterforsorgsindsats til at følge CTI-metoden.

De interviewede CTI-medarbejdere fortæller langt overvejende, at de oplever, at det giver mening at arbejde mere stringent og opsætte konkrete mål for faserne og hele forløbet. CTI-metodens faser opleves at give mening i forhold til borgerne, fordi det er en god måde visuelt at vise dem, hvor langt de er nået hver tredje måned. Faserne kan passe mere eller mindre godt til borgernes behov. Nogle har brug for, at det går hurtigere, men i andre tilfælde tilpasses faserne blot en smule.

Bostøttemedarbejderne fortæller dog også om de udfordringer, der kan være forbundet med CTI-indsatsen. I nogle tilfælde kan samarbejdet med borgeren blive udfordret af, at den første fase er meget intens. Det er afgørende med en tæt relation, men det tager tid at skabe en relation og tillid. I nogle tilfælde er borgerne allerede trætte af systemet og har ikke lyst til megen kontakt. Nogle bostøttemedarbejdere giver udtryk for, at det kan være svært at nå alt det, der skal arbejdes med inden for CTI-forløbets tre faser. Eksempelvis kan ventetid i psykiatrien betyde, at det tager lang tid at komme i gang med det, der er planlagt for den første fase.

Bostøttemedarbejderne oplever også, at det kan være en udfordring at få overdraget og sluppet borgerne efter ni måneder. En bostøttemedarbejder forklarer, at overdragelsen efter de ni måneder er et brud med den måde, de som bostøttemedarbejdere er vant til at arbejde på. Overdragelsen bliver yderligere udfordret af, at det til tider kan være svært at se, hvem forløbet kan overleveres til, fordi borgerne ofte har et meget begrænset netværk, og fordi der kan mangle relevante tilbud til målgruppen i kommunen. Nogle borgere er bekymrede for, hvad der skal ske efter de ni måneder, som forløbet varer. En bostøttemedarbej-

der påpeger, at denne oplevelse kan afbødes, hvis man fra starten af forløbet forbereder borgeren på, at det er et tidsbegrænset forløb.

Der er dog også eksempler på, at CTI-forløbet for nogle borgere opleves som værende for langt. I en kommune fortæller projektlederen, at man har haft overvejelser om i stedet at anvende ICM-forløb, fordi det er mere fleksibelt i forhold til afslutningstidspunkt og fx kan afsluttes efter seks måneder, hvis borgeren ikke længere har brug for den intensive støtte. Den målgruppeafgrænsning, der ligger i, at CTI-borgerne skal være relativt ”gode”, som projektlederen udtrykker det, opleves her at støde sammen med, at de bindes til et ni måneders forløb. Ifølge projektlederen kunne man i stedet anvende ICM-metoden til disse borgere, med mulighed for et kortere forløb, til trods for at ICM-metoden i udgangspunktet er møntet på længerevarende støtteforløb. Her skal der imidlertid gøres opmærksom på, at det er en del af metodebeskrivelsen for CTI-metoden, at intensiteten aftrappes hen over faserne, og at støtten helt udfases, når behovet ikke længere er til stede, eller når støtten er overgivet til andre.

Det er generelt forskelligt, hvad der kendetegner borgerens støttebehov efter et afsluttet CTI-forløb. I en kommune vurderer projektlederen, at borgeren i cirka halvdelen af CTI-forløbene har brug for videre bostøtte, hvor der i reglen visiteres til den almindelige § 85-bostøtte, mens den anden halvdel af borgerne vurderes ikke at have behov for videre støtte og derfor afsluttes. Her kan borgeren i nogle tilfælde få dækket behovet for støtte gennem andre tilbud i lokalområdet som væresteder og aktivitetstilbud. Et opmærksomhedspunkt er at sikre, at der følges op med myndighedsleddet og lægges en langsigtet plan for borgerens videre støtte, hvis der er et fortsat støttebehov. For begge disse fidelitetsmål er der således en lidt lavere fidelitet end for de øvrige mål vedrørende CTI-indsatsen.

For de borgere, der modtager CTI-indsatsen, er der forskellige holdninger til, at indsatsen er tidsbegrænset. En af de interviewede borgere, der er i den sidste fase af et CTI-forløb, giver således ikke udtryk for nogen væsentlig bekymring i forhold til, at CTI-forløbet snart stopper, og forventer at kunne få hjælp andre steder, hvis det er nødvendigt:

Det [at CTI-bostøtten ophører] har jeg det okay med. Så. Som så, så er det jo også meningen, at man skal stå på egne ben, så nu er jeg en af dem, som klarer mig rigtig godt. Så. Så det synes jeg faktisk, er okay. Det har jeg det godt med. [...] Jeg har stadigvæk

god kontakt med stedet her [§ 110-boformen], så hvis der er nogle problemer, så ved jeg, at jeg kan komme herud. Så det er også en tryk base for mig stadigvæk, selvom jeg er fraflyttet.

Der er imidlertid andre af de interviewede borgere, der giver udtryk for utilfredshed med, at forløbet på et tidspunkt stopper og i den forbindelse udtrykker bekymring for, om de igen vil få det svært i deres liv:

Jeg synes ikke, at der skal være en tidsbegrænsning på. Det må være en vurderingssag. Det kan jo ikke nytte noget, at man prøver at hjælpe folk godt på vej, og så siger man: ”Okay, nu slipper jeg”, og så ryger du bare ud over kanten. Det er jo ikke ... Så kan man jo sige, så har det jo ikke været nogen hjælp, hvis du forstår, hvad jeg mener. For mig er det rigtig godt [at få støtte] ... Det der med, at der måske er en eller anden dato, så får jeg stress. Fordi tænk nu, hvis jeg ikke er ude på den anden side, eller hvad man skal sige. [...] Det tænker jeg meget på.

En anden borger, der også er i et CTI-forløb, giver ligeledes udtryk for bekymring ved udsigten til, at bostøtteindsatsen på et tidspunkt stopper, og giver udtryk for et behov for at kunne fortsætte i den øvrige § 85-indsats i kommunen:

Interviewer: ”Og hvad er så ... hvad tænker du, er nogle af de ting, som gør det svært at fastholde egen bolig?”

Borger: ”Man kan godt være lidt usikker på fremtiden engang imellem. Det fungerer nu, men jeg håber selvfølgelig også, at det gør fremadrettet.”

Interviewer: ”Hvad er det for nogle bekymringer, du har i forhold til fremtiden?”

Borger: ”Jamen, det kan være, den stopper, den hjælp man får. Det kan jo ikke blive ved i evigheder vel, så ... Når det her slutter, det her Housing First, så håber jeg meget på, jeg kan få nogle paragraf 85-timer, hvad jeg også har fået at vide, jeg kan få, ikk’?”

Her kan der rettes fokus på, at en korrekt anvendelse af metoden betyder, at der etableres en videre støtte, hvis borgeren har behov for dette efter

CTI-forløbet, og at det er vigtigt, at borgeren informeres herom undervejs i forløbet for at undgå usikkerhed om CTI-støttens ophør.

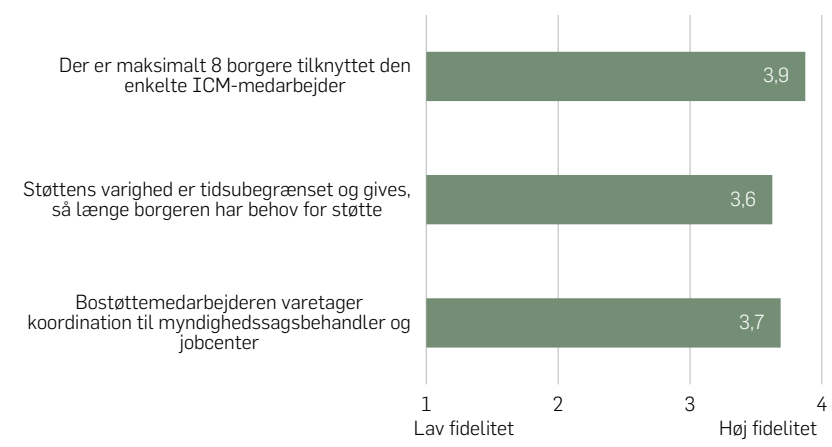
#### ICM-METODEN

ICM-metoden er henvendt til borgere med forholdsvis komplekse støttebehov, som derfor har brug for et længerevarende støtteforløb. I ICM-metoden er der – modsat CTI-metoden – ikke tale om en tidsafgrænset og faseopdelt forløb, men derimod om en bostøtteindsats, der i udgangspunktet ikke er tidsbegrænset, men som gives, så længe borgeren har behov for støtten.

Fraværet af en faseinddeling og tidsafgrænsning betyder også, at der er færre metodespecifikke fidelitetsmål knyttet til ICM-metoden. De tre specifikke fidelitetsmål for ICM-indsatsen er, at der maksimalt er otte borgere tilknyttet den enkelte ICM-medarbejder, at støtten som udgangspunkt er tidsubegrænset og gives, så længe borgeren har behov for støtte, samt at bostøttemedarbejderen varetager koordinationen i forhold til både myndighedssagsbehandleren og jobcentret (figur 6.7). For alle tre mål vurderer kommunerne, at der er tale om en høj grad af fidelitet.

FIGUR 6.7

Fideliteten af ICM-metoden, anvendt i Housing First-indsatsen, målt på tre indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen.

De interviewede ICM-bostøttemedarbejdere forklarer, at det stiller andre krav til medarbejderens rolle og til interaktionen med borgeren, at støtten som udgangspunkt ikke er afgrænset til en bestemt periode. I ICM-metoden skal bostøttemedarbejderne i højere grad selv være opmærksomme på, at endemålet er, at man ikke skal være til stede som støtteperson. En bostøttemedarbejder peger på, at der kan være behov for en afgrænsning i ICM-metoden, så der er et perspektiv i forhold til, hvornår bostøttemedarbejderen kan trække sig tilbage. Omvendt fremhæver flere af bostøttemedarbejderne, at det netop er styrken ved ICM-metoden, at den fleksibelt kan gives, så længe borgeren har behov for støtten. ICM-metoden giver således plads og ro til at arbejde med nogle problematikker, som det kan tage lang tid at håndtere og arbejde med. Når det vurderes, at der ikke længere er behov for den intensive ICM-støtte, overgår borgeren typisk til den almindelige § 85-indsats, og længden af ICM-forløbet kan variere betydeligt fra borger til borger. I nogle tilfælde viser det sig, at et halvt års ICM-støtte er tilstrækkeligt, mens det i andre tilfælde er nødvendigt med væsentligt længere forløb, fx på over et år.

#### ACT-METODEN

ACT-indsatsen adskiller sig fra de to øvrige bostøttemetoder ved, at indsatsen udføres af et tværfagligt indsatssteam med forskellige faggrupper repræsenteret i teamet, svarende til de støtte- og indsatsbehov, der kendetegner målgruppen af socialt udsatte borgere med meget komplekse støttebehov.

Der er to kommuner, der har arbejdet med ACT-indsatsen. I den ene kommune er der et egentligt selvstændigt, tværfagligt indsatssteam med cirka 80 tilknyttede borgere, der modtager støtte fra teamet. Da ACT er en langvarig indsats for borgere med meget komplekse støttebehov, modtager en del af de borgere, der startede i indsatsen under Hjemløsestrategien, fortsat støtte fra teamet, og de indgår således blandt de nuværende cirka 80 borgere, der er tilknyttet teamet. I Implementerings- og forankringsprojektet er der foretaget dokumentation på ”nye” borgere, der er begyndt at modtage støtte fra ACT-indsatsen i den periode, som Implementerings- og forankringsprojektet har dækket (2014-2016), da det ellers ikke ville være muligt at følge borgerne fra starten af indsatsforløbet. Der skal således gøres opmærksom på, at det reelle antal borgere, der samlet set modtager ACT-indsatsen i den pågældende

kommune, er væsentligt højere (cirka 80 personer) end de borgere, der er registreret i forbindelse med Implementerings- og forankringsprojektet.

I den anden kommune yder man en ACT-inspireret indsats, tilpasset en lidt mindre kommune, hvor målgruppen af borgere med særligt komplekse støttebehov ikke er stor nok til, at der er basis for et selvstændigt, tværfagligt team med fuldtidsmedarbejdere fra forskellige faggrupper. Her har man i stedet anvendt en model, hvor medarbejdere med forskellige fagligheder i en del af deres arbejdstid indgår i en teamstruktur, der giver mulighed for en særligt tæt koordineret indsats rundt om den enkelte borger.

I kommunen med et tværfagligt ACT-team indgår der en række medarbejdergrupper i teamet. Der er ti bostøttemedarbejdere, en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent, en deltidsansat psykiater (to dage om ugen), to misbrugsbehandlere (én dag om ugen hver), en halvtidsansat medarbejder fra jobcentret og to medarbejdere fra et socialcenter. Indsatsen blev igangsat under Hjemløsestrategien og blev efterfølgende – i lyset af de gode resultater – forankret og videreført af kommunen.

Lederen for det tværfaglige ACT-team oplever, at ACT-indsatsen er en meget stærk indsats, der er i stand til at give en specialiseret støtte til borgere med meget langvarige og komplekse støttebehov, fx borgere med langvarige, massive misbrugsproblemer, svær psykisk sygdom og svære traumer. De, der visiteres ind i tilbuddet, er ifølge lederen borgere med store problemer på mange felter, som ikke kan indgå i andre tilbud, og som har brug for en tæt social støtte i hverdagen og en koordineret indsats. Som lederen udtrykker det:

Det handler om at have strukturer, der passer til de kaotiske borgere. Nogen gange er vi et lille rådhus i en stor kommune. Det er en fordel.

Der er tilknyttet medarbejdere med myndighedskompetence fra både jobcenteret og socialcenteret sammen med de sociale støttemedarbejdere og medarbejdere med behandlingskompetencer, og det er ikke mindst derfor, at man kan sikre en høj grad af helhedsorienteret indsats rundt om den enkelte borger. Det har ifølge lederen betydet, at selv målgruppen med meget komplekse støttebehov har været i stand til at bo i egen bolig og fastholde boligen. Lederen fremhæver, at det kun er få af borgerne, der mister boligen igen på grund af en udsættelse, og at indsatsen

giver mulighed for, at borgerne kan få en øget livskvalitet på trods af deres svære psykosociale problemer.

Lederen fortæller endvidere, at selvom teamet nu har fungeret i en årrække, er det fortsat muligt at ”forfine” indsatsen. Det gælder særligt de specifikke socialfaglige metoder, som medarbejderne benytter i den daglige praksis. Fx har teamet i en periode arbejdet med at inddrage den såkaldte ”narrative metode”, hvor der har været fokus på at arbejde kompenserende for borgere med kognitive skader. Ved på den måde at blive ved at tilføje metoder til indsatsen opnår man en fortsat faglig udvikling.

Da der er tale om langvarige forløb, bliver der i løbet af et år forholdsvis få ”pladser” ledige i indsatsen til nye borgere. Lederen fortæller således, at der i øjeblikket er lukket for ventelisten til indsatsen, da det ikke er hensigtsmæssigt, at der står flere end ti på venteliste, da ventetiden ellers vil blive meget lang for dem, der står på den. Lederen vurderer, at der godt kunne være behov for endnu et ACT-team i kommunen, da målgruppen af borgere med meget komplekse støttebehov er ret stor i kommunen.

I den anden kommune, hvor man arbejder med en ACT-inspireret indsats, indgår der ligeledes en række forskellige medarbejdergrupper i indsatsen. Teamet består af en koordinerende myndigheds-sagsbehandler, en sygeplejerske, forankret i socialcenterets § 85-enhed, en psykiatrisk sygeplejerske fra regionen, en misbrugsbehandler fra rusmiddelcenteret samt hhv. en hjemmevejleder og en støttekontaktperson (SKP), som begge er forankret i den kommunale socialpsykiatri til daglig. Til forskel fra ACT-teamet i den første af de to kommuner er medarbejderne i teamet i den anden kommune dagligt forankret i deres øvrige respektive enheder. Ingen af medarbejderne er således frikøbt til at arbejde på fuld tid med ACT-indsatsen. Det skyldes, at det er en væsentligt mindre kommune, hvor der er et mere begrænset antal borgere med særligt komplekse støttebehov. Det betyder, at medarbejderne således kun varetager ACT-funktioner i en mindre del af deres almindelige arbejdsuge. Fx har teamets sygeplejerske en caseload på cirka ti borgere i den almindelige § 85-bostøtte, mens hun er primær ACT-støtte for to borgere og sekundær støtte for en enkelt borger. Teamets medarbejdere indgår på meget lige fod med hinanden som de primære bostøttemedarbejdere for målgruppens borgere.

Selvom medarbejderne i teamet generelt beskriver indsatsen som velfungerende og til stor gavn for borgerne, fortæller nogle af medarbejderne også, at det i det daglige til tider kan være udfordrende at være forankret forskellige steder og således skulle ”dele” sin arbejdstid mellem ACT-indsatsen og deres øvrige arbejdsområde. På grund af forankringen af medarbejderne forskellige steder har myndighedskoordinatoren i høj grad været at koordinere indsatsen og lægge en vagtplan, og ifølge bostøttemedarbejderne har man formået at skabe en fleksibel normering, som har kunnet tilpasses efter borgernes varierende behov. Derudover har teammøderne hver 14. dag fungeret som et forum for faglig sparring, koordinering og justering af indsatsen, ligesom man har arbejdet med at sikre, at borgerne er blevet tildelt en bostøttemedarbejder, der passer godt sammen med den enkelte borger. På den måde kan man se indsatsen i denne kommune som et eksempel på, hvordan man kan skabe en tæt, koordineret, ACT-inspireret indsats rundt om den enkelte borger i en lidt mindre kommune, hvor der ikke er et tilstrækkeligt stort antal borgere med meget komplekse støttebehov til, at der er basis for at implementere et fuldt ACT-team.

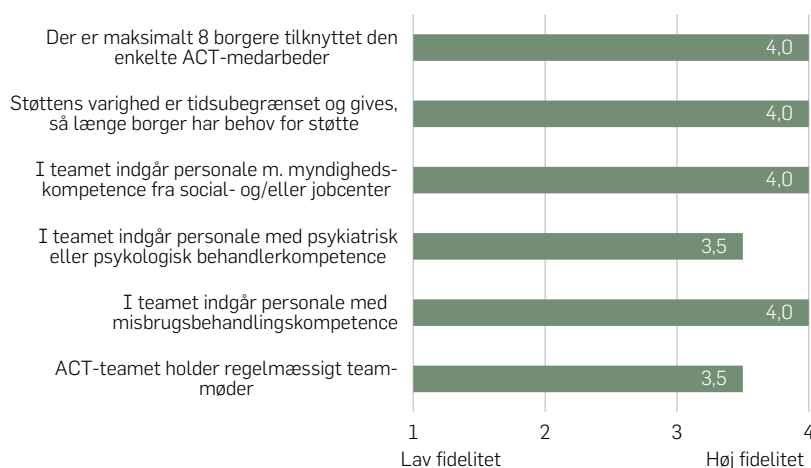
På trods af variationen i indsatsens udformning i de to kommuner har begge kommuner udfyldt samme fidelitetsmåling (figur 6.8).

I begge kommunerne vurderes det, at der er en høj grad af fidelitet i forhold til, at der er en lav caseload, en tidsbegrænset støtte, og at der indgår forskellige fagligheder i indsatsen – både medarbejdere med myndighedskompetence fra hhv. jobcentret og socialcentret og medarbejdere med behandlingsfaglig kompetence i forhold til psykiatri og misbrug. Ligeledes afholdes der i begge kommuner regelmæssige teammøder. I den ene kommune forklarer teamlederen, at teammøderne har karakter af en behandlingskonference, hvor borgernes sager systematisk gennemgås, hvorved det sikres, at der er en tæt sammenhæng i indsatsen rundt om borgeren og mellem de forskellige fagligheder, der er i spil i indsatsen for borgeren.



FIGUR 6.8

Fideliteten af ACT-metoden, anvendt i Housing First-indsatsen, målt på seks indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Anm: Gennemsnitlig værdi i de to kommuner, der har anvendt ACT-metoden.

Kilde: Fidelitetsmålingen.

I modsætning til CTI- og ICM-metoderne, der er baseret på case management-modellen, er ACT-metoden som nævnt baseret på et tværfagligt indsats-team. For ACT-metoden handler omfanget af indsatsen derfor også om, hvem af medarbejderne i teamet borgeren er i kontakt med. Tabel 6.4 viser, at borgeren, efterhånden som ACT-forløbet skrider frem, typisk kommer i kontakt med flere medarbejdere i teamet – afhængigt af hvilke konkrete problematikker borgeren har. Langt de fleste er i kontakt med en socialpædagogisk medarbejder (der i hovedparten af tilfældene udfører den primære bostøtte), ligesom langt de fleste er i kontakt med socialrådgiveren. Ved den seneste måling er det 27 pct., der er i kontakt med psykiateren, og 40 pct., der er i kontakt med misbrugsbehandleren. Disse tal afspejler, at en del af borgerne, men ikke alle, har brug for kontakt med psykiateren – det kan fx dreje sig om udskrivning og regulering af medicin, ligesom en del borgere efterhånden kommer i gang med et forløb med teamets misbrugsbehandler. Ligeledes er der 47 pct., der er i kontakt med teamets sygeplejerske, der typisk tager sig af fysiske helbredsproblemer og understøtter kontakten med sundhedssystemet. På den måde afspejler kontakten med de forskellige fagligheder i teamet

netop den kompleksitet, der kendetegner borgernes livssituation, og tilstedeværelsen af de forskellige medarbejdergrupper i teamet betyder, at indsatsen rundt om borgeren fleksibelt kan sammensættes ud fra borgernes behov.

TABEL 6.4

Andelen af borgere i ACT-forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, der har været i kontakt med specifikke faggrupper de sidste tre måneder. Særsilt for start- og slutmåling. Procent.

Faggrupper:	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
Pædagog/socialpædagog	78	89
Socialrådgiver	44	78
Psykolog	22	11
Psykiater	11	11
Misbrugsbehandler	22	33
Social- og sundhedsassistent	56	44
Sygeplejerske	44	33
Læge	44	22
Andre	33	22

1. Da det for disse indikatorer har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.  
Kilde: Indviddokumentationen.

## STØTTE OG HJÆLP I FORSKELLIGE LIVSDIMENSIONER

Borgerne i Housing First-indsatsen har generelt omfattende og sammensatte sociale og helbredsmæssige problemer, og ofte har den enkelte borger behov for støtte i en række forskellige dimensioner af hverdagslivet. I tabel 6.5 er opgjort bostøttemedarbejdernes angivelser af, hvilke aspekter der er arbejdet med i forløbet.

Det er en bred vifte af problematikker, der er arbejdet med i forløbet. I langt hovedparten af forløbene arbejdes der med bolig/hjemdimensionen, hvilket både handler om selve overgangen til at bo i egen bolig og om at komme på plads i boligen, tage hånd om møblering og indretning og at få skabt et hjem. Ligeledes arbejdes der i langt hovedparten af forløbene med at hjælpe borgeren til at håndtere sin økonomi. Socialt netværk og relationer samt at få skabt aktiviteter i hverdagen er også et væsentligt fokusområde i mange af forløbene, ligesom mange også har brug for hjælp vedrørende helbredsmæssige forhold. Det gælder både i forhold til psykisk helbred, fysisk helbred og misbrugsproblemer.

TABEL 6.5

Andelen af borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, hvor der i støtteforløbet er arbejdet med specifikke dimensioner af borgerens livssituation. Bostøttemedarbejders besvarelse. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Hvilke dimensioner har du arbejdet med sammen med borgeren de seneste to måneder?<sup>1</sup></i>						
Bolig/hjem	79	63	78	65	100	100
Økonomi	77	77	70	74	78	67
Netværk/sociale relationer	68	54	43	54	33	33
Aktiviteter i hverdagen	59	55	52	54	56	33
Psykisk helbred	52	50	59	52	56	33
Fysisk helbred	50	41	33	50	56	44
Misbrug	45	39	59	50	56	56
Uddannelse	20	14	9	4	0	0
Arbejdsmarkedskompetencer e.l.	46	41	20	28	33	44
Andet	4	9	4	15	0	0
Uoplyst	9	0	0	0	0	0

1. Da det for disse indikatorer har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.

Kilde: Individdokumentationen

Det er en lidt lavere andel af forløbene, hvor der arbejdes med forhold omkring kompetencer og tilknytning til arbejdsmarked. Denne andel er højere for CTI-forløbene (ca. 40 pct.) end for ICM-forløbene. I ICM-forløbene stiger andelen af forløbene, hvor der arbejdes med kompetencer og tilknytning til arbejdsmarkedet fra 20 pct. ved den første måling til 28 pct. ved den seneste måling i forløbet, hvilket kan være udtryk for, at efterhånden som der tages hånd om andre problemer, bliver der mere plads til at arbejde med forhold omkring borgerens kompetencer og muligheden for at skabe en tilknytning til arbejdsmarkedet. Tallene viser dog generelt, at borgerne i alle indsatsernes målgrupper i mange tilfælde er langt fra arbejdsmarkedet, og at andre problemer står i forgrunden i indsatsforløbet.

En vigtig funktion for bostøttemedarbejderen er at hjælpe med brobygningen til øvrige indsatser ved at skabe kontakt og ved at understøtte borgeren i at fastholde kontakten med de forskellige støtte- og behandlingstilbud. Det kan fx handle om at hjælpe borgeren med at komme til samtaler i psykiatrien, i misbrugsbehandlingen eller på jobcenteret. En del borgere følger misbrugsbehandling (alkoholbehandling, social

stofmisbrugsbehandling eller substitutionsbehandling), ligesom en del borgere følger psykiatriske behandlingsforløb.

TABEL 6.6

Andelen af borgere i ACT-forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, der er tilknyttet specifikke andre indsatser ud over bostøtteforløbet. Bostøttemedarbejders besvarelse. Særsilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Hvilke indsatser er borgeren tilknyttet ud over bostøtteforløbet?<sup>1</sup></i>						
Antabus	7	7	7	7	0	0
Alkoholbehandling, socialfaglig behandling, fx samtaler, gruppeterapi	2	11	4	9	0	0
Substitutionsbehandling for opiat-/heroinmisbrug	13	13	11	11	22	22
Social stofmisbrugsbehandling	11	11	11	11	11	11
Psykiatrisk behandling	17	28	15	30	11	0
Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme/plejebehov	2	11	4	11	22	22
Tilsyn fra kriminalforsorg	9	7	9	7	33	22
Administration af kontanthjælp/økonomi	37	46	37	41	44	56
Hjemmepleje (§ 83 SEL)	4	4	4	4	0	0
Psykologbehandling	0	9	0	7	0	0
Støtte-kontaktperson (§ 99 SEL)	0	0	2	0	0	0
Mentor	2	4	6	7	0	0
Koordinerende sagsbehandler på Jobcentret	13	26	13	26	22	44
Social vicevært	9	9	7	7	0	11
Anden behandling	15	13	17	13	11	22
Ingen	22	9	24	9	11	11
Ved ikke	0	2	0	4	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100

1. Da det for disse indikatorer har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.

Kilde: Indviddokumentationen.

Tabel 6.6 viser de øvrige indsatser, som borgeren er knyttet til ud over bostøtteforløbet. Det ses særligt, at der for både CTI- og ICM-forløbene fra den første til den sidste måling er en stigning i andelen, der er tilknyttet psykiatrisk behandling, fra 17 pct. til 28 pct. for borgerne i CTI-indsatsen, og fra 15 pct. til 30 pct. for borgerne i ICM-forløbene. Det er tegn på, at støttebehovene afdækkes, efterhånden som borgeren er kommet i egen bolig og indsatsforløbet har været i gang et stykke tid, og at der skabes forudsætninger for, at borgeren kan påbegynde behandlingsforløb og få den fornødne støtte til at følge behandlingen.

## STØTTE TIL AT FØLGE BEHANDLING OG KOMME TIL MØDER

I de kvalitative interview beskriver mange borgere, hvordan de får hjælp fra bostøttemedarbejderne til at benytte andre tilbud, fx hjælp til at komme til behandlingssamtaler i psykiatrien eller misbrugsbehandling, ligesom bostøtten og støtte i forhold til møder i kommunen, fx på jobcentret. En borger fortæller om, hvordan bostøttemedarbejderen har hjulpet med at støtte op om et behandlingsforløb i psykiatrien:

Borger: ”Jeg er lige startet [i behandling] nu her. Jeg har fået den psykiater, som gav mig strøm i sin tid. Hun er så herude i lokalpsykiatrien nu og er overlæge, og hende er jeg begyndt hos, og skal starte i noget behandling efter sommerferien, og så går jeg til ugentlige samtaler med en sygeplejerske og nogle andre behandlere derude her i starten, og det er rigtig godt. Det er fint.”

Interviewer: ”Kører din kontaktperson dig også derhen og hjælper dig med at komme ned til dine aftaler?”

Borger: ”Ja, jeg har haft ham med et par gange. Han har kørt mig, så det har været fint nok.”

Bostøtten varetager også en vigtig funktion med at understøtte borgerens kontakt med kommunens instanser. Det gælder ikke mindst ved møder på jobcenteret. En borger fortæller om, hvordan bostøtten både hjælper hende med at komme til møderne på jobcenteret og ligeledes er med, når hun skal til samtaler i psykiatrien, og hvordan det at have bostøttemedarbejderen med betyder, at hun oplever en mere ligeværdig situation:

Så tager han [bostøttemedarbejderen] med mig på jobcenter, når jeg møder. Og han skal med mig på psykiatrisk, når jeg skal derop. Og det er jo rigtig, rigtig dejligt, når jeg ikke har noget familie, der kan tage med, og jeg skal jo ikke have mine børn involveret i det. Så det er rigtig dejligt, at han kan tage med derop og vil. [...] Det er en støtte for mig, også fordi at, ja for det første, så sidder man altid dér og er den lille i alle de offentlige sammenhænge. Jeg føler meget, at hvis de vil, så kan de tvære én. Nogle steder vil de, andre steder vil de måske ikke, det ved jeg ikke [griner]. Sådan er følelsen rigtig meget, når man ... Altså det er jo dem, der har magten, ikk? Og den bruger de altså nogle gange. Det er virkelig sådan, jeg ser det.

En bostøttemedarbejder fortæller om, hvordan han fungerer som mediator, når borgeren er til møde på jobcenteret:

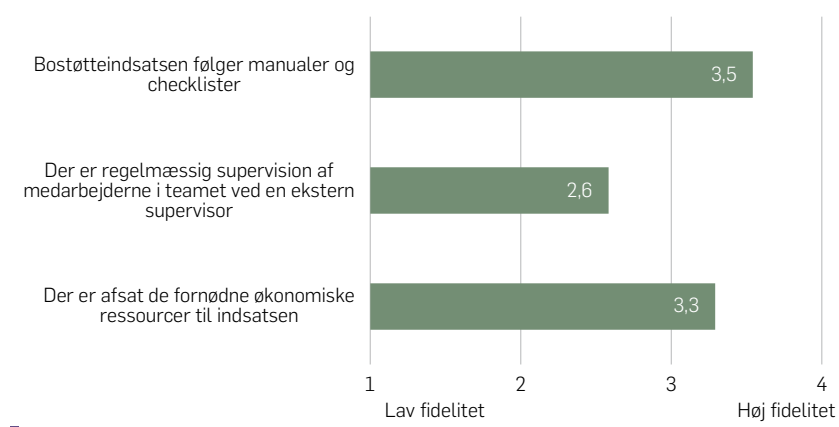
Sådan noget som møder på jobcenteret kan presse borgerne rigtig meget, nogle gange er de blevet vrede, har væltet tingene og har nærmest truet en medarbejder. Dér kan vi jo snakke nogle strategier for, ”hvordan er du egentlig” [...] Nogle gange kan vi jo se det på borgeren, så giver dem den mulighed: ”Er det nu, du skal ud og have luft?”. Så på en eller anden måde lærer – nogen lærer i hvert fald også de ting hen ad vejen, og det tager de med sig.

## BOSTØTTENS RAMMER

Ud over de fidelitetsmål, der omhandler bostøttens indhold og grundprincipper, er der også fidelitetsmål, der beskriver, om bostøtteindsatsen følger de manualer og tjeklister, der er udarbejdet for indsatsen, om der tilbydes ekstern supervision til bostøttemedarbejderne, og om der er afsat de fornødne ressourcer til indsatsen (figur 6.9).

FIGUR 6.9

Fideliteten af bostøttens rammer i Housing First-indsatsen, målt på tre indikatorer. Gennemsnitlig værdi i kommunerne. Skala fra 1 til 4.



Kilde: Fidelitetsmålingen

Der er en forholdsvis høj grad af fidelitet omkring, at bostøtteindsatsen følger de manualer og tjeklister, der er udarbejdet for indsatsen (figur 6.9). Der er eksempler på kommuner, der har udviklet supplerende redskaber til at understøtte indsatsen. I en kommune beskriver projektlederen, hvordan der er udviklet et internt arbejdsredskab, som på baggrund af borgerens egen vurdering i et diagram visualiserer borgerens udvikling i forløbet. Redskabet er todelt i en aktivitetsdel, som er målrettet borgerens selvrapportering, og en strategidel, som tjener til bostøttemedarbejderens læring. Projektlederen fremhæver, at dette er til stor gavn for borgerens motivation såvel som for medarbejderne, eftersom redskabet kan anvendes i faglige drøftelser. Projektlederen vurderer, at redskabet bidrager til at skabe mere metodebevidsthed og højne fagligheden via mere kvalificerede drøftelser og refleksioner på teammøderne.

Det er kun en del af kommunerne, der tilbyder regelmæssig ekstern supervision af bostøttemedarbejderne, og derfor er der en lavere fidelitet på denne indikator med en værdi på 2,6. I de kommuner, der har ekstern supervision af bostøttemedarbejderne, fremhæver flere projektledere og bostøttemedarbejdere, at supervisionen er væsentlig for at klæde medarbejderne på til at forstå borgernes tanke- og handlemønstre og håndtere disse mest hensigtsmæssigt. Det gælder fx i forhold til at forstå symptomerne på borgernes psykiske sygdom.

Med hensyn til om der er afsat de fornødne ressourcer til bostøtteindsatsen, er der en gennemsnitlig værdi på fidelitetsskalaen på 3,3. Som nævnt i kapitel 4 er det forskelligt, om kommunerne har finansieret bostøtteindsatsen gennem en tilføring af ekstra driftsmidler, eller der er sket en omlægning af den eksisterende indsats. I nogle tilfælde, hvor bostøtten finansieres ud af den lokale boforms samlede driftsramme, vurderer projektlederne, at det fungerer rimeligt, idet de ekstra ressourcer, der bruges på bostøtten, opvejes af, at borgerne kommer tidligere i bolig. I andre tilfælde vurderer projektlederen eller boformslederen, at det er problematisk, at medarbejdere skal løfte bostøtteindsatsen ud af den eksisterende driftsramme, særligt hvis det betyder, at bostøtten for den enkelte medarbejder lægges oven i andre driftsopgaver. Det kan også have metodiske implikationer, idet den enkelte medarbejder således ikke arbejder på fuldtid med at give CTI- eller ICM-bostøtte, men har andre arbejdsopgaver ved siden af, hvilket kan reducere fleksibiliteten i bostøtteindsatsen over for borgeren, ligesom det også kan betyde, at medarbej-

deren ikke i samme grad opøver kompetencer omkring bostøttemetoderne, som hvis man arbejdede med metoderne på fuldtid.

## UDREDNING OG HANDLEPLANER

Som nævnt i kapitel 4 er kommunerne ifølge servicelovens § 141 forpligtede til at tilbyde sociale handleplaner til borgere med en betydeligt nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne eller væsentlige sociale problemer. Formålet med den sociale handleplan er at klargøre målet med indsatsen og at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Samtidig skal handleplanen tydeliggøre forpligtigelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene. For borgere med komplekse sociale problemer er handleplanen således et vigtigt redskab til at specificere, hvilken indsats borgeren har behov for, og til at skabe sammenhæng i indsatsen.

En forudsætning for, at der kan laves en god handleplan, er endvidere, at borgeren har gennemgået en udredning, der afdækker hans/hendes ressourcer og problemer, og som tegner et billede af borgers støttebehov.

Tabel 6.7 viser andelen af borgerne, der har fået udarbejdet en udredning, og andelen, der har en handleplan. Vedrørende handleplaner skelnes der mellem, om borgeren har en handleplan eller en handleplan under udarbejdelse, om borgeren ikke har en handleplan, men er blevet tilbudt en sådan, eller om borgeren ikke har en handleplan og heller ikke er blevet tilbudt en sådan.



TABEL 6.7

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikatorer for arbejde med udredning og handleplan. Bostøttemedarbejders besvarelse. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Er der foretaget en udredning?:</i>						
Ja	55	55	65	65	89	89
Nej	0	0	9	0	0	0
Under udarbejdelse	32	21	11	4	11	0
Ikke relevant	0	0	2	0	0	0
Ved ikke	13	4	13	4	0	0
Uoplyst	0	20	0	26	0	11
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Har borgeren en § 141-handleplan på nuværende tidspunkt?</i>						
Ja	21	55	63	76	78	67
Ja, under udarbejdelse	5	2	4	4	0	11
Nej, men tilbudt handleplan	2	5	0	2	0	0
Nej, ikke tilbudt	43	29	13	4	0	0
Uoplyst	29	9	20	13	22	22
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Er der fulgt op på § 141-handleplanens indhold, (af dem, der har en handleplan)?<sup>1</sup></i>						
Ja	55	52	65	69	43	67
Nej	32	26	32	26	43	33
Uoplyst	14	23	3	6	14	0
I alt	100	100	100	100	100	100

1. n for denne indikator er 22/31, 31/35 og 7/6 for hhv. CTI, ICM og ACT.

Kilde: Individdokumentationen.

Opgørelserne viser, at det ikke er alle borgerne i indsatsen, der har fået foretaget en udredning. Ved starten af indsatsen er det 55 pct. af borgerne i CTI-indsatsen, der har en udredning, mens det er 65 pct. i ICM-indsatsen og 89 pct. af borgerne i ACT-indsatsen. Det bemærkes også, at andelen med en udredning ikke stiger undervejs i forløbet, og at en udredning således generelt laves før eller i starten af forløbet, men ikke undervejs.

Derimod ses det, at andelen, der har en handleplan, stiger undervejs i forløbet – når vi sammenligner den seneste måling med den første. Ved den seneste måling er det 76 pct. af borgerne i ICM-forløbene, der har en handleplan, og 80 pct. af borgerne i ACT-forløbet. Denne andel er noget lavere blandt borgerne i CTI-forløbet med 55 pct., der har en handleplan, hvilket dog er flere end ved den første måling,

hvor andelen var 21 pct. Ved den seneste måling er det 29 pct. af CTI-borgerne, der fortsat ikke har en handleplan og ikke er blevet tilbudt en sådan, og der er 9 pct. af borgerne, hvor der ikke foreligger en oplysning herom.

Som nævnt i kapitel 4 om indsatsens organisering og implementering peger de kvalitative nøglepersonsinterview på, at der fortsat er en betydelig variation mellem kommunerne med hensyn til, hvor systematisk der arbejdes med handleplaner, og hvilken rolle handleplanerne spiller i indsatsen. Der er flere forhold, der kan spille ind på den lavere andel med handleplaner blandt borgerne i CTI-forløbene. I nogle af kommunerne, der anvender CTI-metoden, er der en lang ventetid på boliger, og projektlederne forklarer, at den lange ventetid betyder, at fokus på handleplanerne glider i baggrunden, både fordi det er svært at fastholde motivationen hos borgeren, og fordi man oplever, at handleplanen reelt har en begrænset betydning i forhold til at afhjælpe borgerens situation. Samtidig er CTI-metoden i højere grad end ICM-metoden forankret på boformerne, og i nogle tilfælde melder projektlederne om, at der fortsat er en vis afstand mellem myndighedsleddet i kommunerne og indsatsen på boformen, og at der her ikke i alle tilfælde systematisk udarbejdes handleplaner. Her skal det dog understreges, at der er en variation mellem kommunerne, idet udarbejdelsen af handleplaner på nogle boformer foregår meget systematiseret. Det gælder særligt i de tilfælde, hvor der er en fremskudt myndighedssagsbehandler placeret på boformen, eller hvor der er en fast praksis for, at en myndighedssagsbehandler fra kommunen kommer ud på boformen.

#### AKTIVITETSPLAN FOR BOSTØTTEFORLØBET

Ligesom det ikke er alle borgerne, der har en § 141-handleplan, er det heller ikke alle borgerne, der har en aktivitetsplan som led i bostøtteindsatsen (tabel 6.8). Aktivitetsplanen er et redskab, som bostøttemedarbejderen udarbejder sammen med borgeren, og som angiver, hvilke problematikker der arbejdes med i bostøtteforløbet. Aktivitetsplanen beskriver også, hvilke øvrige indsatser og aktiviteter borgeren har behov for, og som bostøttemedarbejderen hjælper med at bygge bro til og benytte.

TABEL 6.8

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikatorer for arbejde med aktivitetsplan. Bostøttemedarbejders besvarelse. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Er der en aktivitetsplan for borgernes forløb?</i>						
Ja	41	59	46	57	22	22
Nej	46	41	39	35	78	67
Uoplyst	13	0	15	9	0	11
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Har det været muligt at imødekomme borgerens behov og ønsker i udarbejdelsen af aktivitetsplanen (af dem, der har en aktivitetsplan)?<sup>1</sup></i>						
I høj grad	57	70	57	65	50	0
I nogen grad	43	30	33	27	50	100
I mindre grad	0	0	5	8	0	0
Slet ikke	0	0	0	0	0	0
Uoplyst	0	0	5	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Har borgeren været med til at lave aktivitetsplanen (af dem, der har en aktivitetsplan)?<sup>1</sup></i>						
Ja	100	97	86	92	100	100
Nej	0	3	14	8	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Er der lavet de nødvendige aftaler med relevante aktører, der muliggør, at aktivitetsplanen kan gennemføres (af dem, der har en aktivitetsplan)?<sup>1</sup></i>						
Ja	70	97	76	88	100	100
Nej	17	3	24	12	0	0
Uoplyst	13	0	0	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100

1. N for denne indikator er 23/33, 21/26 og 2/2 for hhv. CTI, ICM og ACT.

Kilde: Individdokumentationen.

Ved den seneste måling i forløbet er der en aktivitetsplan i cirka 60 pct. af CTI- og ICM-forløbene, men kun ved 22 pct. af ACT-forløbene. Det skal tages i betragtning, at det på grund af borgernes psykosociale problemer i nogle tilfælde formentlig er vanskeligt at lave en aktivitetsplan, ligesom der kan være tilfælde, hvor borgeren ikke ønsker en aktivitetsplan. Det gælder sandsynligvis i særlig grad borgerne i ACT-indsatsen på grund af de meget komplekse støttebehov. I de tilfælde, hvor der er en aktivitetsplan, vurderer bostøttemedarbejderne i hovedparten af tilfælde-

ne, at det i høj grad har været muligt at imødekomme borgerens behov og ønsker, mens det stort set ikke er forekommet, at borgerens behov og ønsker ikke har kunnet imødekommes. Selvom det således ikke i alle forløb har været muligt at udarbejde en aktivitetsplan med borgeren, er det væsentligt at være opmærksom på, at aktivitetsplanen udgør et redskab til at sikre et recovery- og borgercentreret fokus i indsatsen, hvor indsatsen tager udgangspunkt i borgerens ønsker for sit liv og behov for støtte.

## AFSLUTNING AF BOSTØTTEINDSATSEN

Der er som tidligere nævnt 85 planlagt afsluttede forløb ved afslutningen af dokumentationsperioden primo oktober 2016, og 68 af disse indgår blandt de forløb, vi måler udvikling på (det vil sige, at de har en varighed på mindst ni måneder).

TABEL 6.9

Andelen af borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, hvor der er specifikke årsager til, at bostøtteforløbet afsluttes, blandt borgere med planlagt afsluttede forløb. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Årsager:	CTI (n = 52)	ICM (n = 16)	ACT (n = 0)	I alt (N = 68)
Borgeren har ikke længere behov for bostøtte	12	19	-	13
Ni måneders CTI-forløb afsluttes	88	0	-	68
Borgeren har behov for en anden type af bostøtte	19	44	-	25
Borgeren er flyttet til en anden kommune	0	0	-	0
Borgeren ønsker ikke længere at modtage bostøtte	0	19	-	4
Borgeren er død	0	0	-	0
Der er ikke længere kontakt til borgeren	2	0	-	1
Et egentligt bostøtteforløb er aldrig påbegyndt	0	0	-	0
Borgeren har forladt boformen, uden at bostøtteindsats er påbegyndt	0	0	-	0
Andet	8	25	-	12

Anm.: Der har været mulighed for at angive flere årsager, og derfor summer tallene ikke til 100 pct.

Kilde: Individdokumentationen.

Af tabel 6.9 fremgår det, at der er forskellige årsager til, at forløbet afsluttes. For 12 pct. af CTI-forløbene angives, at borgeren ikke længere har behov for bostøtte, og for 19 pct. angives, at borgeren har behov for en anden type bostøtte. Da CTI-metoden har en tidsbegrænsning på de ni måneder, der i de fleste tilfælde angives som den primære grund til, at CTI-forløbet afsluttes, kan vi formentlig ikke lægge i tallene, hvor stor en

andel, der ikke længere har behov for bostøtte eller har behov for en anden type bostøtte.

For ICM-metoden angives det i 44 pct. af de afsluttede forløb, at borgeren har behov for en anden type af bostøtte. Det vil formentlig dreje sig om, hvorvidt det vurderes, at almindelig § 85-bostøtte herefter er en tilstrækkelig indsats. For 19 pct. af de afsluttede ICM-forløb angives det, at borgeren ikke længere har behov for bostøtte, og for andre 19 pct. angives det, at borgeren ikke længere ønsker bostøtten. Der er ikke nogen afsluttede ACT-forløb af mindst ni måneders varighed.

Tabel 6.10 viser bostøttemedarbejdernes vurderinger af, hvorvidt der er etableret et tilfredsstillende tilbud for borgerne efter bostøtteforløbets afslutning. I 42 pct. af de afsluttede CTI-forløb og 50 pct. af ICM-forløbene er der i høj grad etableret et tilfredsstillende tilbud for borgeren, mens det for henholdsvis 50 pct. og 31 pct. af CTI- og ICM-forløbene kun i nogen grad er tilfældet. I 8 pct. af CTI-forløbene og 6 pct. af ICM-forløbene er det kun i ringe grad eller slet ikke tilfældet.

TABEL 6.10

Forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter, i hvor høj grad der er etableret tilfredsstillende tilbud for borgeren efter bostøtteforløbet, for de planlagt afsluttede forløb. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI (n = 52)	ICM (n = 16)	ACT (n = 0)	I alt (N = 68)
I høj grad	42	50	-	44
I nogen grad	50	31	-	46
I ringe grad	2	6	-	3
Slet ikke	6	0	-	4
Uoplyst	0	13	-	3
I alt	100	100	-	100

Kilde: Individokumentationen.

I de kvalitative nøglepersonsinterview fremhæver projektlederne, hvordan en del borgere efter endt forløb overgår til den almindelige § 85-bostøtte. Mens denne støtte for nogle borgere vurderes at være tilstrækkelig, er der også projektledere, der peger på, at den almindelige § 85-bostøtte som oftest kun kan tilbyde støtte i et lavere og fastlagt antal timer, hvorved denne støtte hverken er lige så intensiv eller lige så fleksibel som CTI-, ICM- og ACT-bostøtten. Den almindelige bostøtte er således underlagt kommunernes generelle kvalitetsstandarder, hvilket vil sige, at der typisk er et loft over omfanget af støtten. Samtidig er det i §

85-bostøtten ofte nøje specificeret, hvilke forhold bostøtten må yde borgeren støtte til. Endvidere er der ofte ikke samme fokus på en vedholdende støtte, hvis der ikke er kontakt med borgeren. I en kommune fortæller projektlederen således, at der er en praksis i den almindelige bostøtteindsats for, at forløbet afsluttes, hvis borgeren ikke har været hjemme til et aftalt møde tre gange i træk. Endelig er der som tidligere nævnt en enkelt kommune, hvor der angives at være lang ventetid på opstart af almindelig § 85-bostøtte, hvilket kan bidrage til, at der ikke etableres et tilfredsstillende tilbud efter afslutningen af den bostøtte, der har været knyttet til Housing First-indsatsen.

Projektlederne påpeger også, at det forhold, at der mangler sociale tilbud i lokalområdet, som passer til borgere med psykosociale problemer, er en udfordring i forhold til at tilvejebringe et tilfredsstillende tilbud ved indsatsens afslutning. Det gælder fx væresteder og aktivitets-tilbud. Særligt i de mellemstore og mindre kommuner peger en del projektledere på, at der reelt kun er nogle få tilbud, henvendt til denne målgruppe.

## DE AFBRUDTE FORLØB

I de foregående afsnit har vi set på gruppen af borgere, som har gennemført et bostøtteforløb af en vis varighed, dvs. som har afsluttet CTI-indsatsens tre faser, eller som har gennemført mindst ni måneders ICM- eller ACT-indsats. Som det fremgik af figur 6.1, er der dog også en del af borgerne, der er registreret i starten af et forløb, men som ikke har gennemført et fuldt forløb. Her er der tale om to forskellige grupper. Den ene gruppe er blot kortvarigt i kontakt med indsatsen, hvorfor der kun foreligger et opstartsskema og ingen egentlig måling af indsatsen. Den anden gruppe er kommet lidt længere i et forløb. For denne gruppe foreligger der typisk en enkelt eller to målinger af indsatsen, inden forløbet er blevet afsluttet uplanlagt.

For den sidstnævnte gruppe, hvor der foreligger oplysninger om indsatsen fra den første måling, er det muligt at se på, om indsatsen ved den første måling adskilte sig for dem, der efterfølgende blev afsluttet uplanlagt, sammenlignet med dem, der har gennemført et forløb (tabel 6.11).

TABEL 6.11

Borgere med uplanlagt afsluttet forløb, sammenlignet med dem vi måler udvikling på, fordelt efter, hvor ofte bostøttemedarbejderen har besøgt borgeren (indikator for indsatsens intensitet). Bostøttemedarbejders besvarelse. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Hvor ofte har du i gennemsnit besøgt borgeren eller lavet aktiviteter med borgeren den seneste måned?	CTI	ICM	ACT	I alt
<i>Dem vi måler udvikling på:</i>	(n = 56)	(n = 46)	(n = 9)	(n = 111)
Dagligt	0	9	11	5
Ca. et par gange om ugen	39	26	56	35
Ca. én gang om ugen	39	33	22	35
Ca. hver 14. dag	9	11	0	9
Ca. én gang om måneden eller sjældnere	4	11	11	7
Uoplyst	9	11	0	9
I alt	100	100	100	100
<i>Uplanlagt afsluttede:</i>	(n = 26)	(n = 22)	(n = 2)	(n = 50)
Dagligt	0	5	0	2
Ca. et par gange om ugen	12	5	0	8
Ca. én gang om ugen	12	23	0	16
Ca. hver 14. dag	0	5	0	2
Ca. én gang om måneden eller sjældnere	23	27	0	24
Uoplyst	54	36	100	48
I alt	100	100	100	100

Kilde: Individokumentationen.

Opgørelsen viser, at der for borgere med uplanlagt afsluttede forløb var en væsentligt mindre intensiv støtte i starten, set i forhold til borgere med gennemførte forløb, ligesom der er en betydelig del, hvor der ikke er oplysninger om indsatsens intensitet, hvilket også tyder på en mere sporadisk indsats og kontakt med borgeren.

Tabel 6.12 viser boligsituationen for borgerne i de uplanlagt afsluttede forløb ved indsatsens afslutning. Det viser sig, at en del af disse borgere endnu ikke var kommet i bolig på dette tidspunkt. Det gælder i 27 pct. af de uplanlagt afsluttede ICM-forløb, mens det er tilfældet i 12 pct. af de uplanlagt afsluttede CTI-forløb (for ACT-forløbene gælder det den ene af de to borgere med uplanlagt afsluttede forløb). Det indikerer, at en del af årsagen til den uplanlagte afslutning af nogle forløb formentlig er, at det ikke er lykkedes at etablere en boligløsning for borgeren, og at dette fastholder borgeren i en ustabil situation.

TABEL 6.12

Borgere med uplanlagt afsluttede forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter boligsituation ved afslutning af forløbet. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI (n = 26)	ICM (n = 22)	ACT (n = 2)	I alt (N = 50)
<i>Bolig eller ej</i>				
Borgeren har en bolig	65	64	50	64
Borgeren har ikke en bolig	12	27	50	20
Uoplyst	23	9	0	16
I alt	100	100	100	100
<i>Boligsituation</i>				
Borgeren bor i en almen bolig	46	32	0	38
Borgeren bor i en almen ungdomsbolig	4	0	0	2
Borgeren bor i lejlighed eller værelse i privat udlejning	15	14	50	16
Borgeren bor i en bolig efter servicelovens § 107/108	0	5	0	2
Borgeren bor i en skævv bolig	0	5	0	2
Borgeren bor i anden egen bolig	0	9	0	4
Borgeren har ikke egen bolig og opholder sig på en § 110-boform efter serviceloven	8	9	50	10
Borgeren har ikke egen bolig og opholder sig midlertidigt hos familie/venner	4	9	0	6
Borgeren har ikke egen bolig og opholder sig i en anden hjemløshedssituation	0	9	0	4
Uoplyst	23	9	0	16
I alt	100	100	100	100

Kilde: Individdokumentationen

Det ses i tabel 6.13, at der for de uplanlagt afsluttede forløb i mange tilfælde er gået ret kort tid, før forløbet blev afbrudt. I over 39 pct. af de uplanlagt afsluttede CTI-forløb skete dette inden for de første fem måneder, og for ICM-forløbene gælder det 37 pct. Omvendt er der dog også 28 pct. af de uplanlagt afsluttede ICM-forløb, der, inden de afsluttes, har varet over et år.



TABEL 6.13

Borgere med uplanlagt afsluttede forløb i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter varighed af forløbet, samt gennemsnitlig varighed af uplanlagt afsluttede forløb. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI (n = 26)	ICM (n = 22)	ACT (n = 2)	I alt (N = 50)
0-2 måneder	4	5	0	4
3-5 måneder	35	32	50	34
6-8 måneder	42	27	0	34
9-11 måneder	15	9	50	14
12-14 måneder	0	14	0	6
15 måneder eller derover	4	14	0	8
I alt	100	100	100	100
<i>Gns. varighed (måneder)</i>	6,3	9,0	7,5	7,6

Kilde: Indviddokumentationen.

Der kan være mange årsager til, at et forløb er blevet afbrudt med en sådan uplanlagt afslutning. Tabel 6.14 viser de grunde, som bostøtte medarbejderne har anført ligger bag de uplanlagte afslutninger. Som det ses af opgørelsen, er der i langt hovedparten af tilfældene tale om, at indsatsen måtte afsluttes, fordi borgeren ikke længere ønskede at modtage bostøtte, eller at der ikke længere var kontakt med borgeren.

Ovennævnte opgørelser understreger, at selvom det for størstedelen af borgerne, der har været i berøring med Housing First-programmet, er lykkedes at etablere et sammenhængende indsatsforløb med egen bolig og bostøtte, er der også en del borgere, som det ikke lykkes at få ind i et egentligt støtteforløb, eller som det ikke lykkes at fastholde i bostøtteindsatsen. I de kvalitative interview bekræfter bostøtte medarbejderne dette billede. De forklarer, at der er en vis del af borgerne, som det ikke er muligt at opretholde kontakten med. For nogle borgeres vedkommende ønsker de ikke at opretholde kontakten med bostøtten, når først de har fået en bolig, mens der i andre tilfælde er tale om, at kontakten med borgeren ophører efter et stykke tid. Bostøttemedarbejderne påpeger også, at den ofte lange ventetid på at få en bolig er med til at gøre det vanskeligt at fastholde borgerens motivation og således kan forstærke problematikken med at fastholde kontakten med borgeren. Både projektlederne og bostøttemedarbejderne vurderer dog, at der er tale om et mindretal af borgerne, for hvem kontakten således ophører uplanlagt, og at det formentlig er svært helt at undgå, at det vil ske for

nogle af borgerne i indsatsen, når de ofte meget komplekse støttebehov tages i betragtning.

TABEL 6.14

Borgere med uplanlagt afsluttede forløb i Implementerings- og forankringsprojektet fordelt efter årsager til den uplanlagte afslutning. Bostøttemedarbejders vurdering. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

Medarbejders vurdering:	CTI (n = 26)	ICM (n = 22)	ACT (n = 2)	I alt (n = 50)
<i>Hvornår i forløbet er bostøtteforløbet afsluttet?</i>				
Forløbet er aldrig påbegyndt	4	9	50	8
Borgeren har forladt SEL § 110-boformen, uden at anden indsats er igangsat	0	9	50	6
Andet	92	82	0	84
Uoplyst	4	0	0	2
I alt	100	100	100	100
<i>Hvorfor afsluttes bostøtteforløbet?</i>				
Borgeren har ikke længere behov for bostøtte	8	5	0	6
Ni måneders CTI-forløb afsluttes	0	0	0	0
Det vurderes, at borgeren har behov for en anden type af bostøtte	12	9	0	10
Borgeren er flyttet til en anden kommune	27	5	0	16
Borgeren ønsker ikke længere at modtage bostøtte	38	36	50	38
Borgeren er død	4	9	0	6
Der er ikke længere kontakt til borgeren	27	18	50	24
Et egentligt bostøtteforløb er aldrig påbegyndt	4	0	50	4
Borgeren har forladt SEL § 100-boformen, uden at bostøtteindsats er påbegyndt	0	0	50	2
Andet	8	36	100	24
I alt	100	100	100	100

Anm.: Der har været mulighed for at angive flere årsager, og derfor summer tallene ikke til 100 pct.

Kilde: Individokumentationen

Alligevel giver de forholdsvist mange uplanlagte afslutninger anledning til at overveje, om det er udtryk for, at indsatsen har svært ved at give disse borgere den rette støtte. For det første er det tydeligt, at en del af de uplanlagte afslutninger hænger sammen med, at borgeren endnu ikke har fået en bolig. For det andet kan der rettes opmærksomhed på, om nogle af disse borgere har brug for andre tilbud, som fx socialpsykiatriske botilbud, eller om CTI- og ICM-støtten ikke er intensiv nok for disse borgere. Her kan vi pege på, at ACT-indsatsen, i form af det tværfaglige indsatsteam, reelt kun er tilgængelig i én kommune – hvor der i lange perioder reelt er lukket for tilgang pga. kapacitetsmangel. Netop i ACT-indsatsen, hvor ikke blot den socialpædagogiske bostøttefunktion, men også de specialiserede behandlingsfunktioner indgår i det tværfaglige

team, er en særligt stærk indsats til borgere med komplekse støttebehov, og der er grund til at overveje, om nogle af de borgere, det er ekstra svært at holde kontakten med, tilhører ACT-indsatsens målgruppe.

## SAMMENFATNING

Der er i alt 363 påbegyndte indsatsforløb på tværs af de tre metoder, fordelt på 195 CTI-forløb, 143 ICM-forløb og 25 ACT-forløb. Det højeste antal igangsatte forløb i en enkelt kommune er 49 forløb, mens det laveste antal er fem forløb. Der er ikke nogen klar sammenhæng mellem kommunernes størrelse og antallet af igangsatte forløb.

Der er i alt 135 afsluttede forløb, fordelt på 84 CTI-forløb, 49 ICM-forløb og to ACT-forløb. Der er 228 forløb, som er igangværende, men ikke er afsluttet. Heraf er der dog 47 forløb, hvor der blot er foretaget en enkelt registrering, og hvor der i en længere periode ikke er foretaget nogen ny indberetning. Det er formentlig borgere, som tidligt har været i berøring med indsatsen ved en kontakt på boformerne, men hvor der ikke er kommet et egentligt forløb i gang.

Blandt de 135 afsluttede forløb er der 85 forløb, der er ”planlagt afsluttede”, men der er også 50 forløb, der er ”uplanlagt afsluttede”, dvs. hvor indsatsen er ophørt undervejs i forløbet. I disse forløb har borgeren typisk ikke ønsket at fortsætte i forløbet, eller der har ikke været kontakt med borgere. I disse forløb har der ikke været en lige så hyppig kontakt med bostøttemedarbejderen som i de øvrige forløb. Det er udtryk for, at det allerede tidligt i forløbet har været svært at fastholde kontakten med borgeren, men der er også grund til at være opmærksom på, om der er borgere, der får tilbudt for lidt støtte i starten af forløbet.

For langt de fleste borgere, der har gennemført et forløb, er der tale om intensive støtteforløb, hvor borgeren har modtaget et eller flere besøg af bostøttemedarbejderen om ugen. Det ugentlige timetal er fleksibelt, hvilket giver mulighed for at tilpasse støtten til borgerens aktuelle støttebehov.

Bostøttemedarbejderne støtter borgeren i mange forskellige dimensioner af hverdagslivet. Det gælder både i forhold til boligen og at håndtere borgerens økonomi, hjælp til fysiske og psykiske helbredsproblemer, herunder misbrugsproblemer, og i forhold til at hjælpe borgeren med at skabe et socialt netværk og at deltage i aktiviteter i hverdagen.

Indsatsen er også målt gennem fidelitetsmål, der blandt andet beskriver, om indsatsen udføres ud fra Housing First og bostøttemetoderne grundprincipper. Selvom der er en vis variation mellem kommunerne, viser fidelitetsmålene, at indsatsen i høj grad udføres, som den er tiltænkt, fx at der er en forholdsvis lav caseload, og at der arbejdes ud fra recovery-tilgangens borgercentrerede fokus. En væsentlig undtagelse er målet om, at borgeren hurtigt tilbydes en bolig, hvor der er en væsentligt lavere fidelitet, idet mange borgere venter i lang tid på en bolig.

## RESULTATER FOR BORGERNE

I dette kapitel belyser vi indsatsens resultater for borgerne. Vi tegner et billede af, hvad indsatsen har betydet for borgerens boligsituation – det vil sige, om borgeren er flyttet ind i boligen og har fastholdt boligen. Vi ser også på, hvad der kendetegner borgerens øvrige livssituation på en række områder. Det gælder i forhold til beskæftigelses- og forsørgelsessituationen og i forhold til helbred og misbrugsproblemer, funktionsevne i hverdagen og socialt netværk og aktiviteter. Vi inddrager både kvantitative opgørelser, baseret på indviddokumentationen, og borgernes egne oplevelser af, hvad indsatsen har betydet for dem, baseret på de kvalitative borgerinterview.

### BOLIGSITUATIONEN

En kernekomponent i Housing First-indsatsen er, at der tidligt i et indsatsforløb etableres en boligløsning for borgeren. Tabel 7.1 viser borgernes boligsituation ved henholdsvis den første og den sidste måling i forløbet.

Et hovedresultat af Housing First-indsatsen er, at en høj andel af de hjemløse borgere, der har indgået i Implementerings- og forankringsprojektet, ved slutningen af indsatsforløbet er kommet i egen bolig. Ho-

vedparten bor i en almen bolig, heraf nogle få i en almen ungdomsbolig. En lille gruppe bor i en privat lejebolig, mens der også er en mindre gruppe, der er flyttet i en ”skæv bolig”.

TABEL 7.1

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter boligsituation ved første og seneste måling. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n = 9)	Slut (n = 9)
<i>Boligsituation</i>						
Har en bolig	95	96	52	89	78	78
Har ikke en bolig	5	4	48	11	22	22
I alt	100	100	100	100	100	100
<i>Boligtype</i>						
Bor i en almen bolig/familiebolig	75	86	30	61	78	56
Bor i en almen ungdomsbolig	5	5	0	2	0	11
Bor i lejlighed eller værelse i privat udlejning	11	2	2	9	0	0
Bor i en lejlighed/værelse i øvrige opgangsfællesskaber, bofællesskaber, særboliger e.l.	2	0	0	0	0	0
Bor i en skæv bolig	2	2	13	15	0	11
Bor i anden egen bolig	0	2	7	2	0	0
Har ikke egen bolig og opholder sig på en § 110-boform efter serviceloven	4	0	15	7	22	22
Har ikke egen bolig og opholder sig i en midlertidig udslningsbolig under servicelovens § 110	0	0	7	2	0	0
Har ikke egen bolig og opholder sig midlertidigt hos familie/venner	2	2	22	2	0	0
Har ikke egen bolig og opholder sig i en anden hjemløshedssituation	0	2	4	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100

Kilde: Individokumentationen.

For CTI-indsatsen har næsten alle borgerne, 95 pct., en bolig ved den første måling. Det afspejler, at et CTI-forløb i reglen først igangsættes, når der er fundet en bolig til borgeren. Typisk iværksættes CTI-forløbet cirka en måned, før borgeren flytter ind i boligen, og i hovedparten af forløbene er den første måling formentlig først blevet indrapporteret af bostøttemedarbejderen, efter at borgeren er flyttet i bolig. Det ses af tabel 7.2, der viser, hvor længe borgeren har haft boligen ved startmålingen. Hovedparten af borgerne i CTI-forløbet er således næsten lige flyttet ind i boligen.

For ICM-indsatsen er boligsituationen derimod væsentlig anderledes ved den første måling, idet kun cirka halvdelen af borgerne på det tidspunkt har en bolig (tabel 7.1). 15 pct. af borgerne i ICM-indsatsen opholder sig ved første måling på en § 110-boform, og 22 pct. overnatter midlertidigt hos familie eller venner. Ved den sidste måling er de fleste af borgerne i ICM-forløbet kommet i bolig – det gælder 89 pct. – mens det fortsat er 11 pct., der ikke har en bolig. I ACT-forløbene er det 22 pct., der ved den sidste måling ikke har en bolig.

TABEL 7.2

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter, hvor længe de ved startmålingen har haft den nuværende bolig (af dem, der har en bolig). Procent.

Har haft bolig i:	CTI (n = 56)	ICM (n = 24)	ACT (n = 2)
Under 1 måned	25	0	50
1-3 måneder	48	50	50
3-6 måneder	9	21	0
6-12 måneder	7	17	0
12 måneder og derover	5	4	0
Uoplyst	5	8	0
I alt	100	100	100

Kilde: Indviddokumentationen.

Tabel 7.3, om de borgere, der ved henholdsvis start- og slutmålingerne ikke har en bolig, er skrevet op til en bolig. De få borgere, der stadig ikke har en bolig, er skrevet op til forskellige typer af boliger. Nogle venter på en almen bolig eller anden lejebolig, mens andre venter på en bolig i et botilbud.

Når først borgeren har fået en bolig, viser opgørelserne, at borgeren i næsten alle tilfælde fastholder boligen hen over indsatsforløbet (tabel 7.4). Af de 111 borgere, som indgår i forløbsopgørelserne, er det kun én borger, der har mistet boligen igen. Her skal vi gøre opmærksom på, at indsatsen kun har forløbet i op til halvandet år for de længste forløb. For at belyse, hvor mange der formår at fastholde boligen på længere sigt, ville det være nødvendigt at følge borgerne over en længere tidsperiode. Vi skal også gøre opmærksom på, at der, som det fremgik af figur 6.1 i kapitel 6, også er en del forløb, der afbrydes undervejs. I disse tilfælde har det ikke været muligt for bostøttemedarbejderen fortsat at

følge borgeren, og det fremgår således ikke af dokumentationen, om nogle af disse borgere efterfølgende har mistet boligen.

TABEL 7.3

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter indikator for boligopskrivning. Bostøttemedarbejders besvarelse. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 3)	Slut (n = 3)	Start (n = 25)	Slut (n = 6)	Start (n = 2)	Slut (n = 2)
<i>Boliger, borgeren er skrevet op til (af dem, der ikke har en bolig)</i>						
Skrevet op til almen bolig/familiebolig	100	0	48	50	0	50
Skrevet op til almen ungdomsbolig	0	0	12	17	50	50
Skrevet op til bolig/værelse i privat udlejning	0	0	12	17	0	0
Skrevet op til skæv bolig	0	0	4	0	0	0
Skrevet op til midlertidigt botilbud (SEL § 107)	0	33	0	17	0	0
Skrevet op til længerevarende botilbud (SEL § 108)	0	0	0	33	0	0
Skrevet op til anden bolig	0	0	4	0	0	0
Ikke skrevet op til bolig	0	33	28	0	50	0
Uoplyst	0	33	0	0	0	0
I alt	100	100	100	100	100	100

Anm.: Da det for disse indikatorer har været muligt at angive flere svar, summer andelen ikke til 100.

Kilde: Individdokumentationen.

TABEL 7.4

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter ændring i bolig-situation i løbet af bostøtteforløbet. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Procent.

	CTI (n = 56)	ICM (n = 46)	ACT (n = 9)	I alt (N = 111)
Har samme bolig gennem hele forløbet	88	61	67	75
Har fået en ny bolig under forløbet	11	39	33	24
Har mistet/er sat ud af boligen under forløbet	2	0	0	< 1
I alt	100	100	100	100

Kilde: Individdokumentationen.

#### BORGERNES OPLEVELSER AF AT FÅ ET HJEM

Det er et gennemgående træk i interviewene, at borgerne er meget tilfredse med at være flyttet i egen bolig og med den sociale støtte, de har modtaget gennem bostøtteforløbet. Mange af borgerne fremhæver direk-



te, at det ikke ville have været muligt for dem at bo i egen bolig, hvis ikke de havde fået den sociale støtte, der er fulgt med indsatsen.

En borger fortæller om, hvordan Housing First-indsatsen har betydet, at han efter et omflakkende liv med mange forskellige adresser for første gang oplever at have en rigtig bolig, hvor han får den støtte, han har behov for:

Borger: ”Nu er jeg et meget specielt tilfælde, fordi jeg har haft 52 adresser i mit liv, og det er første gang, jeg sådan set har en rigtig bolig, hvor det hele det kører, bare på grund af al den hjælp jeg får, jeg har boet der i et år, lige præcis. Så har jeg boet her i byen, der har jeg boet, ja faktisk i tre år. I boliger fire gange hvor det gik galt også, men nu får jeg hjælp til det hele og har fået en kontaktperson, og de styrer min økonomi her også, hjælper mig med, jeg får en masse medicin. Jeg har fået tilkendt førtidspension på tre måneder, fordi jeg åbenbart havde nogen psykiske problemer tilbage. Det har jeg haft i mange, mange år, det har jeg også fået hjælp til at tackle. Men jeg har svært ved at tage medicin, så det får jeg også hjælp til af min kontaktperson.”

Interviewer: ”Hvordan får du hjælp til det?”

Borger: ”Det gør jeg ved, at de kommer ned, ringer til mig, eller jeg kommer herop [på boformen, hvor interviewet foregår] og får det. Hvis der er en dag, de ikke hører fra mig, så møder de op. Så jeg har været utrolig glad for det der Housing First, det har bare fungeret for mig, så. Fået styr på livet, føler jeg selv.”

Interviewer: ”Hvordan? Den første tid i boligen, hvordan var den anderledes fra nogle af de andre gange, hvor du har flyttet bolig?”

Borger: ”Jamen, nu har jeg det meget med at isolere mig, og jeg har det bedst med at være alene, og det har bare fungeret, at der kommer én og snakker med mig og ligesom kontakter mig, så jo, jeg er faktisk kun positiv med det, der er sket for mig i hvert fald. Det har hjulpet mig rigtig meget.”

Interviewer: ”Ja. Var der noget, som var svært dér i den første bolig?”

Borger: ”Nej, men nu er jeg lidt speciel, jeg var så glad for at få mit eget, og hvor det hele kørte. De styrer min økonomi, og betaler min husleje og sådan noget. Mange gange er det, fordi jeg er roget ud af en bolig, fordi jeg har svært ved at styre min økonomi, men jeg er rigtig glad for at få en lejlighed, fordi jeg kommer til at blive der. Netop fordi jeg får hjælp til det hele.”

En anden borger fortæller, at det var rart at komme ud i egen bolig efter et ophold på et herberg, hvor der var mange mennesker og til tider uro:

Borger: ”Jeg syntes faktisk, det var rart at komme ud og stå på egne ben igen, ikk’, så det har jeg prøvet før selvfølgelig, og så komme væk herfra [boformen, hvor interviewet foregår]. Man kan godt få det, man kalder lidt kuller, så det blev for meget, ikk’. Nu er vi mange mennesker på forskellig basis, så der kan være uro og sådan noget, ikk’, så jeg havde god gavn af at komme ud i min egen verden, så det var jeg meget glad for.”

Interviewer: ”Var der nogen ting, der var svære ved at flytte ud i egen bolig?”

Borger: ”Det synes jeg faktisk ikke. Jeg var faktisk positivt overrasket over, at det gik så nemt. Så jeg har ikke oplevet noget problem eller noget, så det kører på skinner, om jeg så må sige, så det er fantastisk dejligt.”

Interviewer: ”Så jeg hører dig i hvert fald sige, at der ikke er så mange udfordringer ved at flytte ind, at du er glad for lejligheden? Og hvordan nu, hvad synes du om at bo der nu her?”

Borger: ”Ja, men jeg er sådan set stadig meget glad for at bo der, så jeg håber at kunne blive boende der i rigtig mange år nu her, for det er jeg blevet glad ved. Der er ikke noget, jeg er utilfreds med, i hvert fald. Så det ... Min fremtid ser lys ud, så jeg håber på det bedste [griner].”

Interviewer: ”Kan du prøve og sætte lidt ord på, hvad der er vigtigt for dig, for at du føler dig hjemme?”

Borger: ”Det er for det første, at der rent og pænt. Det kan jeg godt lide nu. Sådan har det ikke altid været. I forhold til min baggrund før med misbrug, så det kommer selvfølgelig af sig

sely, men så jo. Det er prioritet, at der er rent og pænt, at det er et godt sted at være.”

Ved at få sit eget hjem oplever borgerne en genoprettelse af muligheden for at kunne have et socialt liv og for at kunne opretholde og vedligeholde sociale relationer. Samtidig giver det at have sit eget hjem en bedre mulighed for at kunne regulere sociale relationer, herunder at vælge relationer til og fra. En borger fortæller, at noget af det vigtige ved at være flyttet i egen bolig er, at hun nu har fået nogle ordentlige rammer for at kunne have familie på besøg, samtidig med, at hun selv kan bestemme, hvem hun får besøg af, og at hun også kan vælge at være alene, når det er, hvad hun har mest brug for:

Interviewer: ”Hvordan var den første tid dér i lejligheden?”

Borger: ”Dejligt. Altså, jeg har jo hørt fra andre, der er flyttet ud på den her måde og sådan noget, at de ikke kunne sove og sådan noget, men det har jeg ikke noget problem med. Så det er rigtig, rigtig dejligt. Der er selvfølgelig, fordi netop økonomien ikke er stor og sådan noget, er der nogle ting, der er ... Men jeg har fået et meget, meget nært, jeg har hele tiden haft et nært forhold til min datter, men det har gjort det endnu mere nært.”

Interviewer: ”Du siger, det er dejligt at flytte ud i den her nye lejlighed? Kan du prøve og sætte lidt flere ord på, hvad det ellers er, der har været dejligt ved det?”

Borger: ”Der er dejligt. Det er netop, at jeg bor der selv. Jeg lukker dem ind, jeg har lyst til at have besøg af, og jeg kan være alene, når det passer mig. Og det har været dejligt, at jeg kan få min egen tid. Har jeg lyst til at ligge og, hvad hedder det, drikke kaffe hele formiddagen på sofaen, så gør jeg det. Selvstændigheden er kommet tilbage, som jeg har manglet meget her [på boformen]. Fordi der er mange regler og sådan nogle ting dér.”

Ved at være flyttet i egen bolig ligger der en normalisering af denne del af borgerens livssituation, og borgeren får genetableret et ligeværd med andre borgere. En borger fortæller, at opholdet i boligen betyder, at han ikke længere behøver at overnatte rundt omkring – på herberger eller på gaden. Han fortæller, hvordan han har haft en positiv oplevelse med de nye naboer i opgangen, som kom over for at hilse på ham og bød ham

velkommen med blomster. Det har bidraget til, at borgeren har følt sig velkommen i den nye opgang, og har givet ham en følelse af glæde.

Interviewer: ”Hvordan var det at flytte herind?”

Borger: ”Det var normalt”.

Interviewer: ”Hvordan var det normalt?”

Borger: ”Så jeg bare flyttede herover, så jeg har boet i hjemløse ... har været på et herberg. Så når jeg får lejlighed, jeg flytter herop.”

Interviewer: ”Følte du dig godt tilpas, da du flyttede ind her?”

Borger: ”Ja, jeg er meget glad. Meget stille og roligt sted. God lejlighed.”

Interviewer: ”Okay. Hvad synes du er godt ved lejligheden?”

Borger: ”Det er et stille område, og de er søde, god lejlighed jo, fordi jeg var hjemløs to år, og jeg er meget glad for lejligheden, den her lejlighed, ikk?”

Interviewer: ”Hvad har det betydet at få en bolig, når du nu har været hjemløs i to år?”

Borger: ”Du ved godt, der er forskel, når du ikke har noget sted du bor, end når du har lejlighed. Det er to forskellige ...[ting]. Du render rundt og sover forskellige steder hver dag, eller nogle gange du står på gaden, du ved, der er stor forskel.”

Interviewer: ”Her i lejligheden, nu har du boet her næsten et år. Var der nogle ting, som var svære i starten?”

Borger: ”Nej, nej. Overhovedet ikke. Jeg har ikke nogen problemer, og alle mine naboer, de er gode folk.”

Interviewer: ”Hvordan er de gode folk?”

Borger: ”Da jeg flyttede ind, de fleste af dem bankede på, velkommen og alt det der, ikk’? Nogle af dem de laver mad til mig, nogle de giver blomster.”

Interviewer: ”Hvordan har det været, hvad betyder det for dig?”

Borger: ”Velkommelse”.

Interviewer: ”Var det dejligt for dig?”

Borger: ”Ja.”

#### HJÆLPEN FRA BOSTØTTEN

Borgerne beskriver i de kvalitative interview den hjælp, de har fået fra bostøttemedarbejderne i forbindelse med at flytte i egen bolig. Det er et gennemgående træk i borgerinterviewene, at borgerne er meget tilfredse med den indsats, de har modtaget fra den sociale bostøtte, der har været helt afgørende for, at processen er lykkedes. I interviewene fremhæver borgerne i særdeleshed, hvorledes bostøtten er en stor hjælp i forhold til at håndtere hverdagen, og at det i vid udstrækning er bostøtten, der muliggør, at de kan bo i egen bolig. En borger fortæller om processen:

Interviewer: ”Fik du noget støtte dér i processen med at flytte ind i den nye bolig?”

Borger: ”Det har jeg gennem min kontaktperson, ja, og hun har været med mig hele vejen undervejs med boligsøgning og med at melde sig ind i boligselskab og sådan noget. Så jo, jeg har haft rigtig god gavn af hende.”

Interviewer: ”Hvordan så da du skulle flytte ind i boligen med møbler og alle sådan nogle ting, var der noget støtte i den proces?”

Borger: ”Det har der også været, ja. Der er en anden person herude [på boformen], jeg kan ikke lige huske, hvad hun er her, men hun var så med mig ude og købe gryder, potter og pander og håndklæder. Og så [navn], min kontaktperson, han har været med ude og købe møbler og sådan noget, ikk’, så jeg er faktisk startet helt fra bunden med alt til lejligheden. Det eneste jeg har haft med, det har været tøj.”

Interviewer: ”Okay. Hvordan har det været at starte helt fra bunden?”

Borger: ”Det har faktisk været okay. Man kan sige, at der er mange ting fra fortiden, som ikke på den måde er flyttet med. Så dér har jeg startet fuldstændig på en frisk.”

Selvom borgerne langt overvejende udtrykker en stor grad af tilfredshed med den hjælp og støtte, de har fået undervejs i forløbet, er der dog også borgere, som er utilfredse med forskellige forhold, og som i forskellige situationer ikke føler, at de har fået den hjælp, de havde behov for. En borger giver udtryk for utilfredshed med, at støtten ikke har været fleksibel nok i situationer, hvor hun har skullet til møder med kommunen.

Borger: ”Lige nøjagtig de gange jeg har haft behov for det, fordi jeg skal ud til nogle møder, så har de ikke tid. Og jeg ved godt, jeg lyder negativ, men i mine øjne er det meget vigtigt for mig, og fordi at nu er min sag altså i gang, og nu skal den ikke udsættes, fordi de sidder i møder eller et eller andet. Så ja, det er en af de ting, jeg synes er ... Jeg vil ikke sige, det er kritisabelt, men det er irriterende.”

En anden borger udtrykker utilfredshed med, at kommunen ikke har villet hjælpe med at administrere hans økonomi, til trods for, at det er, hvad han selv ønsker. Den manglende administration af økonomien gør borgeren bekymret for, om det går galt igen:

Borgeren: ”Jeg skal være sikker på, at min husleje bliver betalt, at jeg ikke får de der penge i hånden, eller så kører det af sporet fuldstændigt, og jeg har kun denne her kontakt i ni måneder, og så stopper det jo. Der er ikke sket en skid i de her to måneder. Jeg står selv med alle mine ting, og jeg får ikke åbnet post, og jeg får ikke gjort nogen ting, men jeg ved det jo godt, og jeg har lovet mig selv og min søn, at det skal køre den her gang, men jeg er skide bange for, at det går galt.”

Interviewer: ”Og du har ikke fået nogen støtte til økonomien?”

Borger: ”Nej, det har jeg ikke fået nogen støtte til, og det irriterer mig, og derfor synes jeg ikke, jeg kan bruge dem til noget. Det er fint nok, han kan komme med ud at handle, men [...] jeg

havde troet, der var lidt mere styr på det, men det er der ikke, sådan er det. Så må jeg styre det selv. Det skal jeg også, forhåbentlig.”

## BESKÆFTIGELSE OG FORSØRGELSE

Langt hovedparten af de hjemløse borgere er uden for arbejdsmarkedet, mens kun ganske få procent er i beskæftigelse (tabel 7.5).

Cirka halvdelen af borgerne er på kontanthjælp, og blandt borgerne i ICM- og ACT-forløbene er der også en del (cirka en fjerdedel), der modtager førtidspension. Når vi ser på udviklingen i borgernes beskæftigelses- og forsørgelsessituation, er det vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemer, og at det er borgere, der i udgangspunktet for de flestes vedkommende er langt fra arbejdsmarkedet. Det er derfor vigtigt at stille realistiske forventninger til, hvilken udvikling der er mulig, særligt over det forholdsvis korte tidsforløb, som indsatsen udgør.

Når vi sammenligner borgernes beskæftigelses- og forsørgelsessituation fra den første til den seneste måling, tegner der sig et billede af, at nogle få af borgerne er kommet i beskæftigelse, og det er ved slutmålingen 5 pct. af CTI-borgerne (fire personer) der er i beskæftigelse på ordinære vilkår, mens det gælder én borger i ICM-indsatsen. Der er dog også en lille stigning undervejs gennem forløbet i andelen, der er i aktivering, hvilket således gælder 14 pct. af borgerne i CTI-forløbene og 13 pct. af borgerne i ICM-forløbene ved slutmålingen. Det afspejler også, at nogle er kommet i ressourceforløb og nogle i jobafklaringsforløb. Andelen af personer, der er ledige, men ikke i aktivering, er således faldet mellem de to målinger. Selvom langt hovedparten af borgerne er uden beskæftigelse både ved den første og seneste måling, er det således tydeligt, at nogle borgere flytter sig lidt i forløbet, fx ved at påbegynde aktivering, og for ganske få af borgerne lykkes det endda at komme i ordinær beskæftigelse.

TABEL 7.5

Borgere i Implementerings- og forankringsprojektet, fordelt efter beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag ved start- og slutmåling. Særskilt for CTI-, ICM- og ACT-indsatsen. Procent.

	CTI		ICM		ACT	
	Start (n = 56)	Slut (n = 56)	Start (n = 46)	Slut (n = 46)	Start (n=9)	Slut (n=9)
<i>Beskæftigelse</i>						
Ansæt på ordinære vilkår	4	5	0	2	0	0
I fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l.	0	2	2	0	0	0
I aktivering, (inkl. løntilskud og virksomhedspraktik e.l.)	9	14	4	13	0	11
Ledig, men ikke i aktivering	55	39	61	46	67	33
Sygemeldt	7	11	2	4	0	0
Uden uddannelse	9	7	0	0	0	0
Uden for arbejdsmarkedet (fx førtidspension)	7	9	24	24	20	11
Andet	7	13	7	9	13	44
Uoplyst	2	0	0	2	0	0
<i>Forsørgelsesgrundlag</i>						
Løn	4	7	0	2	0	0
Arbejdsløshedsdagpenge eller sygedagpenge	7	4	2	0	0	0
Uddannelseshjælp	5	4	20	9	0	0
Kontanthjælp	55	48	48	52	89	56
Ressourceforløbsydelse	4	7	0	9	0	22
Jobafklaringsydelse	4	7	2	2	0	11
Arbejdsmarkeds- og uddannelsesyndelse	0	2	0	0	0	0
SU	5	5	0	0	0	0
Førtidspension	7	5	26	24	0	11
Folkepension	2	5	0	0	0	0
Ingen indtægt	2	0	0	0	0	0
Andet	5	5	2	0	0	0
Uoplyst	0	0	0	0	11	0
I alt	100	100	100	100	100	100

Kilde: Indviddokumentationen.

I de kvalitative interview bliver det tydeligt, hvordan følelsen af ikke at have så meget at tage sig til i hverdagen også hænger sammen med at være uden for arbejdsmarkedet. En borger, som er på førtidspension, reflekterer i den forbindelse over en mangel på aktiviteter i hverdagen:

Jamen, det er jo en sovepude, altså. Jeg er sgu' godt klar over, at jeg ikke er parat til at gå ud og tage et fuldtidsarbejde, men du bliver bare parkeret på den der pension der, altså – der er ikke nogen, du skal ikke noget. Det er lige meget, om jeg står op klokken ti eller klokken fire om eftermiddagen, ikk'? Altså, det



synes jeg sgu' er lidt ... Jeg er utroligt glad for, at jeg har fået den, og at det er stabilt, altså, jeg ved, der kommer penge ind hver måned, og det er jeg meget taknemmelig for, og samtidig så er det også, altså, så er det drøbende, ikk'?"

Et par af borgerne i de kvalitative borgerinterview er startet i aktiveringsforløb, efter at de er kommet i egen bolig. En enkelt borger fortæller, at hun efter et praktikforløb er kommet i ordinær beskæftigelse i en industrivirksomhed. Det er meget tydeligt, at denne borger oplever det som meget meningsfuldt nu at indgå i fællesskabet på en arbejdsplads. Samtidig har indkomsten, hun nu tjener, givet et bedre økonomisk råderum. Hun beskriver det gode forhold til sine nye kollegaer, og hvordan hun føler, at arbejdet bidrager til en udvikling:

Borger: "Så har jeg tættere på mit arbejde, der er kun fem kilometer. Ellers så kører jeg så med mine arbejdskollegaer derud til, hvor jeg arbejder, og det ... Ja, det er både mandag og fredag fra klokken tre til elleve, hvor jeg arbejder. Vi har det så superfedt derude, og dejligt, at de tager godt imod mig, og det er, jamen, jeg har det godt, jeg vokser med det."

Interviewer: "Hvad er det for et sted, du arbejder?"

Borger: "Det er sådan et sted, hvor de producerer [anonymiseret] til butikker, hvor vi pakker ned og i kasser, og det kommer ud i bilerne og ud til virksomhederne, så og det er et godt arbejde, og søde kollegaer igen, og du tjener en rigtig fed løn, altså. Det er bare kanon det hele, altså. Jeg føler mig i hvert fald sat i mit eget, rette element, og jeg har selv søgt det. Så jobcentrene, de er ikke så gode til at sende folk ud i arbejde. Jeg har selv søgt om at komme ud, så det har jeg gjort."

Interviewer: "Har du fået noget støtte fra [bostøttemedarbejder] dér i forhold til at søge job?"

Borger: "Hun har guidet til, at jeg skulle på det ene og det andet, og så hænger det så sammen med, at det at komme ud i praktik, det har jeg også prøvet før, jeg har været i [navn på butik] i [by-navn], da jeg boede derovre engang, men det gik jo ikke med kæresten, og jeg ville bare tilbage hertil, fordi jeg er herfra."

## BORGERNES ØVRIGE LIVSSITUATION

Bostøttemedarbejderne har undervejs i forløbet vurderet omfanget af borgernes helbredsproblemer, misbrugsproblemer og sociale netværk samt håndteringen af deres økonomi, deres evne til at varetage dagligdagsfunktioner og deres mulighed for at benytte øvrige eksisterende støtte- og behandlingstilbud. I tabellerne 7.6-7.9 opgøres for hver bostøttemetode andelen af borgerne, der fra den første og til den sidste måling får en mere negativ, en uændret eller en mere positiv vurdering på de enkelte mål. Andelen er beregnet blandt de borgere, hvor bostøttemedarbejderen ved den første måling har angivet, at borgeren har et problem på den pågældende indikator, eller hvor problemet er opstået eller opdaget undervejs.

Ligesom når det gælder borgernes beskæftigelses- og forsørgelssituation, er det vigtigt at tage højde for, hvilken udvikling eller hvilke forandringer der realistisk set kan forventes, når borgerens situation på de øvrige indikatorer sammenholdes over tid. Der er tale om borgere med alvorlige sociale og helbreds-mæssige problemer, som desuden ofte har langvarige hjemløshedsforløb bag sig. Selvom det er forhåbningen, at indsatsen er med til at muliggøre en recovery-proces og en forbedring af livssituationen på en række områder af borgerens liv, betyder kompleksiteten af borgernes sociale og helbreds-mæssige problemer, at man for de fleste af borgernes vedkommende næppe kan forvente en stor forandring af livssituationen over den periode på et halvt til halvandet år, som indsatsen forløber over. En borger udtrykker dette således:

Det er meget det samme. Der er ikke en kæmpe stor ændring, grundvilkårene i mit liv er stadig noget lort, så det ændrer sig ikke ved, at man flytter ud.

Endvidere peger bostøttemedarbejderne i de kvalitative interview på, at medarbejderen får et dybere kendskab til borgerens problemer og udfordringer, efterhånden som forløbet skrider frem. Fx viser misbrugsproblemer eller helbredsproblemer sig ofte at være mere omfattende end først antaget. Når man sammenligner vurderingen af problemernes omfang ved den seneste måling med den tilsvarende vurdering ved den første måling, kan en mere negativ vurdering ved den seneste måling i nogle tilfælde blot være udtryk for, at det reelle omfang af de forskellige problemer er blevet mere tydeligt i løbet af forløbet.

Selvom man således ikke på relativt kort sigt kan forvente en markant forandring i borgerens øvrige livssituation, er en væsentlig forandring dog, at borgeren gennem Housing First-indsatsen og med hjælp fra den sociale bostøtte er kommet i bolig, og at langt hovedparten af borgerne, trods deres alvorlige sociale og helbredsmæssige problemer, formår at fastholde boligen igennem indsatsforløbet.

Der er langtfra noget entydigt billede af udviklingen blandt borgerne på tværs af målene. For alle tre metoder er der for den største gruppe af borgerne en uændret vurdering på de fleste af indikatorerne. Der er også en del af borgerne, der i løbet af indsatsen får en mere negativ vurdering, mens andre får en mere positiv vurdering.

Der er en vis tendens til en lidt større andel med en positiv udvikling blandt borgerne i CTI-forløbene på de fleste af indikatorerne. Fx er der 45 pct. af de CTI-borgere, der har alkoholproblemer, hvor bostøttemedarbejderne ved den sidste måling vurderer omfanget af disse problemer mindre, end det var tilfældet ved den første måling. Omvendt er der 18 pct., hvor omfanget af alkoholproblemer er vurderet mere omfattende ved den sidste måling end ved den første. For 61 pct. af CTI-borgerne vurderes evnen til at håndtere dagligdagsfunktioner bedre ved den sidste end ved den første måling, og for 40 pct. er det samme tilfældet i forhold til borgerens evne til at håndtere sin økonomi.

For borgerne i ICM-forløbene er det på de fleste indikatorer generelt en lidt lavere andel end ved CTI-forløbene, hvor der er tale om en mere positiv vurdering ved den sidste måling. Det kan hænge sammen med, at borgerne i ICM-forløbene set under ét har mere komplekse støttebehov end CTI-borgerne. Fx er det kun 20 pct. af ICM-borgerne med alkoholproblemer, hvor der er en mere positiv vurdering ved den sidste måling, mens der for 30 pct. er en mere negativ vurdering. For 27 pct. af borgerne i ICM-forløbene er der en mere positiv vurdering i forhold til omfanget af psykiske problemer, mens der for 30 pct. er en mere negativ vurdering, når vi sammenligner den første og den sidste måling. For borgerne i ACT-forløb finder vi samme tendens som for ICM-forløbene, med en nogenlunde lige stor andel med henholdsvis en positiv og en negativ udvikling på de fleste indikatorer. Her skal der dog igen gøres opmærksom på, at andelen for ACT-forløbene er baseret på et lille antal borgere.

TABEL 7.6

Borgere i CTI-forløb, som har specifikke problemer, fordelt efter udvikling fra første til sidste måling. Bostøttemedarbejders vurdering. Procent.

Problemer:	Medarbejders vurdering		
	Mere negativ	Uændret	Mere positiv
<i>Misbrug</i>			
Alkohol (n = 22)	18	36	45
Stoffer (n = 6)	17	50	33
Hash (n = 16)	19	50	31
Medicin (n = 4)	50	25	25
<i>Helbred</i>			
Fysiske helbredsproblemer (n = 34)	32	50	18
Psykiske problemer (n = 46)	13	59	28
<i>Økonomihåndtering (n = 45)</i>	20	40	40
<i>Sociale forhold</i>			
Dagligdagsfunktioner (n = 33)	15	24	61
Socialt netværk (n = 53)	13	47	40
Benytte behandlingssystem (n = 34)	32	35	32

Anm.: Opgørelserne er foretaget for de borgere, for hvem det tidligere i forløbet er angivet, at de har det pågældende problem.

Kilde: Individokumentationen.

TABEL 7.7

Borgere i ICM-forløb, som har specifikke problemer, fordelt efter udvikling fra første til sidste måling. Bostøttemedarbejders vurdering. Procent.

Problemer:	Medarbejders vurdering		
	Mere negativ vurdering	Uændret vurdering	Mere positiv vurdering
<i>Misbrug</i>			
Alkohol (n = 20)	30	50	20
Stoffer (n = 14)	36	29	36
Hash (n = 19)	32	32	37
Medicin (n = 7)	0	86	14
<i>Helbred</i>			
Fysiske helbredsproblemer (n = 36)	25	64	11
Psykiske problemer (n = 44)	30	43	27
<i>Økonomihåndtering (n = 38)</i>	16	50	34
<i>Sociale indikatorer</i>			
Dagligdagsfunktioner (n = 32)	31	25	44
Socialt netværk (n = 41)	20	61	20
Benytte behandlingssystem (n = 33)	15	58	27

Anm.: Opgørelserne er foretaget for de borgere, for hvem det tidligere i forløbet er angivet, at de har det pågældende problem.

Kilde: Individokumentationen.

TABEL 7.8

Borgere i ACT-forløb, som har specifikke problemer, fordelt efter udvikling fra første til sidste måling. Bostøttemedarbejders vurdering. Procent.

Problemer:	Medarbejders vurdering		
	Mere negativ vurdering	Uændret vurdering	Mere positiv vurdering
<i>Misbrug</i>			
Alkohol (n = 5)	20	20	60
Stoffer (n = 1)	0	100	0
Hash (n = 7)	43	43	14
Medicin (n = 2)	0	50	50
<i>Helbred</i>			
Fysiske helbredsproblemer (n = 7)	14	29	57
Psykiske problemer (n = 8)	38	38	25
<i>Økonomihåndtering (n = 9)</i>			
<i>Sociale indikatorer</i>			
Dagligdagsfunktioner (n = 5)	60	0	40
Socialt netværk (n = 9)	22	44	33
Benytte behandlingssystem (n = 8)	50	25	25

Anm.: Opgørelserne er foretaget for de borgere, for hvem det tidligere i forløbet er angivet, at de har det pågældende problem.

Kilde: Indviddokumentationen.

I de kvalitative interview fortæller borgerne om den betydning, opholdet i egen bolig og den sociale støtte har for at kunne håndtere de væsentlige problemer og udfordringer i deres liv. En borger forklarer, hvordan den struktur, opholdet i egen bolig har givet hende i hendes liv, sammen med den sociale støtte er vigtig for at kunne undgå at falde tilbage i et alkoholmisbrug:

Interviewer: ”Hvis du så skulle prøve og sige fra sådan dit perspektiv, hvad tænker du så, er vigtigt for at få den her overgang til at bo i egen bolig til at lykkes, til at man bliver boende og får det godt, som du har?”

Borger: ”Ja, jamen altså for mit tilfælde, så er det jo, at jeg skal holde mig fra ... mit problem, det er alkoholen. Så jo, det er det, der er vigtigt for mig.”

Interviewer: ”Og er der støtte til det også?”

Borger: ”Det er der også blandt andet, så jo.”

Interviewer: ”Er der andre ting, som du tænker er vigtige for, at det lykkes at flytte i bolig?”

Borger: ”Det er fortsat at fastholde mig i, at der skal gøres rent, at jeg selv skal købe ind, få betalt regningerne.”

Interviewer: ”Hvorfor er det vigtigt med de her praktiske ting – at få styr på det?”

Borger: ”Så fungerer min hverdag, må man sige – ja, jo. Der er også en struktureret hverdag, når jeg gør de ting, som også er med til at holde mig fra den, som man siger i mit sprog, ikk?”

Interviewer: ”Fra den?”

Borger: ”Den første. Den første genstand.”

Interviewer: ”Og hvordan, hvis du synes, at du har brug for at komme i kontakt med din støtteperson, fx hvis du fik lyst til at drikke eller sådan, har du mulighed for det?”

Borger: ”Det har jeg, ja. Vi skal lave en telefonliste over de vigtigste personer for mig. Men p.t. så har jeg hans kort i min pengepung, så jeg frit kan ringe til ham, hvis jeg har lyst, og det er faktisk 24/7. Så jo.”

Interviewer: ”Er det noget, du har benyttet dig af på noget tidspunkt?”

Borger: ”Nej, det har jeg aldrig. Det er en mulighed, jeg har, hvis det skulle brænde på, ikk?”

Flere af de interviewede borgere fortæller som tidligere nævnt, hvordan det har været muligt for dem at styrke deres sociale relationer og netværk, siden de er kommet i egen bolig. Det gælder ikke mindst, at boligen muliggør at kunne få familie og venner på besøg. Særligt fremhæver flere borgere, at kontakten med deres børn er blevet bedre og mere hyppig, efter at de har fået deres egen bolig. En borger fortæller, at han ikke havde set sine voksne børn i fire år, men at kontakten nu er genoptaget, og at han har haft børnene på besøg i den nye bolig:

Borgeren: ”Jeg har haft mine børn på besøg – jeg har to piger. De har været ovre ved mig, nu har jeg kontakt til dem igen, så ja.”

Interviewer: ”Hvordan har du fået kontakt til dem igen?”

Borger: ”Jamen, jeg har jo haft kontakt sådan mere eller mindre et par gange om ugen, men de bor i [bynavn], så det er lidt langt at cykle. Og jeg har ikke haft en bolig, hvor jeg har kunnet invitere dem på besøg før nu. En bolig, der var i orden, og hvor alting var i orden. Så det er første gang i fire år, jeg har set mine børn, efter jeg er kommet i bolig. De var hernede i fem dage. Det er så tilbage i november måned, men de har været her. Nu skal jeg være morfar, må det hedde. Så skal jeg også til at besøge dem, så.”

Interviewer: ”Ja? Hvad betyder det at have en bolig, hvor du kan invitere dem?”

Borger: ”Jamen, det betyder rigtig meget. De synes også, det var en dejlig bolig, og jeg får dem fortalt også det meste af det, hvorfor jeg ikke rigtig har kunnet invitere dem, og det var de jo så mere eller mindre klar over, fordi at de har været rykket med rundt nogle gange også. Det har vi fået snakket ud om.”

Interviewer: ”Er det også, er det noget, du har talt med din støt-teperson om? Sådan ligesom hvordan du skulle gribe den an, og hvordan du skulle?”

Borger: ”Ja, det har jeg. Hun syntes, den var en knaldgod idé, så ja.”

Samtidig med at boligen spiller en væsentlig rolle for at kunne opretholde familiære relationer, har også bostøtten en væsentlig funktion, i og med at hjælpen fra bostøtten giver mulighed for at opretholde en rollefordeling, hvor den sociale og praktiske hjælp fra bostøttemedarbejderen giver borgeren mulighed for ikke at være afhængig af hjælp og støtte fra familie og venner, hvilket til tider har belastet disse relationer. Derved er det muligt at fokusere mere på indholdet af relationen til familie og venner, hvilket bidrager til at skabe en bedre og stærkere relation. En borger beskriver, hvorledes den støtte og hjælp hun får fra bostøtten, betyder, at

hun bedre kan have familie og venner på besøg, uden at de skal hjælpe hende:

Borger: ”Jeg har jo min ekskæreste, som er mig meget behjælpelig og sådan nogle ting, men han har også selv rigtig meget lige i øjeblikket, ikk’? Og dér har det været rart, at de har kunnet hjælpe mig i stedet for. Også fordi min datter, hun har jo så sommerferie nu, men hun har jo også sit eget liv, jeg skal jo ikke være afhængig af en 18-årig pige, der har en dejlig kæreste, hun gerne vil se rigtig meget [griner]. Så på den måde, dér har det været rart, at [bostøttemedarbejderen] har kunnet være inde over.”

Interviewer: ”Ja. Så det her med at få noget støtte udefra, som ikke nødvendigvis er familie eller kæreste eller sådan?”

Borger: ”Ja, så netop min familie, kæreste, eller hvad det er, kan komme på besøg for at besøge mig og ikke for at hjælpe mig. For der er [navn på ekskæreste], som er min tidligere kæreste og bedste ven, som selv er, har travlt, meget travlt angående en masse ting lige i øjeblikket, dér kan jeg godt forstå, at det har været irriterende for ham, at han altid har skullet hjælpe mig, at han ikke har kunnet komme og slappe af, som han kunne før. [...] I starten var det sådan, at [bostøttemedarbejderen] var meget inde over og sådan nogle ting dér, ikk’? Netop også for at jeg ikke skulle belaste min egen omgangskreds med det, ikk’? Men hvor jeg nu er blevet mere frisk til også at sige til min egen omgangskreds: ’Kan du ikke lige komme og køre mig ud og handle?’ og de dér ting, ikk’?”

Denne oplevelse af, at boligen nu udgør en ramme for at kunne ses med familie og venner, deles af en anden af interviewpersonerne:

Interviewer: ”Og hvordan med i lejligheden, får du nogle gange besøg i lejligheden?”

Borger: ”Ja, dér har jeg mine tre søskende, som kommer jævnligt. Jeg har mine to venner fra dagbehandlingen, som også kommer.”

Interviewer: ”Og hvad laver I fx, når de kommer på besøg?”



Borger: ”Jamen, vi kan lave en hyggeaften med en film eller lave mad sammen. Der er flere forskellige ting, som vi kan, ja, jo.”

Interviewer: ”Hvordan synes du, det er at få besøg i lejligheden?”

Borger: ”Jeg synes, det er rigtig rart. Det er jeg meget glad for. Så også at de kan se, at jeg fungerer, og ikke alt det der ...”

Interviewer: ”Hvordan det? Kan du prøve og sige lidt mere om det, at de kan se, at du fungerer?”

Borger: ”Jamen, det er fx at holde mig fra den første [genstand], som er det vigtigste. Men også at der er rent og pænt i lejligheden.”

Samme borger beskriver lidt tidligere i interviewet også, hvordan hun er kommet i gang med nye aktiviteter i hverdagen:

Borger: ”Jeg går til styrketræning tre gange om ugen, fitness hedder det. Og så har jeg to venner, som jeg har gået i dagbehandling med, som jeg også ses med og får gået nogle ture. Cykler også, så jo. Det er sådan det, jeg fylder min hverdag ud med.”

Interviewer: ”Det her fitness, hvordan kom du i gang med det?”

Borger: ”Det gjorde vi i dagbehandling. Der gik vi to gange om ugen, og som man siger, altså for at få fyldt noget i stedet, hedder det, så var det en af tingene, og så tænkte jeg: ’prøv det’, altså dengang det var fitness. Altså, jeg har aldrig prøvet det før, men altså, jeg var da frisk på at springe ud i det, og så kunne jeg se, at det var noget, jeg havde lyst til at fortsætte med, og det har jeg så gjort.”

Flere af interviewpersonerne beretter imidlertid om, at de er socialt isolerede. En borger giver dog udtryk for, at han har det godt med at være alene:

Borger: ”Jeg ... er meget alene. Og har det godt med det. Jeg tager ud for at få medicin, ellers så kommer min kontaktperson ind til mig, eller vi kører en tur eller noget. Derudover har jeg

det bedst med at være alene. Så min hverdag, det ... Jeg har så også fået en kæreste, der bor i [bynavn]. Hun kommer gerne en gang om ugen i nogle dage eller et par dage. Det er også noget nyt noget, efter jeg har fået lejlighed. Jeg har aldrig kunnet have en kæreste, fordi at jeg havde jo ikke noget ordentligt.”

Interviewer: ”Går du til nogle sådan aktiviteter? Nu nævnte du fitness, men går du til andre aktiviteter?”

Borgeren: ”Nej, det gør jeg ikke.”

Interviewer: ”Og hvordan med besøg i lejligheden, får du det nogle gange?”

Borgeren: ”Nej, det gør jeg ikke. Ikke ud over min kontaktperson. Jeg gider ikke have gæster.”

Interviewer: ”Hvordan kan det være?”

Borgeren: ”Jamen, det har noget med sygdommen at gøre, så. Jeg har det godt med at isolere mig, jeg kan godt lide at være alene.”

Interviewer: ”Men du fik nogle gange besøg af din kæreste eller dine børn?”

Borgeren: ”Mine børn var der i nogle dage for ... Og min kæreste, hun kommer mere og mere. Før var det engang hver 14. dag, og nu begynder hun at komme en gang om ugen i nogle dage. Gerne i weekenderne, når hun har fri, ikk’? Så ... Men det er også, fordi jeg har min egen bolig, ikk’?”

Interviewer: ”Hvordan er det at have hende på besøg?”

Borgeren: ”Bare hun ikke er der for lang tid ad gangen.”

En anden borger fortæller, at bostøttepersonen er vigtig i forhold til at modvirke følelsen af isolation:

Interviewer: ”Hvordan synes du – er der noget, der fungerer særligt godt ved at have en støtteperson, som kommer hjem til én?”

Borger: ”Jeg synes, det fungerer rigtig godt. Der kommer én og snakker med mig. Også fordi jeg har tendens til at isolere mig, og det må jeg ikke. Fordi så sidder jeg lidt i min egen verden, det er, det er betryggende, at der bliver holdt øje med én, og ikke bare, at man ved, at hvis der sker noget, så er de der for én. Det er min kontaktperson i hvert fald. Vi kører også ud på ture i skoven og går en lang tur i skoven. De spørger mig til, om vi skal tage til stranden, eller det gør min kontaktperson, om vi skal køre ud. De er her jo ikke kun til at handle, de er her også til at tage mig ud og i hverdagen, som man siger.”

Mens nogle borgere har formået at skabe kontakt til familie og venner og har fået aktiviteter ind i deres hverdag, betyder fraværet af både socialt netværk og daglige aktiviteter, at der for nogle borgere ikke er meget at tage sig til i hverdagen. En borger beskriver, hvordan dagen for det meste går med tv og internet:

Interviewer: ”Hvordan med familie? Er der noget familie, du ser?”

Borger: ”Nej. Begge mine forældre er døde, og min mor døde sidst, for et par år siden, og jeg har ikke haft noget kontakt med dem i, ja, femten år eller sådan noget.”

Interviewer: ”Hvordan med sådan her i opgangen eller området, taler du med nogen her?”

Borger: ”Nej, jeg hilser på folk nede i vaskeriet, og når man møder dem, altså, så de virker til at være søde og rare mennesker. Så det har jeg det fint nok med.”

Interviewer: ”Og hvordan er det – kan du prøve og fortælle mig lidt om, hvad får du hverdagen til at gå med for tiden?”

Borger: ”Jamen, internettet og fjernsyn, det er det. Det er det.”

Interviewer: ”Kunne du godt tænke dig at lave nogle flere ting?”

Borger: ”Ja, jeg kunne godt tænke mig at komme ud og komme i gang, træne igen, og altså, og jeg kan godt sige til mig selv, at fra i morgen af, så gør vi sådan og sådan, men så bliver det bare ikke gjort. Jeg har ingen energi overhovedet.”

Et ret bemærkelsesværdigt resultat fra interviewene er imidlertid, at borgernes oplevelse af at have et begrænset eller helt fraværende socialt netværk og mangel på aktiviteter i hverdagen generelt ikke influerer på deres oplevelse af at bo i egen bolig. Der er således ingen af de interviewede borgere, der giver udtryk for, at de ikke ønsker at bo i egen bolig på grund af det begrænsede netværk eller de manglende aktiviteter. Eksempelvis beskriver den borger, som ovenfor beskrev den fraværende kontakt med både familie og naboer, at han føler sig hjemme i sin nye bolig og håber, at han kan beholde den længe:

Interviewer: ”Tænker du, at du bor i den her bolig om fem år?”

Borger: ”Det vil jeg håbe, jeg gør [lang pause]. Og jeg tror det faktisk også. Jeg har en tro på, at det nok skal lykkes, det tror jeg. Jeg føler mig hjemme her, og det har jeg fandeme ikke gjort mange andre steder. Altså, jeg har boet mange mærkelige steder, men jeg føler mig hjemme her.”

Interviewer: ”Hvordan kan det være?”

Borger: ”Det ved jeg ikke. Jeg har, altså det er helt vildt underligt. Det rækkehus jeg havde og andre lejligheder, jeg har haft, dér har jeg slet ikke følt på den her måde. [...] Jeg føler mig hjemme her. Jeg kan godt se mig blive boende her. Jeg synes, det ligger genialt, så ...”

## BORGERNES VURDERING AF DERES SITUATION

Vi har også målt udviklingen i borgernes eget syn på deres livssituation fra start- til slutmålingen. Da der er en del af borgerne, der ikke har besvaret dette skema, er antallet reduceret til de borgere, som har besvaret minimum to spørgeskemaer om borgernes egen oplevelse af deres livssituation. Særligt når vi ser udviklingen for borgeren over forløbet, skal vi være varsomme med at tolke på resultaterne, idet vi må forvente, at det særligt er de mindst velfungerende borgere, der ikke har besvaret disse spørgsmål. På grund af det betydelige frafald sammenligner vi i de følgende opgørelser blot svarfordelingerne på de forskellige indikatorer ved den første og den sidste måling, mens vi ikke opgør, om der har været tale om en positiv eller negativ udvikling for den enkelte borger. Særligt

for ACT-indsatsen skal der gøres opmærksom på, at der er tale om få borgere (syv personer).

Ser vi på borgernes egen vurdering af deres subjektive velvære (tabel 7.9), er der flere, der har en positiv vurdering ved slutmålingen end ved startmålingen på de forskellige indikatorer. Eksempelvis er andelen, der føler sig nyttig ofte eller meget ofte, steget fra 40 til 59 pct. for borgere på CTI-forløb og fra 35 til 50 pct. for borgere på ICM-forløb.

TABEL 7.9

Fordeling på indikatorer for borgerens psykiske helbred ved start- og slut-måling, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgernes egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 41)		ICM (n = 20)		ACT (n = 7)	
	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
<i>Optimistisk i forhold til fremtiden</i>						
Meget ofte	17	12	0	10	29	14
Ofte	27	34	25	25	29	57
En gang imellem	32	39	35	40	29	14
Næsten aldrig	17	15	30	15	14	14
Aldrig	7	0	10	10	0	0
<i>Følt sig nyttig</i>						
Meget ofte	20	20	10	20	43	14
Ofte	20	39	25	30	0	29
En gang imellem	37	27	35	30	14	43
Næsten aldrig	15	15	20	15	43	14
Aldrig	10	0	10	5	0	0
<i>Følt sig afslappet</i>						
Meget ofte	12	15	10	5	29	14
Ofte	15	27	20	15	14	29
En gang imellem	37	39	25	50	29	29
Næsten aldrig	27	15	30	25	29	14
Aldrig	10	5	15	5	0	14
<i>Klaret problemer godt</i>						
Meget ofte	17	17	15	20	29	14
Ofte	37	46	25	30	14	57
En gang imellem	24	29	45	40	43	29
Næsten aldrig	15	5	15	5	14	0
Aldrig	7	2	0	5	0	0
<i>Tænkt klart</i>						
Meget ofte	27	24	20	10	14	14
Ofte	34	46	30	45	14	29
En gang imellem	17	24	40	35	71	29
Næsten aldrig	15	5	10	5	0	29
Aldrig	7	0	0	5	0	0
<i>Følt sig tæt på andre mennesker</i>						
Meget ofte	10	29	15	5	14	29
Ofte	44	29	25	35	14	14
En gang imellem	24	24	35	25	57	29
Næsten aldrig	15	15	15	25	14	29
Aldrig	7	2	10	10	0	0
<i>Været i stand til at danne sin egen mening</i>						
Meget ofte	39	41	30	30	29	43
Ofte	32	46	65	55	29	43
En gang imellem	17	12	5	15	43	14
Næsten aldrig	7	0	0	0	0	0
Aldrig	5	0	0	0	0	0

Kilde: Individdokumentationen

Tabel 7.10 viser udviklingen på indikatorer for hverdagslige aktiviteter.

TABEL 7.10

Fordeling på indikatorer for hverdagslige aktiviteter ved start- og slutmåling, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgernes egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 41)		ICM (n = 20)		ACT (n = 7)	
	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
<i>Kommer ud hver uge og deltager i aktiviteter, som jeg godt kan lide</i>						
Meget enig	20	22	20	10	0	14
Enig	22	41	20	30	29	29
Hverken enig eller uenig	20	10	15	25	29	29
Uenig	20	12	10	10	29	29
Meget uenig	15	12	25	20	14	0
Uoplyst	5	2	10	5	0	0
<i>Ser regelmæssigt sin familie</i>						
Meget enig	12	22	15	5	14	29
Enig	32	32	25	15	14	29
Hverken enig eller uenig	20	20	5	25	0	0
Uenig	15	20	20	15	29	14
Meget uenig	22	7	35	40	43	29
<i>Ser regelmæssigt venner og bekendte</i>						
Meget enig	27	37	25	15	14	43
Enig	29	32	35	40	43	29
Hverken enig eller uenig	7	17	10	15	0	29
Uenig	15	10	20	10	29	0
Meget uenig	22	5	10	20	14	0
<i>Kan selv klare gøremål som rengøring og indkøb</i>						
Meget enig	54	56	35	40	43	57
Enig	24	32	35	30	29	43
Hverken enig eller uenig	15	5	20	20	14	0
Uenig	2	5	10	5	0	0
Meget uenig	2	2	0	5	14	0
Uoplyst	2	0	0	0	0	0

Kilde: Indviddokumentationen

På de fleste indikatorer er der for CTI-forløbene tale om, at flere har en positiv vurdering ved slutmålingen end ved startmålingen. Det gælder ikke i samme grad ICM-forløbene, hvor der samlet set ikke er en væsentlig forskel på borgernes vurdering, når vi sammenligner start- og slutmålingen. Eksempelvis er der sket et fald i, hvor stor en andel borgere i ICM-forløbene, der er enige eller meget enige i, at de regelmæssigt ser deres familie (fra 40 til 20 pct.). På samme indikator er der for både CTI- og ACT-forløbene flere borgere, der har en positiv vurdering ved slut-

målingen. På indikatoren for at kunne klare gøremål som rengøring og indkøb er andelen, der er enige eller meget enige i udsagnet, steget fra 78 til 88 pct. for CTI-forløb og fra 72 til 100 pct. for ACT-forløb.

Udviklingen i indikatorerne for borgerens psykiske problemer er overvejende positiv (tabel 7.11). Eksempelvis er andelen, der de sidste to uger har haft koncentrationsproblemer mere end halvdelen af dagene, næsten hver dag eller hver dag, faldet fra 46 til 31 pct. for CTI-forløbene. Andelen, der tilsvarende har følt sig nedtrykt, håbløs eller deprimeret, er faldet fra 65 pct. til 35 pct. for ICM-forløbene.

TABEL 7.11

Fordeling på indikatorer for borgerens psykiske problemer de sidste to uger, målt ved start- og slutmåling, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgernes egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 41)		ICM (n = 20)		ACT (n = 7)	
	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
<i>Haft koncentrationsproblemer</i>						
Slet ikke	29	32	25	15	14	14
Flere dage	22	34	0	15	29	43
Mere end halvdelen af dagene	2	17	5	25	0	14
Næsten hver dag	20	7	35	25	29	0
Hver dag	24	7	20	10	14	29
Uoplyst	2	2	15	10	14	0
<i>Følt sig nervøs, ængstelig eller anspændt</i>						
Slet ikke	20	37	35	30	29	29
Flere dage	17	29	15	25	43	14
Mere end halvdelen af dagene	17	24	20	10	0	14
Næsten hver dag	24	5	10	15	14	29
Hver dag	17	2	20	15	14	0
Uoplyst	5	2	0	5	0	14
<i>Følt sig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret</i>						
Slet ikke	37	41	30	20	43	14
Flere dage	27	27	5	35	14	43
Mere end halvdelen af dagene	17	17	20	20	14	29
Næsten hver dag	7	10	25	5	14	14
Hver dag	12	5	20	10	14	0
Uoplyst	0	0	0	10	0	0
<i>Følt sig psykisk skidt tilpas</i>						
Slet ikke	39	39	25	30	57	57
Flere dage	17	27	15	15	29	14
Mere end halvdelen af dagene	15	15	20	15	0	0
Næsten hver dag	12	10	25	15	0	0
Hver dag	17	5	15	10	14	0
Uoplyst	0	5	0	15	0	29

(Tabellen fortsættes)



TABEL 7.11 FORTSAT

Fordeling på indikatorer for borgerens psykiske problemer de sidste to uger, målt ved start- og slutmåling, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgernes egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 41)		ICM (n = 20)		ACT (n = 7)	
	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
<i>Høft hallucinationer</i>						
Slet ikke	88	93	75	75	86	100
Flere dage	2	5	10	10	0	0
Mere end halvdelen af dagene	0	2	5	0	0	0
Næsten hver dag	5	0	0	0	0	0
Hver dag	2	0	5	5	0	0
Uoplyst	2	0	5	10	14	0
<i>Høft svært ved at sove</i>						
Slet ikke	32	32	20	15	57	43
Flere dage	32	46	30	40	29	43
Mere end halvdelen af dagene	10	5	10	10	0	14
Næsten hver dag	15	12	20	10	0	0
Hver dag	10	5	20	25	14	0
Uoplyst	2	0	0	0	0	0

Kilde: Indviddokumentationen

Tabel 7.12 viser udviklingen på indikatorer for brug af rusmidler. Udviklingen i brugen af alkohol har varieret på tværs af typerne af forløb. For CTI-forløbene er der sket fald i andelen, der drikker alkohol hver dag, mens der også er sket et lille fald i andelen, der slet ikke har drukket alkohol de sidste 14 dage. Ser vi på ICM-forløbene, er der sket en stigning i de samme to indikatorer, mens der for ACT-forløbene er sket en entydigt positiv udvikling med en stigning i andelen, der slet ikke har drukket alkohol og et fald i andelen, der har drukket alkohol dagligt.

Med hensyn til brugen af hash er der ikke sket den store udvikling, da andelen med et dagligt hashforbrug er konstant for alle tre grupper. Det er få af borgerne, der tager hårde stoffer, og denne andel er generelt faldet lidt mellem start- og slutmålingen.

Andelen af borgere i CTI-forløb, hvis hverdag slet ikke er forstyrret af rusmidler, er steget fra 46 til 66 pct., mens andelen, hvis hverdag er forstyrret af rusmidler, er faldet. For både CTI- og ICM-forløbene er andelen, hvis hverdag er forstyrret af rusmidler, nogenlunde uændret. For ACT-forløbene er andelen, hvis hverdag er helt styret af rusmidler, faldet fra 43 til 14 pct.

TABEL 7.12

Fordeling på indikatorer for borgerens brug af rusmidler de sidste to uger ved start- og slutmåling, særskilt for CTI-, ICM- og ACT-forløb. Borgernes egen vurdering. Procent.

	CTI (n = 41)		ICM (n = 20)		ACT (n = 7)	
	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
<i>Drukket alkohol hvor ofte</i>						
Slet ikke	54	49	30	40	29	57
Flere dage	27	32	35	20	14	14
Mere end halvdelen af dagene	5	5	0	5	0	14
Næsten hver dag	2	10	20	5	14	0
Hver dag	10	5	15	30	43	14
Uoplyst	2	0	0	0	0	0
<i>Røget hash hvor ofte</i>						
Slet ikke	80	83	70	65	43	29
Flere dage	5	7	5	10	0	14
Mere end halvdelen af dagene	5	0	0	0	0	0
Næsten hver dag	2	2	5	0	0	0
Hver dag	5	7	20	20	57	57
Uoplyst	2	0	0	5	0	0
<i>Taget hårde stoffer hvor ofte</i>						
Slet ikke	95	100	65	80	100	100
Flere dage	2	0	20	10	0	0
Mere end halvdelen af dagene	0	0	5	5	0	0
Næsten hver dag	0	0	0	5	0	0
Hver dag	0	0	5	0	0	0
Uoplyst	2	0	5	0	0	0
<i>Hvilket udsagn passer bedst til forbrug af rusmidler</i>						
Hverdag er ikke forstyrret af rusmidler	46	66	35	25	29	29
Hverdag er lidt forstyrret af rusmidler	27	20	25	35	14	14
Hverdag er forstyrret af rusmidler	12	7	10	15	0	43
Hverdag er meget forstyrret af rusmidler	0	2	10	0	14	0
Hverdag er så forstyrret af rusmidler, at det helt styrer livet	2	0	20	20	43	14
Uoplyst	12	5	0	5	0	0

Kilde: Individdokumentationen

## SAMMENFATNING

Det væsentligste hovedresultat er, at langt hovedparten af de borgere, der har indgået i Housing First-indsatsen, har fået en bolig og har fastholdt boligen igennem indsatsforløbet. Det er meget få borgere, der har mistet boligen igen i løbet af indsatsperioden. Dermed ligger resultaterne fra Implementerings- og forankringsprojektet på linje med resultaterne fra

Hjemløsestrategien, der også viste, at en høj andel af dem, der fik en bolig sammen med social bostøtte, fastholdt boligen gennem indsatsforløbet.<sup>24</sup>

Der er dog en gruppe af borgerne, der ikke er kommet i egen bolig. Det gælder 13 pct. af borgerne i ICM-forløbene, mens næsten alle i CTI-indsatsen, 96 pct., er kommet i bolig. Det hænger også sammen med, at CTI-indsatsen – der er fokuseret på den kritiske overgang mellem herberg og egen bolig – sædvanligvis først igangsættes, når der er skaffet en bolig til borgeren. Der er således en mindre gruppe af borgerne, som det ikke er lykkedes at skaffe en bolig til. Nogle af disse borgere befinder sig stadig på en § 110-boform.

Samtidig er der, som det fremgik i kapitel 6, en gruppe af borgere, for hvem det ikke har været muligt at fastholde kontakten med bostøttemedarbejderen gennem forløbet, og som der således ikke foreligger målinger på, efter at kontakten er blevet afbrudt og forløbet er afsluttet.

Ud over boligsituationen er der også målt på en række andre parametre, der beskriver forskellige aspekter af borgerens livssituation, fx borgerens psykiske og fysiske helbred, omfanget af misbrugsproblemer, det sociale netværk og borgerens evne til at håndtere sin økonomi. Målingen af disse parametre er baseret på bostøttemedarbejderens vurdering af borgerens situation, og vi har sammenlignet den første og den sidste måling i forløbet. Der tegner sig ikke noget entydigt billede af udviklingen på disse mål. For de fleste borgere er der tale om en uændret situation. For nogle borgere kan der spores en fremgang, men der er også borgere, for hvem målingen peger på en tilbagegang. Bostøttemedarbejderne fremhæver dog, at man skal være varsom med at fortolke på udviklingen fra den første måling, da der i løbet af et støtteforløb ofte kommer problemer op til overfladen, som ikke viste sig lige så tydeligt i starten af forløbet. Samtidig skal der tages hensyn til, at der er målt over en forholdsvis kort indsatsperiode. Her kan det ikke forventes, at der sker en markant forandring af borgerens øvrige livssituation, når det gælder de ofte alvorlige psykosociale vanskeligheder, som karakteriserer de hjemløse borgere. På den baggrund skal resultaterne snarere udlægges sådan, at det på trods af de sammensatte sociale og helbredsmæssige problematikker, som disse borgere har, er lykkedes for dem at komme ud af hjemløshed og komme i egen bolig. Heri ligger et udgangspunkt for at kunne

---

<sup>24</sup> Jf. evalueringen af Hjemløsestrategien (Rambøll og SFI, 2013).

begynde at tage fat på de bagvedliggende årsager til, at de var kommet ud i en hjemløshedssituation.

De interviewede borgere har en meget positiv oplevelse af at være flyttet i egen bolig. Borgerne udtrykker glæde og lettelse over, at de har fået en bolig, der har givet dem en ny ramme om deres liv og hverdag. Ifølge borgerne har den sociale bostøtte været helt afgørende for, at de kunne flytte i egen bolig, og de fortæller, hvordan bostøttemedarbejderen giver en social og praktisk støtte og hjælper dem med at håndtere en række udfordringer i hverdagen. Samtidig fortæller borgerne, hvordan bostøtten har hjulpet dem med at skabe kontakt til forskellige øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser. Kun enkelte borgere udtrykker utilfredshed med dele af indsatsen. Det gælder primært forhold omkring administrationen af borgernes økonomi, hvor kommunen i nogle tilfælde ikke har ønsket at hjælpe borgeren med at administrere sin økonomi, selvom borgeren har ønsket dette.

En del af de interviewede borgere fortæller om, hvordan boligen har bidraget til, at de bedre har kunnet genskabe og udbygge kontakten til familien, herunder ikke mindst kontakten med deres børn. Der er også borgere, der fortæller, at de efter at være kommet i bolig, og med hjælp fra bostøtten, er kommet i gang med nye aktiviteter i hverdagen.

## LITTERATUR

- Anthony, W.A. (1993): "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), s. 11-23.
- Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen (2015): *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:21.
- Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark (2013): *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:35.
- Busch-Geertsema, V., W. Edgar, E. O'Sullivan & N. Pleace (2010): *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*. European Consensus Conference on Homelessness. Bruxelles: FEANTSA.
- Busch-Geertsema, V. (2013): *Housing First Europe. Final Report*. Bremen: GISS.
- Coldwell, C. & W. Bendner (2007): "The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis". *American Journal of Psychiatry*, 164(3), s. 393-399.
- Davidson, L., J. Tondora, & M.S. Lawless (2009): *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. New York: Oxford University Press.

- Goering, P., S. Veldhuizen, A. Watson, C. Adair, B. Kopp, E. Latimer, G. Nelson, E. MacNaughton, D. Streiner & T. Aubry (2014): *National At Home/Chez Soi Final Report*. Calgary: Mental Health Commission of Canada.
- Herman, D.B., S. Conover, P. Gorroochurn, K. Hinterland, L. Hoepner & E. Susser (2011): "Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 62(7), s. 713-719.
- Herman, D.B. & J.M. Mandiberg (2010): "Critical Time Intervention: Model Description and Implications for the Significance of Timing in Social Work Interventions". *Research on Social Work Practice*, 20(5), s. 502-508.
- Jensen, P., K.B. Jensen, E. Olsen & D. Sørensen (2004): *Recovery på dansk*. København: Systime Academic.
- Kertesz, S.G., K. Crouch, J. B. Milby, R.E. Cusimano & J.E. Schumacher (2009): Housing First for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87(2), s. 495-534.
- Lehman, A. F., L.B. Dixon, E. Kernan, B.R. Deforge & L.T. Postrado (1997): "A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness". *Archives of General Psychiatry*, 54, s. 1038-1043.
- Nelson, G., T. Aubry & A. Lafrance (2007): "A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management for Persons with Mental Illness Who Have Been Homeless". *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, s. 350-361.
- Padgett, D.K., B.F. Henwood & S.J. Tsemberis (2016): *Housing First. Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. New York: Oxford University Press.
- Pleace, N. (2011): "The ambiguities, limits and risks of Housing First from a European perspective". *European Journal of Homelessness*, 5(2), s. 113-127.
- Rambøll & SFI (2013): *Hjemløsestrategien. Afsluttende rapport*. København: Social- og Integrationsministeriet.
- Sahlin, I. (2005): "The Staircase of Transition: Survival through Failure". *Innovation – The European Journal of Social Science Research*, 18(2) s. 115-135.

- Susser, E., E. Valencia, S. Conover, A. Felix, T. Wei-Yann & R.J. Wyatt (1997): "Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A 'Critical Time' Intervention after Discharge from a Shelter". *American Journal of Public Health*, 87(2), s. 256-262.
- Tomita, A. & D.B. Herman (2012): "The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(9), s. 935-937.
- Tsemberis, S. (2010) *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minneapolis, MN: Hazelden Press.
- Tsemberis, S., L. Gulcur & M. Nakae (2004): "Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis". *American Journal of Public Health*, 94(4), s. 651-656.





## SFI-RAPPORTER SIDEN 2016

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbringelser. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1*. 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Dannesboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune*. 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.
- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-*

- fattige*. 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene*. 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Velfærdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomiske perspektiv*. 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister*. 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer*. 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedspartid. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4*. 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.
- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014*. 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.
- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et kønsopdelt arbejdsmarked. Udviklingsstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.

- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:22 Rangvid, B.S.: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed – afsluttende rapport*. 103 sider. e-ISBN: 978-87-7119-389-3. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.
- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektvaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider.

- ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse.* 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:30 Siren, A., M. Bjerre, H.B. Nørregård, N.K. Niss & H.H. Lauritzen: *Forebyggelse på aldrerådet. Evaluering af forebyggelse af fysiske, social og psykiske mistrivsel blandt ældre borgere.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-406-7. e-ISBN: 978-87-7119-407-4. 160,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:32 Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm: *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-411-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af Multifunc. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.
- 16:34 Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling.* 142 sider. e-ISBN: 978-87-7119-415-9. Netpublikation.
- 16:35 Fridberg, T. & J.F. Birkelund: *Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016. En undersøgelse af 12-17-åriges spil om penge og risikable spilleadfærd.* 192 sider. ISBN: 978-87-7119-416-6. e-ISBN: 978-87-7119-417-3. Pris 190,00 kr.
- 17:03 Benjaminsen L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M. T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther: *Housing first i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-418-0. Netpublikation.
- 17:04 Liversage, A: *Voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem.* 185 sider. e-ISBN: 978-87-7119-422-7. Netpublikation.



# HOUSING FIRST I DANMARK

## EVALUERING AF IMPLEMENTERINGS- OG FORANKRINGSPROJEKTET I 24 KOMMUNER

Rapporten er en evaluering af arbejdet med at udbrede og forankre Housing First-indsatsen og tre evidensbaserede bostøttemetoder. Hovedprincippet i Housing First er, at udsatte borgere, der er endt i hjemløshed, får et permanent sted at bo allerede i starten af et indsatsforløb, samtidig med at borgeren får en intensiv social støtte i hverdagen.

De evidensbaserede bostøttemetoder, der er anvendes sammen med Housing First-tilgangen er Critical Time Intervention (CTI), Intensive Case Management (ICM) og Assertive Community Treatment (ACT).

Rapporten beskriver erfaringer omkring de ledelsesmæssige og organisatoriske rammer, målgruppen for indsatserne og om de konkrete indsatser i kommunerne.

Evalueringen viser, at både borgere og kommuner har gode erfaringer med Housing First, men at især manglen på billige og passende boliger er en alvorlig barriere for udbredelsen af indsatsen.

Evalueringen er udført af SFI og Rambøll for Børne- og Socialministeriet som en del af satspuljeaftalen for 2014.