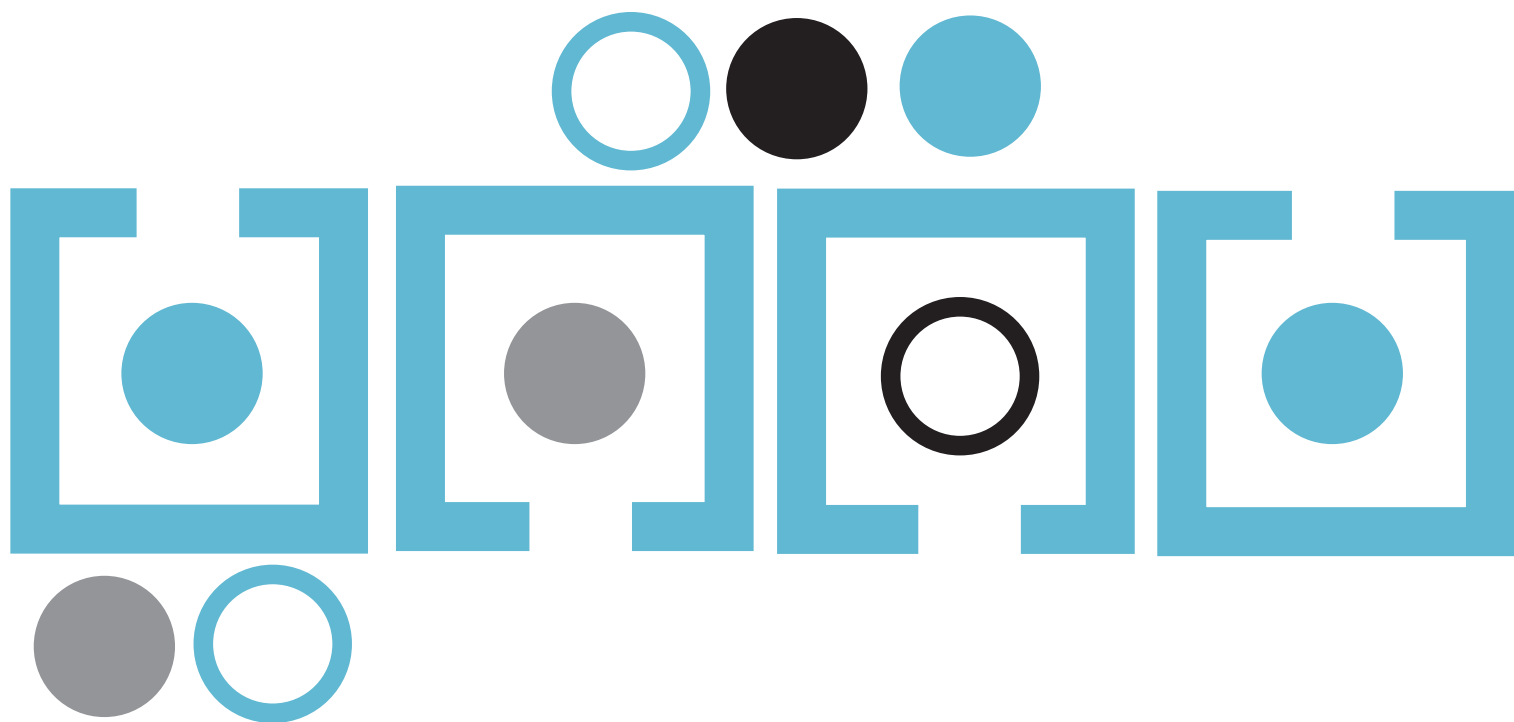


# **Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt**

En systematisk kartläggning av  
internationellt publicerade effektutvärderingar



ISBN 978-91-85999-98-9  
Artikelnr 2009-126-27

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2009

# Förord

---

Regeringen fattade i februari år 2007 beslut om en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Inom ramen för denna strategi har ett antal mål pekats ut. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att i samråd med Boverket, Kronofogdemyndigheten och Kriminalvården leda, samordna och koordinera ett fortsatt arbete mot hemlöshet samt motverka vräkning och hemlöshet bland barn i enlighet med regeringens strategi.

Kopplat till denna strategi har regeringen även gett ett antal särskilda uppdrag. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppdrag att, i samråd med Boverket, ta fram en kunskapsöversikt om effekter av olika boendelösningar. Det knyter an till en övergripande målsättning som varit viktig för socialtjänsten under senare år, nämligen att verka för en förstärkt kunskapsutveckling i anslutning till det praktiska sociala arbetet. Utvecklingen har inneburit ett förstärkt fokus på resultatet och effekterna av olika sociala insatser samt ett ökat intresse för forskning och kunskapssammanställningar som underlag för utformning och val mellan olika sociala insatser. För att nå den ökade kunskap som eftersträvas har det varit nödvändigt att genomföra en systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar, vilket ger en specifik kunskap på området. Detta bör ses som ett första steg mot möjligheten till mer evidensbaserade val av boendelösningar. Nästa steg blir att Socialstyrelsen kommer att utarbeta ett mer konkret, vägledande material riktat till berörda aktörer. Arbetet ska ske i samverkan med svenska forskare, kommuner och brukarorganisationer.

Rapportens första del har författats av utredarna Ann Jönsson och Annika Remaeus, Socialstyrelsen (projektledare för hela hemlöshetsuppdraget). Underlag till denna del har lämnats av forskaren Martin Börjeson, Ersta Sköndal Högskola. Utredare Ulrika Hägred, Boverket, har bidragit med underlag och värdefulla synpunkter. Rapportens andra del, som utgör den systematiska kartläggningen, har genomförts och författats av Sten Anttila, forskare, Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS). Forskare Mats Blid, Mitthögskolan, har stått för ämneskompetensen rörande hemlöshetsforskningen, har granskat samtliga abstracts och artiklar samt bidragit till skrivandet av texten.

Ett stort tack för värdefulla synpunkter och textgranskning ska riktas till forskaren Marie Nordfeldt, Ersta Sköndal Högskola, forskare Arne Gerdner, Mitthögskolan, Mats Hillborg, Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS), utredare Rose-Marie Nylander, (IMS), forskare Carina Gustafsson, (IMS) samt forskaren Jenny Rehnman, (IMS).

Många tack till Maja Kärrman Fredriksson, som har haft huvudansvaret för sökningar efter litteratur i utvalda databaser, samt till övriga bibliotekarier som har hjälpt oss med att lägga upp sökstrategier och beställt utvald litteratur.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör



# Innehåll

---

<i>Förord</i> .....	3
<i>Sammanfattning</i> .....	7
<i>Del 1</i> .....	9
<i>Bakgrund</i> .....	10
En nationell strategi mot hemlöshet.....	10
Uppdraget.....	10
Rapportens syfte och disposition.....	10
Introduktion.....	11
Termer i rapporten.....	11
<i>En kunskapsbaserad praktik mot hemlöshet</i> .....	13
Svag kunskapsutveckling i förhållande till det praktiska sociala arbetet ..	13
Utvecklingsarbete mot hemlöshet .....	13
Med fokus på det sociala arbetets resultat .....	14
<i>Hemlöshet – både socialtjänstpolitik och bostadspolitik</i> .....	17
Hemlöshet som socialt problem.....	17
Hemlöshet som bostadspolitiskt problem.....	18
Allmännyttans framväxt i Sverige.....	18
Allmännyttans bostadssociala roll idag .....	19
Den sekundära bostadsmarknaden.....	20
<i>Olika program och modeller samt specifika metoder mot hemlöshet i Sverige</i> .....	21
Boendetrappor .....	21
Vårdkedjan/boendekedjan .....	21
”Bostad först” .....	22
Specifika metoder .....	22
<i>Kunskapsöversiktens resultat och relevans för svenska förhållanden</i> ....	24
”Bostad först” – en lovande strategi .....	25
De svenska insatserna behöver följas och specificeras.....	25
Ytterligare forskning och metodutveckling.....	26
Evidensbaserade beslut om boendelösningar.....	27
<i>Del 2</i> .....	29
<i>Den systematiska kartläggningen</i> .....	30
Inledning och syfte.....	30
Den systematiska kartläggningen .....	30

Avgränsning .....	31
Tidigare forskning .....	31
<b>Metod .....</b>	<b>33</b>
Strategi för litteratursökning .....	33
Urval av studier .....	33
Resultat .....	34
<b>Resultat av kartläggningen .....</b>	<b>36</b>
En kvantitativ överblick .....	36
<b>Tolkning av resultaten .....</b>	<b>44</b>
Förutsättningar för en systematisk översikt .....	44
Ett lovande fokus .....	45
Generaliserbarhet och situationen i Sverige .....	52
<b>Avslutande diskussion .....</b>	<b>55</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>57</b>
<b>Bilaga .....</b>	<b>63</b>

# Sammanfattning

---

Inom ramen för regeringens hemlöshetsstrategi har Socialstyrelsen haft i uppdrag att, i samråd med Boverket, ta fram en kunskapsöversikt om olika boendelösningar för att lösa hemlöshet.

Grunden för kunskapsöversikten är en systematisk kartläggning av genomförda effektutvärderingar av olika boendeprogram. Den systematiska kartläggningen bygger på internationellt publicerad forskning. De flesta av studierna kommer från USA och avser till största delen grupper med svår social problematik.

Kunskapsöversikten ska ses som ett steg i utvecklingen mot en evidensbaserad praktik på hemlöshetsområdet. Innehållet i rapporten är komplext och ger snarare en bild av forskningens kvalitet och inriktning än en direkt vägledning i det praktiska arbetet. Materialet utgör dock en förutsättning för att kunna gå vidare mot en konkretisering av insatserna. Nästa steg blir att Socialstyrelsen kommer att utarbeta ett konkret, vägledande material riktat till relevanta aktörer. Arbetet ska ske i samverkan med forskares kommuner och brukarorganisationer.

Ett antal slutsatser av övergripande principiell karaktär kan dras utifrån rapporten.

En övergripande slutsats är att en så permanent boendelösning som möjligt – kompletterad med individuellt, behovsanpassat stöd – är ett krav. Hemlösa personer har samma behov som andra av ett tryggt och långsiktigt boende, oavsett eventuella övriga problem. Ett resultat tyder på att ett tryggt boende ibland också är en förutsättning för att stöd och vård i olika former ska ha effekt. Vägen till ett självständigt boende sker i många fall stegvis, med successivt minskat behov av vård och stöd. Den minskningen kan mycket väl ske i en och samma bostad.

Ett könsperspektiv behövs i valet av boendelösningar. Ett resultat tyder på att om insatser ska ha god effekt för kvinnor bör de vara direkt riktade till dem.

Två huvudtyper av boendeprogram har kunnat urskiljas – ”Bostad först” (parallellt boende) och vårdkedjemodellen (integrerat boende). Det bör poängteras att inget av de program som beskrivs är renodlade, utan snarare hybrider där man tillämpar inslag från olika program. Kopplade till de olika boendeprogrammen finns ofta ett antal specifika metoder för vård och stöd. Dessa kan kombineras på olika sätt.

I den internationellt publicerade forskningen saknas effektutvärderingar av boendetrappor, som är den vanligaste modellen i Sverige. Det är dock möjligt att peka på likheter i bakomliggande tankesätt mellan boendetrappor och de program som internationellt beskrivs i termer av vårdkedjemodeller. Detta, plus det faktum att ”Bostad först” börjat praktiseras i svenska kommuner gör att de resultat som framkommit vid genomgången av studierna är relevanta för svenska förhållanden.

En slutsats från genomgången av de två huvudtyperna av boendeprogram talar för att ”Bostad först” är en lovande strategi. Det finns goda skäl att i Sverige bygga vidare på de erfarenheter man gjort i arbetet med dessa program.

Kunskapsöversikten ger dock inte underlag för att avfärda vårdkedjemodellen som ett verkningslöst program. För svenskt vidkommande betyder det att boendetrappor kan vara verksamma program om det finns behovsanpassade vård- och stödinsatser kopplade till dessa.

I en evidensbaserad praktik vägs tre kunskapskällor samman i dialog: bästa vetenskapliga kunskap, de professionellas erfarenhet och brukarnas erfarenhet och önskemål. Det sätt på vilket informationen från dessa källor vägs samman beror på det nationella och lokala sammanhanget, till exempel lagstiftning, riktlinjer och de resurser som finns tillgängliga.

För att kunna jämföra de insatser som görs i Sverige med dem som kunskapsöversikten avser är det nödvändigt att utförligt beskriva de svenska insatserna vad gäller innehåll och metod. Att insatserna dokumenteras och följs upp är ett grundläggande krav. Detta är en viktig del i utvecklingen mot en evidensbaserad praktik.

Efter den systematiska kartläggningen finns nu förutsättningar att gå vidare med en systematisk översikt där analysen kan fördjupas. Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS) planerar att under 2009–2010, inom ramen för det internationella samarbete som koordineras av Campbell Collaboration, genomföra en sådan systematisk översikt.

Det som framförallt diskuteras i denna rapport är insatsernas utformning i Sverige inom ramen för det handlingsutrymme som den kommunala socialtjänsten har. En annan aspekt är hur kommunerna ska få tillgång till bostäder att fördela till hemlösa personer och därigenom få ett reellt handlingsutrymme i valet av olika typer av insatser. För att komma tillrätta med hemlöshetsproblemet krävs en samlad politisk vilja och insatser på flera nivåer.



# Del 1

---

# Bakgrund

---

## En nationell strategi mot hemlöshet

Regeringen fattade i februari år 2007 beslut om en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Strategin omfattar perioden 2007–2009. Fyra mål har pekats ut:

1. Alla ska vara garanterade tak över huvudet och erbjudas fortsatta samordnade insatser utifrån individuella behov.
2. Antalet kvinnor respektive män som är intagna eller inskrivna på kriminalvårdsanstalt, behandlingsenhet, har stödboende eller vistas på hem för vård eller boende (HVB) och inte har ordnad bostad inför utskrivning ska minska.
3. Inträde på den ordinarie bostadsmarknaden ska underlättas för kvinnor respektive män som befinner sig i boendetrappor, träningslägenheter eller andra former av boenden som tillhandahålls av socialtjänsten eller andra aktörer.
4. Antalet vräkningar ska minska och inga barn ska vräkas.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att i samråd med Boverket, Kronofogdemyndigheten och Kriminalvården leda, samordna och koordinera ett fortsatt arbete mot hemlöshet samt motverka vräkning och hemlöshet bland barn i enlighet med regeringens strategi. Även representanter för länsstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och andra organisationer har inbjudits att delta i arbetet.

## Uppdraget

I strategin mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden anger regeringen att ”det är angeläget att öka kunskapen om i vad mån olika metoder för stöd i boendet exempelvis boendetrappor, lågtröskelboenden, Bostad först-modellen etc är verksamma metoder för att slussa in personer på den ordinarie bostadsmarknaden. Socialstyrelsen skall därför i samråd med Boverket ta fram en kunskapsöversikt om olika boendelösningar för att lösa hemlöshet.” (S2006/1119/ST)

## Rapportens syfte och disposition

Syftet med denna rapport är att redovisa en kunskapsöversikt över effekter av olika boendelösningar för att motverka hemlöshet.

Grunden för kunskapsöversikten är en systematisk kartläggning av studier som undersöker effekterna på individnivå av de olika boendeprogram som

tillämpas. Den systematiska kartläggningen har genomförts av Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete, IMS. Den systematiska kartläggningen baseras framför allt på internationellt publicerad forskning.

Rapporten består av två delar.

Del 1 är en introduktion till den systematiska kartläggningen och summerar resultaten från denna. Här förs en diskussion om i vilken mån resultaten är relevanta för svenska förhållanden. I denna del redogörs även för hemlösheten som ett både socialpolitiskt och bostadspolitiskt problem. Dessutom beskrivs utvecklingen mot en kunskapsbaserad praktik inom socialtjänsten.

Del 2 är en kunskapsöversikt där resultaten från den systematiska kartläggningen redovisas. Resultatet är i första hand en ”karta” över forskningen. Med stöd av en systematisk kartläggning bedöms om det är fruktbart att gå vidare med en fullständig systematisk översikt där man värderar och väger samman de enskilda studiernas resultat. Rapportens andra del innehåller en utförlig beskrivning av metoden och processen bakom den genomförda kunskapsöversikten.

## Introduktion

Den kunskapsöversikt som presenteras i denna rapport ska ses som ett steg i utvecklingen mot en evidensbaserad praktik på hemlöshetsområdet. Innehållet i rapporten är komplext och ger snarare en bild av forskningens kvalitet och inriktning än en direkt vägledning i det praktiska arbetet. Materialet utgör dock en förutsättning för att kunna gå vidare mot en konkretisering av insatserna. Ett antal slutsatser av övergripande principiell karaktär kan dras utifrån rapporten. Dessa presenteras i Del 1. Nästa steg blir att utarbeta ett konkret, vägledande material riktat till relevanta aktörer. Den databas som upprättats som ett led i arbetet med den systematiska kartläggningen kommer fortsättningsvis att kunna användas av forskare inom hemlöshetsområdet.

## Termer i rapporten

För att innehållet i denna rapport ska bli förståeligt är det väsentligt att redan från början klargöra betydelsen av en systematisk kartläggning respektive systematisk översikt.

- Vid en systematisk kartläggning beskriver man forskningen inom ett givet forskningsfält. Ett resultat från den systematiska kartläggningen kan vara en väl definierad fråga som man därefter kan försöka besvara inom ramen för en systematisk översikt.
- En systematisk översikt är en specifik metod med vars hjälp man söker, identifierar, väljer ut, dokumenterar och väger samman forskning avseende en väldefinierad fråga, t ex hur effektiv en given insats är.

De effektutvärderingar som har identifierats i den systematiska kartläggningen innehåller två huvudgrupper av boendeprogram. Relevanta benämningar på de två huvudalternativen är integrerat boende och parallellt boen-

de. Termen integrerat boende avser inte en integrering i samhället, utan i stället ett boende som har vården integrerad. Integrerat boende har många likheter med det som kallas vårdkedjemodellen, även benämnd continuum of care. Termen parallellt boende syftar på att boendet erbjuds separat (parallellt) och inte som en del (integrerat) i vården. Parallellt boende stämmer på många sätt överens med modellen ”Bostad först”.

Det bör påpekas att dessa modeller sällan är renodlade utan kan utformas med olika kombinationer av insatser.

I Sverige finns tre huvudsakliga typer av boendelösningar; boendetrapp-modeller, Bostad-först-modeller och så kallade vårdkedjemodeller.

Dessa jämförs med utgångspunkt i tre olika dimensioner [1]:

- Vårddimensionen – graden av vård och omsorgsinsatser.
- Normalitetsdimensionen – i vilken utsträckning boendet är integrerat i ett normalt boende bland vanliga bostäder.
- Permanensdimensionen – i vilken grad boendet erbjuder långsiktighet.

Eftersom det inte finns några internationellt publicerade effektutvärderingar av boendetrappor, som är den vanligaste boendelösningen i Sverige, har dessa närmast kunnat jämföras med vårdkedjemodellen (integrerat boende). Det finns likheter i filosofin, som bygger på att stegvis utveckla klientens förmåga att ha ett självständigt boende. Enligt denna modell finns det ofta mellanformer av boende där många personer samlas på ett ställe med personal som finns till hands.

I redovisningen av resultaten från den systematiska kartläggningen är det viktigt att skilja på om forskningen gäller ett visst program eller modell, eller ett antal metoder. Nedanstående termer används för att hålla isär dem.

- Med program och modell avses en grov kategorisering av arbetssätt som också kan inbegripa en eller flera mer specificerade metoder. Exempel på program är ”Bostad först” respektive boendetrappor.
- Metoder är arbetssätt med ett mer specificerat metodinnehåll. Boendestödjare är ett exempel på en metod.
- Insatser används som en sammanfattande benämning för program och metoder.

# En kunskapsbaserad praktik mot hemlöshet

---

## Svag kunskapsutveckling i förhållande till det praktiska sociala arbetet

I Gunnar och Maj-Britt Inghes uppmärksammade studie ”Den ofärdiga välfärden” (1967) redovisades de välfärdsproblem och sociala missförhållanden som fanns i 1960-talets Sverige Där beskrevs de hemlösas villkor som mycket svåra. Författarna konstaterade att de rådande välfärdsidealerna knappast hade haft någon betydelse för de mest utsattas situation: ”i stort sett måste vi nog konstatera att vi misslyckats på detta område ” samt att ”vi vet inte vilka metoder vi ska använda” [2]. Boken skapade debatt och bidrog till ett omfattande reformarbete på området [3].

Trots detta stod samhället i stort sett lika handfallet inför hemlösheten som socialt problem när frågan åter blev aktuell under 1990-talet. Hemlöshetskommittén tvingades i sitt delbetänkande ”Adressat okänd” (SOU 2000:14) [4] konstatera att kunskaperna om hemlöshetens orsaker och dynamik i hög grad var bristfälliga, att det nästan helt saknades systematiska studier om vilka faktorer som orsakar hemlöshet och att man nästan inte visste något alls om effekterna av de insatser som gjordes.

En viktig förklaring till detta är att det funnits en alltför svag relation mellan kunskapsbildning och praktik när det gäller insatserna mot hemlöshet. Det har helt enkelt funnits för lite kunskap som kunnat vägleda de sociala insatserna på området och de problem man mött i praktiken har inte heller lett till någon långsiktig kunskapsutveckling.

Under åren har det publicerats en del vetenskapliga studier som är relevanta för det sociala arbetet med hemlöshetsfrågorna. En genomgång av de publicerade artiklarna visade dock att endast några få behandlade frågeställningar som direkt kunde ligga till grund för utformningen av de sociala insatserna inom området [3].

Detsamma visade en översikt av arbetet med hemlöshetsfrågor i Stockholms stad under en 35-årsperiod från 1965 och framåt. Resultaten från de hemlöshetskartläggningar som staden genomfört har endast i begränsad utsträckning kommit att utgöra underlag för hur kommunens insatser ska utformas. En möjlig förklaring är att resultaten från dessa kartläggningar har varit osäkra och att det därför har varit svårt att bedöma behovet och värdet av olika insatser [3].

## Utvecklingsarbete mot hemlöshet

Socialstyrelsen har under 2000-talet lett två större satsningar inom hemlöshetsområdet för att utveckla effektiva metoder. Dessa genomfördes under

åren 2002–2005 [5] samt 2005–2007 [6]. Ytterligare en satsning pågår inom ramen för regeringens hemlöshetsstrategi.

Statliga medel har fördelats till lokala verksamheter som har som uttalade mål att med olika metoder arbeta för att motverka hemlöshet. Under senare år har vräkningsförebyggande arbete varit ett prioriterat område. Socialstyrelsen har, utifrån erfarenheter av dessa satsningar, i samarbete med Kronofogdemyndigheten tagit fram en vägledning till stöd för hur socialtjänsten och andra aktörer ska kunna arbeta för att förebygga vräkningar [7].

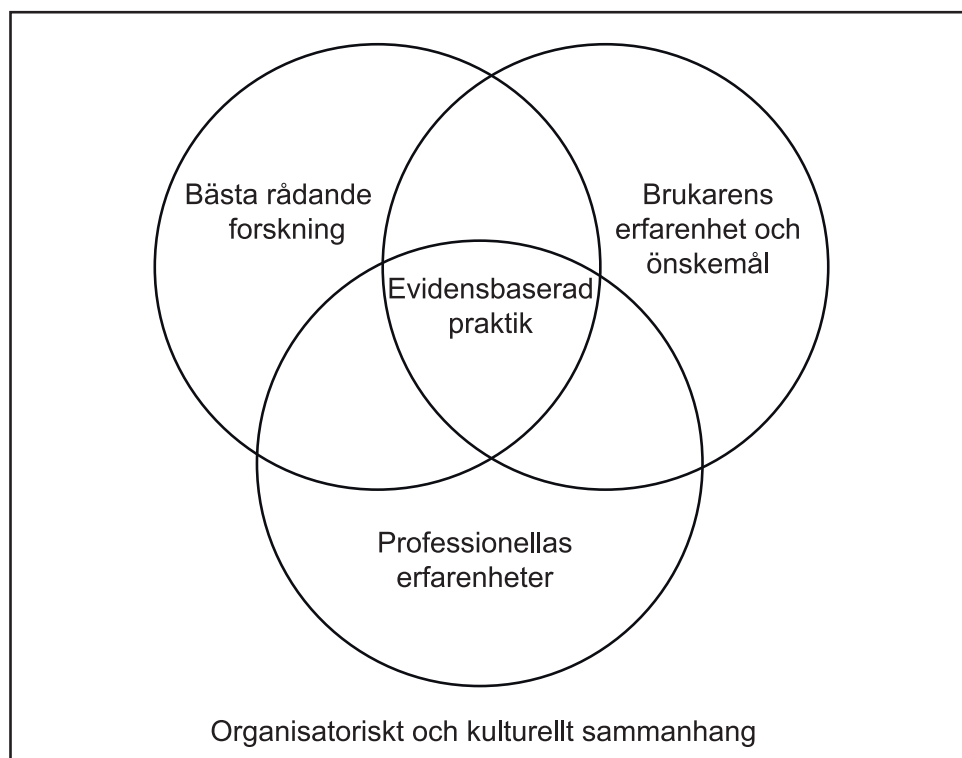
Utvärderingar av de genomförda satsningarna visar samstämmigt att det är svårt att se tydliga effekter på individnivå eftersom utvärderingarna följer projekten under alltför kort tid. Många gånger har det även varit svårt att urskilja vilken metod som använts i arbetet och i en del fall har målgruppen och arbetets inriktning ändrats under projektets gång. Med fördjupad kunskap om olika boendelösningars resultat ökar förutsättningarna för socialtjänsten och andra aktörer att bedriva utvecklingsarbete med hjälp av evidensbaserade metoder.

## Med fokus på det sociala arbetets resultat

Behoven av och kraven på att utvärdera de sociala arbetsmetoderna har alltmer kommit att dominera debatten inom det sociala arbetet som profession. Sådana krav började ställas i USA på 1970-talet och har nu blivit en internationell trend. Man talar om ”evidence based” socialt arbete, vilket innebär att socialt arbete i likhet med läkarvård ska vara baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet [8]. Den evidensbaserade praktikens mål är att minska risken att oavsiktligt skada och öka möjligheter att välja rätt insatser. Evidensbaserad praktik har definierats som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om insatser till enskilda individer. Den integrerar tre kunskapskällor (se figur 1).

1. den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen
2. brukarens erfarenhet och önskemål
3. den professionelles erfarenhet och förmågor

Figur 1



I en evidensbaserad praktik vägs dessa tre kunskapskällor ihop i dialog mellan den professionelle och brukaren och beslutsgrunderna redovisas öppet. Ingen av kunskapskällorna är viktigare än den andra.

Det sätt på vilket informationen från dessa källor vägs samman beror på det nationella och lokala sammanhanget, till exempel den lagstiftning, de riktlinjer och de resurser som finns tillgängliga [9].

I Sverige tog utvecklingen mot en kunskapsbaserad socialtjänst fart i och med Socialstyrelsens arbete under 1990- och 2000-talet. Detta skedde dels genom inrättandet av Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) 1993, dels genom utvecklingsprojektet Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten som på uppdrag av regeringen bedrevs åren 2001–2003 [10, 11].

År 2008 presenterades utredningen Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren [12]. I denna presenterades nedanstående arbetsprocess bestående av ett antal delmoment.

Dessa kan översiktligt beskrivas i följande fem steg:

- Steg 1: Formulera – och precisera – den frågeställning man behöver besvara
- Steg 2: Söka evidens i form av riktlinjer, kunskapssammanställningar, vetenskapliga artiklar, utvärderingsresultat etcetera som kan bidra till att besvara frågeställningen

- Steg 3: Kritiskt granska i vilken mån denna evidens är relevant för den valda frågeställningen

Först efter denna genomgång (steg 2) och efter den kritiska granskningen (steg 3) för den aktuella frågeställningen (steg 1), är det möjligt att välja de arbetssätt respektive metoder som framstår som lämpliga.

- Steg 4: Tillämpa de valda arbetssätten och metoderna

Sedan de aktuella arbetssätten och metoderna har tillämpats, bör de följas upp och utvärderas. Samtidigt bör man också identifiera de områden där det inte finns någon evidens.

- Steg 5: Följa upp de valda arbetssätten och metoderna samt identifiering utvecklingsbehoven.

Det rör sig med andra ord om ett arbetssätt som utgår från det praktiska sociala arbetet, och från de frågeställningar och problem den enskilde socialarbetaren möter. Vetenskaplig kunskap, utvärderingsresultat, nationella riktlinjer m.m. spelar en viktig roll.

Ett konkret exempel i positiv riktning är en ökad användning av etablerade klientbedömningsinstrument respektive dokumentationssystem inom socialtjänsten, vilket medför att man bättre kan precisera och beskriva det sociala arbetets innehåll och resultatet för individen.



# Hemlöshet – både socialtjänstpolitik och bostadspolitik

---

## Hemlöshet som socialt problem

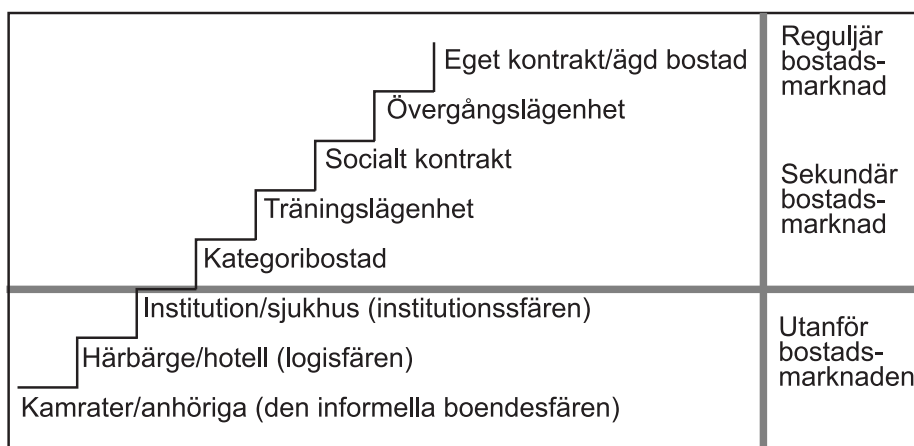
Hemlösheten är en komplex fråga. Totalt 17 800 personer identifierades som hemlösa i Socialstyrelsens kartläggning år 2005 och cirka 3 600 av dem räknades till den mest utsatta gruppen. Det rörde sig om personer som sov ute eller bodde på härbärgen eller andra akutboenden. Cirka 4 700 personer befann sig i en situation med ett mycket osäkert boende, det vill säga de bodde ofrivilligt kontraktslöst hos släktingar eller bekanta eller hade andrahandskontrakt för kortare tid än tre månader [13].

Dessa siffror pekar på att gruppen ”hemlösa personer” är heterogen och att det behövs olika former av insatser – både individuellt inriktade från socialtjänsten och strukturella förändringar av bostadspolitiken för att kunna möta deras skiftande behov.

Arbetet mot hemlösheten befinner sig således i skärningspunkten mellan bostadspolitik och socialt arbete. Hemlöshetsfrågan har även bäring på andra politikområden, såsom arbetsmarknadspolitik, integrationspolitik, hälso- och sjukvårdspolitik.

Socialtjänstens uppdrag är framför allt att svara för insatser till den mest utsatta gruppen hemlösa personer. I denna grupp finns personer med en ofta sammansatt social problematik och många har ett stort behov av olika vård- och stödinsatser utöver bostaden. För att kunna hjälpa dessa personer behövs utvecklade metoder och arbetssätt. En utmaning är också att finna metoder och kombinationer av dessa som kan fungera preventivt, det vill säga hindra att personer blir hemlösa. Vräkningsförebyggande arbete är ett exempel på detta.

Figur 2. Tankemodellen enligt Sahlin nedan, illustrerar de olika steg som kan finnas i en boende- eller åtgärdsstrappa där ett eget kontrakt är överst i hierarkin och målet [14]. Det bör understrykas att modellen endast är ett exempel på olika typer av boenden och termer för dessa.



## Hemlöshet som bostadspolitiskt problem

Hemlösheten är i högsta grad också en bostadspolitisk fråga. Kommunerna har ett ansvar för planeringen och genomförandet av bostadsförsörjningen, där målsättningen är att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder. Socialtjänsten har visserligen det yttersta ansvaret för de personer som helt saknar bostad men socialtjänsten kan inte på egen hand lösa bostadsproblemen, eftersom de saknar verktyg för att kunna påverka bostadsmarknad och bostadsbyggande. På många håll skulle det behövas ett bättre samarbete mellan kommunernas socialtjänst och den del av organisationen som har ansvaret för bostadsförsörjningen. Det gäller både tillgången på bostäder och de villkor hyresvärdarna ställer på sina hyresgäster.

### Allmännyttans framväxt i Sverige

I många länder i Europa har man valt att bygga bostäder för socialt utsatta grupper, så kallad Social housing. Det gäller till exempel för hyresgäster med mycket låga inkomster. Sverige har dock valt en annan väg. I samband med att den generella välfärdspolitiken byggdes upp efter andra världskriget infördes ett av de kriterier som än idag är grundläggande för den svenska allmännyttan – att bostäderna ska vara till för alla, inte bara avsedda för vissa grupper med särskilda behov. Grundläggande för de allmännyttiga bostadsföretagen skulle vara att de:

- drivs utan vinstsyfte
- ägs helt eller huvudsakligen av kommunen
- är öppna för alla och fungerar som hyresnormerande

Bostadspolitiken blev också en integrerad del av statens ekonomiska politik, inklusive arbetsmarknadspolitiken. Bostäder byggdes naturligtvis av sociala

skäl, för att förbättra bostadsstandarden och råda bot på bostadsbristen men också för att möjliggöra en effektiv tillverknings- och exportindustri. De allmännyttiga bostadsföretagen blev viktiga instrument i hela den sociala, ekonomiska och geografiska strukturomvandlingsprocess som kom att karakterisera Sverige under efterkrigstiden.

För många av de kommunala allmännyttiga bostadsföretagen innebar 1980-talet att de präglades av en övergång från byggande till förvaltning, av decentralisering, av ett mer varierat byggande och ett nytt ekonomiskt tänkande. Med ökad konkurrens och tomma lägenheter tvingades företagen att mer än tidigare kontrollera och pressa sina utgifter.

På 2000-talet har denna affärsmässighet kommit än mer i centrum. De allra flesta allmännyttiga bostadsföretag är sedan 1990-talet organiserade som aktieföretag, fristående från den löpande kommunala verksamheten. Man talar och handlar i termer av ökad soliditet, vinst, avkastning och utdelning. En del kommuner har sedan 1990-talet valt att sälja ut delar av eller hela sina bostadsbestånd. Ett tiotal kommuner saknar helt ett allmännyttigt bostadsbestånd.

De rättsliga aspekterna av den svenska allmännyttan är idag under omprövning. Fortfarande betonas allmännyttans roll att vara en boendeform som är tillgänglig för alla, liksom vikten av ett reellt besittningsskydd [15].

### Allmännyttans bostadssociala roll idag

Boverket har i rapporten ”Nyttan med allmännyttan, utvecklingen av de allmännyttiga bostadsföretagens roll och ansvar” försökt ringa in och beskriva ”nyttan med allmännyttan”. Bland annat vilken roll allmännyttiga bostadsföretag har i bostadsförsörjningen och vilket bostadssocialt ansvar de tar. Rapporten bygger främst på en enkät som gått ut till samtliga kommunala bostadsföretag i landet.

Boverket konstaterar att många, om än inte alla, av de allmännyttiga bostadsföretagen har en särskild roll i bostadsförsörjningen, tar ett större socialt ansvar och är mer aktiva i samhällsutvecklingen i stort i sina kommuner än vad man kan förvänta sig av kommersiella fastighetsägare. Materialet tyder till exempel på att tre av fyra allmännyttiga bostadsföretag bistår sina kommuner i att få fram bostäder för hemlösa medan 15 procent säger att detta löses utan speciella insatser från deras sida. Om den generella trenden de senaste decennierna har gått mot ökad affärsmässighet, kan man nog inom ramen för detta se en trend mot en ökad medvetenhet om värdet av sociala satsningar. De satsningar som görs motiveras ofta med såväl affärsmässighet som med att det följer av rollen som allmännyttigt bostadsföretag.

Materialet visar också att det är svårt att tala om utvecklingen av ”den svenska allmännyttan”, eftersom det handlar om ett stort antal kommunala bostadsföretag, som agerar rätt olika och intar sinsemellan olika roller på sina respektive lokala bostadsmarknader. Slutligen konstateras att det inte går att finna några tydliga mönster eller enkla förklaringsgrunder, såsom företagsstorlek eller marknadsandel, till dessa skillnader. En rimlig slutsats är att ägarens inställning till allmännyttan som bostadspolitiskt styrmedel spelar väl så stor roll här. Och eftersom det inte längre finns någon given roll för de allmännyttiga bostadsföretagen framstår det som mer angeläget

än någonsin att varje kommun i egenskap av ägare bestämmer sig för vilken nytta man vill ha av allmännyttan [16].

## Den sekundära bostadsmarknaden

Många personer kan inte komma in på den ordinarie bostadsmarknaden [17, 18]. För att lösa problemet är det idag relativt vanligt att kommunerna tecknar hyresavtal med fastighetsägare och sedan hyr ut lägenheter i andra hand till personer som inte anses kunna stå för kontraktet själva. Detta kallas ibland för ”den sekundära bostadsmarknaden”, eftersom dessa lägenheter tillhandahålls utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Förutom att bostäderna hyrs ut med andrahandskontrakt är boendet i många fall dessutom förenat med tillsyn och/eller speciella villkor eller regler [19]. Sju av tio kommuner upplåter bostäder med denna typ av kontrakt. Utifrån resultaten från Bostadsmarknadsenkäten 2008 uppskattar Boverket att det under år 2007 fanns över 11 000 lägenheter i Sverige som hyrdes ut på detta sätt. Knappt 1 100 hushåll, motsvarande var tionde hushåll på den sekundära bostadsmarknaden, fick samma år ta över sitt andrahandskontrakt. Vart tjugonde hushåll, det vill säga knappt 500 stycken, flyttade vidare till en egen bostad [17].

Som ett komplement till Bostadsmarknadsenkäten 2008 har Socialstyrelsen genomfört uppföljande intervjuer med ett urval av kommuner och nästan alla svars personer ansåg att bostadsmarknaden inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Det främsta problemet verkar vara den stora bristen på bostäder i allmänhet och hyreslägenheter i synnerhet. Bristen på bostäder tvingar ibland kommunerna till improvisatoriska lösningar, såsom att använda sig av kategoriboenden för personer eller målgrupper som de egentligen inte är avsedda för. Exempel på detta är när personer som inte behöver stödinsatser bor där detta ingår som en del i boendet. Det leder till att mycket av socialtjänstens arbetsinsatser och andra resurser idag läggs på individer och hushåll som egentligen skulle kunna klara sig själva, om än med visst stöd.

I intervjuerna pekar många på att villkoren på bostadsmarknaden har hårdnat de senaste åren. Hyresvärdarna ställer allt tuffare krav på hyresgästerna. Samtidigt tar hyresvärdarna en minimal risk, eftersom kommunerna är en ”säker” hyresgäst [18].

Inom den sekundära bostadsmarknaden finns många av de bostäder som är en del av kommunernas boendelösningar för hemlösa personer.

# Olika program och modeller samt specifika metoder mot hemlöshet i Sverige

---

Sveriges kommuner har utvecklat olika lösningar för att möta behovet av bostäder för personer som inte själva får besittningsrätt till en lägenhet och/eller som behöver stöd för att kunna bo i en egen bostad. Eftersom gruppen hemlösa personer är så heterogen finns en stor variation av boendelösningar och skillnaderna i utbud styrs också i hög grad av bostadssituationen i kommunen.

Nedan följer en genomgång av de modeller som kommunerna ofta väljer för att organisera sina boendeinsatser, med eller utan annan service integrerad [1].

Den vanligaste modellen i Sverige är trappstegsmodellen eller boendetrappan. Vårdkedjemodellen har ett uttalat vårdperspektiv och beskriver främst hur olika insatser organiseras för personer med missbruksproblem. Boendekedjan är en form av vårdkedjemodell, men där vårdinnehållet är nedtonat. ”Bostad först” är en modell som nyligen har introducerats i Sverige. Idag saknas kunskap om utbredningen av de olika modellerna.

## Boendetrappor

En boendetrappa kan ses som ett sätt att strukturera olika boendeinsatser, i form av en trappa där de hemlösa personer är tänkta att ta sig igenom i en viss ordning (19, 1). Boendetrappans organisering bygger på föreställningen om att man successivt ”lär sig att bo”, tränas i ”att klara eget boende” och därmed successivt kan avancera till högre nivåer [20]. Trappstegsboendet saknar dock ett tydligt vårdinnehåll. Det primära är en stegvis normalisering av just boendesituationen. I början är boendet högst temporärt och från härbärgat tar man sig uppåt via inackorderingshem, träningslägenhet och sociala kontrakt till ett eget boende. Man kan ”komma in i trappan” på olika nivåer utifrån sina individuella förutsättningar. Vägen genom trappan kan också se ut på olika sätt.

## Vårdkedjan/boendekedjan

En generell definition av ordet vårdkedja är att det innefattar en samordning av olika insatser som inkluderar behandling och olika slags temporära boendeinsatser. Målet är att människor så småningom ska ha ett eget och mer permanent boende. Vårdkedjor med boendeinsatser uppstod i USA och på olika håll i Europa när man behövde ordna bostad för personer som genomgått en missbruksbehandling.

I Sveriges kommuner handlar vårdkedjor främst om olika former av jourboenden, vård- och behandlingsboenden och utslussningsverksamheter från dessa samt återfallsprogram för dem som förlorat sin plats i kedjan. Vårdinnehållet är en grundläggande dimension [1]. I Sverige förekommer också benämningen ”boendekedjor”, som beskriver kommunens insatser för hemlösa personer men med vårdinnehållet mer nedtonat [18].

## ”Bostad först”

”Bostad först”-modellen (”Housing first”) har under senare år fått ökad uppmärksamhet, inte minst i de skandinaviska länderna [5]. Modellen utmärks av att människor ska få ett permanent boende. I Sverige har intresset för ”Bostad först” främst fokuserat på möjligheten för den enskilde att bo med ett eget kontrakt. Den praktiska utformningen varierar dock i den internationella tillämpningen av modellen. Utgångspunkten är att hemlösa personer omedelbart ska flytta till en så permanent bostad som möjligt eftersom hemlösa personer har samma behov av en bostad som alla andra människor, oavsett om de har andra problem eller inte. Boende och eventuell övrig service, till exempel vård och behandling, är separerade från varandra. Inom modellen nämns också begrepp som stödboende, vilket innebär permanent boende där stödinsatser har integrerats. Detta görs antingen i det egna boendet eller i en mer kollektiv form. Vidare finns begreppet supported housing, där en normal bostad är den centrala och övriga insatser erbjuds genom frivilliga tillval. Housing as housing är ytterligare en variant där vård och stöd inte alls behöver kopplas till bostaden [1].

## Specifika metoder

Kopplade till de boendemodeller eller program som beskrivs ovan finns/ används ett antal specifika metoder för stöd som kan kombineras på olika sätt. Nedan redogörs för några av dessa metoder som har en mer direkt anknytning till boendet. Framför allt handlar det om stöd för att människor ska kunna behålla och klara sig i en egen bostad.

- Ekonomiskt bistånd är ett försörjningsstöd för personer med otillräcklig inkomst och som stöd till livsföring i övrigt där hjälp till hyresskuld kan ingå.
- Budget- och skuldrådgivning är stöd som kan hjälpa personer att hitta långsiktiga lösningar på sina försörjningsproblem.
- Boendestöd är en personell resurs för att bistå individen att hantera problem i vardagen, mer eller mindre förknippade med boendet. Boendestödet ges ofta genom antingen kommunens socialpsykiatriska verksamhet eller genom Individ- och familjeomsorgen i form av en ”boendestödjare” eller bostadsteam i personens hem. På vissa håll organiseras boendestödet i särskilda ”dubbeldiagnosteam”. Innehållet i stödet kan skifta utifrån individens behov, men den enskildes delaktighet betonas [7].
- Personliga ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar har som främsta uppgift att se till att personen får tillgång till adekvata stöd- och vårdinsatser och att dessa samordnas och genomförs. Klienten är

uppdragsgivaren och ombudet fungerar som en förmedlande länk mellan klienten och myndigheter och organisationer [21].

Case management är en metod som kan ha skiftande utformning. I Sverige har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan år 2005 arbetat med att utveckla en variant av metoden. I grunden handlar det om att organisera olika stödinsatser så att de blir till en fungerande helhet för den enskilde. En särskild person, en case manager, har till uppgift att samordna systemets insatser och därmed minska problemet med att vården ofta är fragmentiserad [22].

En utvecklad missbruks- och beroendevård är en komponent för att motverka hemlöshet, både när det gäller att undvika att personer vräks men även som stöd på vägen tillbaka till en egen bostad. Därför är det avgörande att skapa en fungerande eftervård som kan komplettera boendeinsatserna. Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården ger kunskap om evidensbaserade metoder på området [23].

# Kunskapsöversiktens resultat och relevans för svenska förhållanden

---

I uppdraget framhålls vikten av att ta fram kunskap om i vilken mån olika boendelösningar är verksamma för att slussa in personer på den ordinarie bostadsmarknaden. Resultatet i den systematiska kartläggningen ger inte underlag för att enkelt och entydigt besvara denna fråga. Sverige tillämpar en bred definition av begreppet hemlöshet, medan många andra länder använder en betydligt snävare definition som främst inkluderar personer med svår social problematik.

De flesta studierna som ingår i den systematiska kartläggningen kommer från USA, vars välfärdssystem markant skiljer sig från Sveriges. Problematiken för individen att vara utan bostad och samtidigt behöva omfattande vård- och stödinsatser är dock jämförbar. Däremot ger den systematiska kartläggningen inga svar på frågor som berör den grupp hemlösa personer som inte befinner sig i en lika marginell position, det vill säga personer som befinner sig närmare den ordinarie bostadsmarknaden.

I utvecklingen av en evidensbaserad praktik för den mest utsatta gruppen hemlösa personer utgör denna kunskapsöversikt över forskningen på området en väsentlig del, men den måste vägas samman med professionens erfarenheter och brukarnas erfarenheter och önskemål.

Bland de 104 effektutvärderingar som identifierades i den systematiska kartläggningen kan man urskilja två huvudgrupper av boendeprogram – ”Bostad först” (parallellt boende) och vårdkedjemodellen (integrerat boende). Som redan nämnts innehåller den internationella litteraturen däremot inga effektutvärderingar av boendetrappor. Det finns dock likheter i tanke-sätt som ligger bakom boendetrappor och de program som internationellt beskrivs i termer av vårdkedjemodeller (integrerat boende). Största likheten är att båda är exempel på kedjemodeller.

Skillnaderna mellan de två huvudgrupperna av program gäller i första hand:

- vem som har kontrollen över boendet
- graden av integration (normalisering)
- fastighetsägarens roll
- i vilken mån det finns personal knuten till boendet
- särskilda villkor, till exempel nykterhetskrav eller krav på deltagande i behandling.

Inget av de program som identifieras i kartläggningen är dock någon renodlad variant av vare sig ”Bostad först” eller vårdkedjemodellen utan de är snarare hybrider där man tillämpar inslag från olika program.



## ”Bostad först” – en lovande strategi

En viktig fråga att försöka besvara har varit vilket boendeprogram som verkar mest lovande – ”Bostad först” eller vårdkedjemodellen. En övergripande slutsats av kunskapsöversikten är att ”Bostad först” är en lovande strategi. Det finns därför goda skäl att också i Sverige bygga vidare på de erfarenheter man gjort i arbetet med dessa program. I det arbetet ligger fokus på långsiktighet, det vill säga möjligheten till ett permanent boende. Det är också viktigt att kunna erbjuda behovsanpassad stöd i boendet.

Kunskapsöversikten visar dock inte att vårdkedjemodellen, integrerat boende, skulle vara verkningslös. För svenskt vidkommande betyder detta att boendetrappor kan vara verksamma program om det finns vård- och stödinsatser kopplade till dessa.

Studierna i den systematiska kartläggningen gäller främst grupper med svår social problematik, personer som har ett stort behov av vård- och stödinsatser. Man vet fortfarande för lite om programmens effekter för grupper med mindre omfattande problematik och där vårdbehovet torde vara mindre. En slutsats man kan dra är dock att den grundläggande filosofin bakom ”Bostad först” – att alla behöver en långsiktig och trygg boendelösning oavsett eventuella övriga problem – är giltig för gruppen hemlösa som helhet.

I den systematiska kartläggningen framkom att det – inom ramen för de olika boendeprogrammen – tillämpas en rad specifika metoder. Den metod som är vanligast, nämligen case management, har redan börjat införas i Sverige men oftast inte i första hand för hemlösa personer. Det finns dock beröringspunkter mellan denna metod och boendestödjare, som är en väl etablerad metod i Sverige. Ytterligare kunskap behövs om de olika komponenterna i metoderna och kombinationerna av dessa.

Vid bedömningen av den systematiska kartläggningens resultat bör ett antal begränsande faktorer observeras:

- I cirka tre fjärdedelar av de studier som identifierats i den systematiska kartläggningen har insatserna riktats till personer med psykiska funktionshinder och/eller missbruksproblem. De slutsatser som dras gäller alltså dessa mest utsatta målgrupper, vilka också är socialtjänstens främsta målgrupper.
- De allra flesta studierna gäller generellt vuxna män. Endast ett fåtal studier har inriktats på speciella grupper, såsom unga och äldre hemlösa personer.
- Bara i några få studier har man undersökt ifall programmen lämpar sig för kvinnor och barn.

## De svenska insatserna behöver följas och specificeras

Det är viktigt att markera att de effektutvärderingar som ligger till grund för den systematiska kartläggningen ger en del av helheten. Det finns även annan forskning av mer kvalitativ karaktär som kan komplettera bilden. Dessutom ska kunskapen vägas samman med de erfarenheter som professionen har och de erfarenheter och önskemål som brukarna uttrycker. Kunskapen

ska också värderas i den omgivning där insatsen utformas. Som tidigare nämnts finns betydande skillnader mellan välfärdssystemen i till exempel Sverige och USA. Väsentliga aspekter att beakta vid bedömningen av studiernas relevans är bland annat socialtjänstens roll, fastighetsägarnas roll, bostadsförsörjningsansvar, inställningen i samhället till hemlöshetsfrågan.

Men genom kunskapsöversikten är en grund nu lagd för utvecklingen av en del i den evidensbaserade praktiken. Efter den genomförda systematiska kartläggningen bedömer Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS) att det finns förutsättningar att gå vidare med en systematisk översikt. Analysen av de effektutvärderingar som identifierats i den systematiska kartläggningen behöver utvecklas. Detta är väsentligt för att stödet för de metoder som verkar lovande ska kunna vägas samman statistiskt och värderas på ett mer kvalificerat sätt. Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS) planerar att under 2009–2010, inom ramen för det internationella samarbete som koordineras av Campbell Collaboration, genomföra en sådan systematisk översikt. Resultatet av denna systematiska översikt kommer att ge ytterligare kunskap.

### Ytterligare forskning och metodutveckling

I inledningen nämndes att de arbetssätt som tillämpas i socialtjänstens verksamhet sällan är tillräckligt specificerade, vilket gör det svårt att utvärdera olika insatser utifrån vilket resultat de har för individerna. För att kunna jämföra de insatser som görs i Sverige med dem i kunskapsöversikten är det också nödvändigt att utförligt beskriva innehållet och metoderna i de svenska insatserna.

Vidare behövs ytterligare forskning kring rörelsemönster, det vill säga hur personer går ut ur och in i olika hemlöshetssituationer. Statistik måste systematiseras för att man ska kunna avläsa effekterna av olika insatser för hemlösa personer även i ett längre perspektiv. En sådan systematisering är också nödvändig för att resultaten från internationell forskning ska kunna tolkas i ett svenskt sammanhang [24]. Socialstyrelsen har presenterat en plan för hur hemlöshetens omfattning och karaktär fortlöpande ska kunna följas. I planen redogörs för de aktörer som har relevant kunskap och källmaterial samt vilka variabler som bör användas när man kartlägger hemlösheten [25].

I samband med att nya insatser introduceras i Sverige behöver man också ta fram system för hur insatserna ska dokumenteras och utvärderas, vilka i så hög grad som möjligt bör harmoniseras med det arbete som görs inom ramen för FEANTSA<sup>1</sup> och Eurostat.

Det är väsentligt att få kunskap om de olika programmens effekter i Sverige. I anslutning till att nya program planeras och implementeras bör även utvärderingar ingå. Dessa utvärderingar bör läggas upp som kontrollerade undersökningar där hemlösa personer antingen får delta i programmet ”Bostad först” eller något program baserat på vårdkedjemodellen. Man bör vida-

---

<sup>1</sup> FEANTSA – Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. En europeisk samarbetsorganisation, bestående av nationella NGO:s som arbetar med hemlöshetsfrågor.

re planera för att kunna följa deltagarna under en längre tid för att kunna bedöma hur varaktiga effekterna är av programmen.

## Evidensbaserade beslut om boendelösningar

- Kunskapsöversikten ska ses som ett steg i utvecklingen av en evidensbaserad praktik för att motverka hemlöshet. Men analysen av de effektutvärderingar som identifierats i den systematiska kartläggningen behöver fördjupas. Detta är väsentligt för att stödet för de metoder som verkar lovande ska kunna vägas samman statistiskt och värderas på ett mer kvalificerat sätt. Den systematiska översikt som Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS) planerar kommer att ge ytterligare underlag. Inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsspridningsuppdrag som är kopplat till hemlöshetsstrategin kommer ett mer direkt vägledande material byggt på kunskapsöversikten att tas fram. Arbetet ska ske i samverkan med forskare, kommuner och brukarorganisationer.
- En övergripande slutsats från kunskapsöversikten är att kommunerna måste kunna erbjuda så permanenta boendelösningar som möjligt, kompletterade med individuellt behovsanpassat stöd. Hemlösa personer har samma behov av ett tryggt långsiktigt boende som andra, oavsett om de har andra problem utöver bristen på bostad. Ett resultat från den systematiska kartläggningen tyder på att ett tryggt boende ibland också är en förutsättning för att stöd och vård i olika former ska ha effekt. Vägen till ett självständigt boende sker i många fall stegvis, med successivt minskat behov av vård och stöd. Denna minskning kan mycket väl ske i en och samma bostad.
- Oavsett vilken boendelösning man väljer, är det viktigt att individen har tillgång till individuellt, behovsanpassat stöd. I kunskapsöversikten lyfts case management fram som en konkret metod. Betydande likheter finns med boendestödjare, som är en etablerad metod i Sverige. Ytterligare kunskap behövs dock om likheterna och skillnaderna mellan olika metoder och kombinationer av dessa.
- De huvudgrupper av program som identifierats i den systematiska kartläggningen innehåller olika komponenter som i förlängningen ger olika konsekvenser. Det kan handla om vem som ska ha kontroll över bostaden, i vilken grad boendet ska vara så normalt som möjligt, vilken roll fastighetsägaren ska ha, om det ska finnas tillgång till personal, övriga krav såsom exempelvis nykterhet och deltagande i behandling.
- De flesta studierna i kunskapsöversikten har inget uttalat könsperspektiv. Men ett resultat tyder ändå på att om insatser ska vara effektiva för kvinnor så behöver de vara utformade direkt med tanke på kvinnor.
- För att kunna jämföra de insatser som görs i Sverige med dem som beskrivs i kunskapsöversikten är det nödvändigt att först utförligt beskriva de svenska insatsernas innehåll och vilka metoder som används.
- I samband med att nya insatser introduceras i Sverige behöver man också ta fram system för hur insatserna ska dokumenteras och utvärderas, vilka

i så hög grad som möjligt bör harmoniseras med det arbete som görs inom ramen för FEANTSA och Eurostat.

- Den databas som har lagts upp i arbetet med den systematiska kartläggningen kommer att kunna utnyttjas för vidare forskning på området.

Det som främst diskuteras i denna rapport är insatsernas utformning i Sverige inom ramen för det handlingsutrymme som den kommunala socialtjänsten har. En annan aspekt är hur kommunerna ska få tillgång till bostäder att fördela till hemlösa personer och därigenom få ett reellt handlingsutrymme i valet av olika typer av insatser.

## Del 2

---

# Den systematiska kartläggningen

---

I det följande redovisas den systematiska kartläggning som utgör grunden för kunskapsöversikten över olika boendelösningar för hemlösa personer. I inledningen redogörs för tidigare forskning rörande insatser för att motverka hemlöshet. Vidare beskrivs utförligt den metod som använts vid denna systematiska kartläggning. Därefter redovisas resultatet av den systematiska kartläggningen. En diskussion förs om resultaten och dess generaliserbarhet för svenska förhållanden sist i denna del av rapporten.

## Inledning och syfte

Regeringens hemlöshetsstrategi har bland annat till mål att underlätta för dem som befinner sig i boendetrappor, träningslägenheter med mera att komma in på den ordinarie bostadsmarknaden. Därför har Socialstyrelsen fått i uppdrag att i samråd med Boverket genomföra en kunskapsöversikt om olika boendeprogram med målet att komma tillrätta med hemlösheten. En del av detta översiktsarbete består av att systematiskt kartlägga den internationellt publicerade forskningen inom ämnet. Den forskning som omfattas av kartläggningen är effektutvärderingar av insatser som syftar till att minska hemlöshet eller öka stabilt boende för före detta hemlösa personer. Tanken är att ta fram information som på längre sikt kan vara till hjälp för svenskt utvecklingsarbete med lokala boendeprogram för hemlösa personer. Syftet med detta kapitel är att redovisa resultatet av en systematisk kartläggning där målet varit att besvara följande frågor:

- Finns det lovande insatser som har utvärderats på ett tillförlitligt sätt och som är relevanta för socialt arbete med hemlösa personer i Sverige?
- Är forskningen tillräckligt omfattande och homogen för att det ska vara lämpligt att gå vidare med en systematisk översikt innehållande statistiska sammanvägningar av effekter av intressanta insatser?

## Den systematiska kartläggningen

För att förstå vad en systematisk kartläggning är måste man först ha klart för sig vad en systematisk översikt är. En *systematisk översikt* [26, 27] är ett förhållandevis nytt sätt att sammanställa forskning. Det är en specifik metod med vars hjälp man söker, identifierar, väljer ut, dokumenterar och väger samman forskning om en väldefinierad fråga, t.ex. hur effektiv en viss insats är. Målgruppen är i första hand beslutsfattare, praktiker och brukare, och i andra hand forskare. Syftet är att väga samman forskningsresultat från alla kända och relevanta studier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet.

Den uttömmande ambitionen innebär att rapporten är ett levande dokument som revideras regelbundet, t.ex. när nya forskningsresultat publiceras eller om metodologiska brister i översikten upptäcks. Det finns flera interna-

tionella arkiv som publicerar systematiska översikter, exempelvis Cochrane Library [28] och Campbell Library [29].

Samtliga arbetsmoment i metoden följer en specificerad projektplan (ett protokoll) och arbetsprocessen dokumenteras öppet och utförligt. Tanken är att minska risken för bias, det vill säga att resultaten ska snedvridas, beroende på (a) identifieringen och urvalet av de studier som översikten baseras på, (b) urvalet av data från de inkluderade studierna, (c) valet av metod för att väga samman data från de inkluderade studierna samt (d) sättet att sammanställa och förmedla resultaten på. Om de fyra momenten (a–d) är systematiskt dokumenterade kan den kritiske läsaren granska, värdera och kritisera både underlaget och slutsatserna i översikten. På så sätt blir det lättare att upptäcka och justera misstag.

En *systematisk kartläggning* [30, 27] är en form av översikt som är vanlig när kunskaperna om forskningsfältet är ofullständiga, när frågeställningen är förhållandevis öppen eller när man förväntar sig betydande kunskapsluckor inom forskningsfältet. I en systematisk översikt väger man samman forskningsresultaten med beaktande av den vetenskapliga kvaliteten i varje enskild utvärdering. Resultatet av en systematisk kartläggning ger istället i första hand en karta som endast beskriver forskningen. Beskrivningen kan gälla en mängd olika dimensioner [31, 32]. I vår kartläggning fokuseras effektutvärderingar av insatser för hemlösa personer. Med stöd av en systematisk kartläggning kan man bedöma huruvida det kan vara fruktbart att gå vidare med en fullständig systematisk översikt.

## Avgränsning

Kartläggningen har avgränsats till individbaserade effektutvärderingar [33, 34] av insatser som syftar till att minska hemlöshet och öka stabilt boende för före detta hemlösa personer. För att en studie ska ingå i kartläggningen måste resultaten ha publicerats i en internationell vetenskaplig tidskrift. Översikter har inte inkluderats, men innehållet i ett antal identifierade översikter har använts för att identifiera studier som kan ha missats i sökningarna. Dessutom har innehållet i översikterna fungerat som en jämförelsegrund när vi klassificerade de identifierade studierna. Kartläggningen av effektutvärderingarna har genomförts med avseende på fem dimensioner: (1) population, (2) insats, (3) utvärderingsmetod, (4) utfall samt (5) resultat.

## Tidigare forskning

Det finns flera översikter av insatser som syftar till att minska hemlöshet och öka stabilt boende för före detta hemlösa personer eller för grupper som riskerar att bli hemlösa. I dessa översikter dras olika slutsatser, t.ex. att det finns effektiva strategier för att minska hemlösheten [35] samt att verk samma insatser kan vara kostnadsneutrala men även kosta mer än de ordinarie insatser, de vill säga, sådana insatser som vanligtvis förekommer [36]. Case Management, och speciellt Assertive Community Treatment respektive Intensive Case Management, lyfts i några översikter fram som särskilt effektiva metoder för att ge vård och stöd till hemlösa personer [37, 38, 39, 40]. En översikt har fokuserat insatser som bygger på tvång [41], ”compulsory

community and involuntary outpatient treatment”. I denna översikt fann man emellertid ingen förbättrad effekt när det gäller hemlöshet jämfört med ordinarie insatser. Metodologiska problem i de tillgängliga utvärderingarna har betonats i en översikt [42] och i två översikter (Independent Living respektive Supported Housing) drar man slutsatsen att det saknas relevanta studier av acceptabel vetenskaplig kvalitet [43, 44].

En översikt författad av Nelson et al [45] har upplägg som ligger nära syftet med vår kartläggning. I denna översikt dras slutsatsen att de insatser som verkar vara mest effektiva är de där service och stöd – såsom Assertive Community Treatment eller Intensive Case Management – kombineras med boendeprogram där tillgång till ett permanent boende är centralt. Detta kan framstå som ett trivialt resultat i och med att hemlösheten självklart borde minska om de hemlösa personerna erbjuds ett permanent boende. Här måste man dock ta hänsyn till att hemlösa personer med svåra psykiska funktionsnedsättningar (inklusive missbruksproblem) behöver rätt förberedelser i form av vård och stöd för att kunna behålla sin bostad sedan de har fått tillgång till den. Den kombinerade insatsen bör alltså även ses som en åtgärd för att förebygga vräkningar.

Översikten av Nelson et al [45] räcker emellertid inte som underlag för ett svenskt utvecklingsarbete. För det första innehåller den inte alla relevanta studier. Detta beror delvis på att nya har tillkommit efter att översikten genomfördes, men det beror även på bristfälliga sökningar för den period som ingick i författarnas avgränsning. För det andra har författarna inte i tillräcklig utsträckning beaktat den stora och bitvis heterogena mängd studier som är relevanta för att kunna göra vederhäftiga sammanvägningar. Det är därför nödvändigt att först genomföra en systematisk kartläggning för att sedan eventuellt kunna gå vidare med en systematisk översikt.



# Metod

---

I detta metodavsnitt beskrivs hur studierna har identifierats och valts ut samt hur data från de inkluderade studierna har lagrats så att tabeller av olika slag ska kunna tas fram.

## Strategi för litteratursökning

Det kartlagda materialet kommer från uttömmande sökningar i olika referensdatabaser: ASSIA, Campbell Library, Cochrane Library, PsycInfo, PubMed, Social Services Abstracts och Sociological Abstracts (se bilaga för söksträngar och träffar). Den centrala sökdimensionen har varit "hemlös-  
het", när det gäller population, problem och utfallsmått. Andra sökdimensioner rör utvärderingsmetoden.

Utöver detta har kompletterande sökningar gjorts med namn på specifika metoder (t.ex. Assertive Community Treatment och Case Management). Slutligen har vi använt manuella metoder som att gå igenom referenslistor i viktiga publiceringar som forskningsöversikter, konsultera experter samt söka via Internet, bl.a. på olika hemsidor. Merparten av databassökningarna gjordes under december 2007 och januari 2008. Detta betyder att en del nya studier kan ha tillkommit som inte var synliga när sökningarna genomfördes.

## Urval av studier

Urvalet av studierna har gjorts i två steg. Ett första urval gjordes med stöd av informationen i publikationens titel och abstract. Detta arbete genomfördes oberoende och parallellt av två personer (Sten Anttila och Mats Blid samt med stöd av Mats Hillborg). Om granskarna var oeniga om huruvida en artikel skulle inkluderas beställdes den i fulltext för en grundlig granskning. Risken att missa relevanta artiklar har alltså minimerats. Problemet med att få med irrelevanta artiklar tonades däremot ned vid detta steg.

De dokument som accepterades efter den första granskningen beställdes alltså i fulltext för en grundligare genomgång (detta arbete utfördes av Sten Anttila och därefter granskade Mats Blid urvalet). För att en studie ska ingå i kartläggningen måste den uppfylla fyra villkor, urvalskriterier. Det räcker alltså med att ett av villkoren inte uppfylls för att en artikel ska exkluderas.

Det första urvalskriteriet är att rätt *population* ingår i studien, dvs. att populationen består av hemlösa personer. Vi har i grova drag utgått från Socialstyrelsens definition [46] (s. 20), vilket innebär att en person räknas som hemlös om han eller hon

- är hänvisad till akutboende, härbärke eller jourboende alternativt är uteliggare

- är intagen eller inskriven på någon form av institution och inte har någon bostad ordnad när han eller hon eventuellt flyttar eller skrivs ut i framtiden
- bor tillfälligt och kontraktslöst hos kompisar, bekanta, familj eller släktingar eller i något annat tillfälligt boende.

Det andra urvalskriteriet avser *insatser*, alltså olika metoder för att ge vård och stöd samt boendeprogram. För att en studie ska inkluderas krävs att den utvärderar insatser som ska motverka hemlöshet eller främja ett långsiktigt stabilt och självständigt boende för före detta hemlösa personer. Exempelvis kan vissa 12-stepsprogram för alkoholmissbrukare indirekt minska hemlöshet men exkluderas under förutsättning att de inte uttryckligen syftar till att minska hemlöshet. Insatsen bör dessutom kunna användas av andra än dem som har utvecklat den [47]. Det bör alltså finnas någon form av dokumentation av vad insatsen består i samt vilka de centrala komponenterna är. Detta utesluter alltså studier som enbart handlar om risk- och skyddsfaktorer.

Det tredje urvalskriteriet avser *utvärderingsmetoden*. De inkluderade studierna måste vara effektutvärderingar i någon form [33, 34] där det gjorts en statistisk uppföljning av hur boendesituationen har förändrats för de individer som fått del av insatsen. Minimikravet är ett prospektivt upplägg med mätningar både före och efter att deltagaren fått insatsen (pretest-posttest-design, PT-PT). Helst bör det finnas en kontrollgrupp att jämföra med. I bästa fall har slumpen fått avgöra vilka av deltagarna som hamnade i insatsgruppen respektive kontrollgruppen, en s.k. randomiserad och kontrollerad undersökning (RCT). Om indelningen inte varit slumpmässig brukar man tala om kvasiexperiment (QE).

Detta betyder att korrelationsstudier har exkluderats om det inte finns mätningar vid mer än en tidpunkt. Samma sak gäller studier som är baserade på aggregerade data (till exempel statistik på kommunnivå eller motsvarande). Anledningen är att enkla korrelationer inte kan säga något om riktningen på orsakssambanden och att aggregerade data kan vara direkt vilseledande om slutsatserna rör förändringar på individnivå. Det finns stor risk för så kallade ekologiska felslut [48] (s. 45–48).

Det fjärde urvalskriteriet rör *utfallet* av insatsen. Kravet har varit att studien ska innehålla något mått på hemlöshet eller stabilt boende som visar om insatsen har fungerat eller inte. Under förutsättning att sådana mått finns med har även andra relevanta mått dokumenterats, beroende på syftet med respektive insats (exempelvis missbruk, psykisk ohälsa, fattigdom, arbetslöshet med mera samt kostnadseffektivitet). En studie inkluderas alltså inte automatiskt bara för att hemlöshet finns med som en orsaksvariabel vid den första tidpunkten.

## Resultat

Resultaten har sammanställts i en slutgiltig referensdatabas, Unique 104. Innehållet i varje studie har i enlighet med avgränsningen organiserats i fem fält:

- Population – insatsens målgrupp (inklusive nationell kontext).

- Insats – bostadsprogram samt metod för vård och stöd.
- Utvärderingsmetod – (a) design: randomiserad undersökning, kvasiexperiment eller prospektiv longitudinell studie samt (b) antal personer i de olika jämförelsegrupperna.
- Utfall – (a) variabler: hemlöshet, stabilt boende, institutionsboende m.m., (b) utfallsmått: t.ex. genomsnittligt antal dagar i en given bostadssituation de senaste 60 dagarna samt (c) tidpunkter för uppföljning.
- Resultat – huruvida resultaten talar för programmet och/eller metoden, för kontrollgruppen eller inte för någonda.

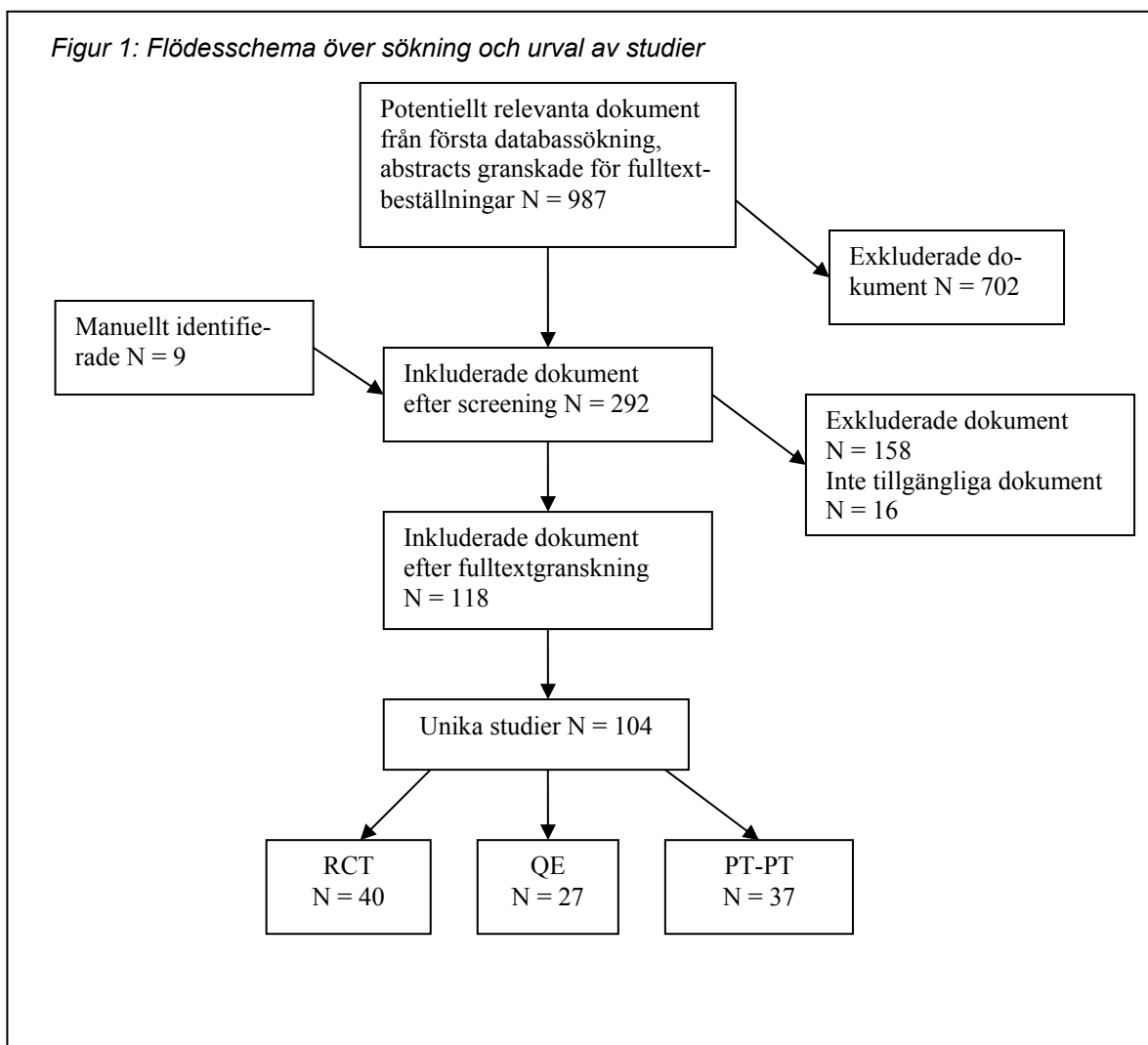
Exempel på innehåll i studierna samt vilka analyser som är möjliga att göra framgår i resultatavsnittet nedan.

Det finns ytterligare tre databaser som bör nämnas. I den första databasen (Screening 987) finns samtliga 987 dokument från databassökningarna samt motiveringar till varför vissa studier har exkluderats och inte beställts för en fulltextgranskning. I den andra databasen (Fulltext 292) finns samtliga dokument som har granskats i fulltext samt motiveringar till varför de exkluderade dokumenten inte tagits med till den slutgiltiga databasen. I den tredje databasen (Included 118) finns samtliga inkluderade dokument beskrivna på samma sätt som i Unique 104.

Programvaran för databaserna är Reference Manager 11.0. IMS och Socialstyrelsen planerar att utveckla databaserna så att innehållet i Included 118 och Unique 104 blir fritt tillgängligt för sökningar via Socialstyrelsens hemsida, efter att databasen har kontrollerats och validerats.

# Resultat av kartläggningen

Totalt identifierades 987 dokument efter sökningar i de ovanstående referensdatabaserna. Till detta har 9 dokument tillkommit genom manuella sökningar. Efter en granskning av titel, abstract och ämnesord exkluderades 702 dokument beroende på irrelevanta utfallsmått, att en tydlig insats saknades (exempelvis studier om risk- och skyddsfaktorer) eller att studierna inte handlade om hemlösa personer. Några dokument (16 st.) var av olika skäl inte tillgängliga (exempelvis förkomna på biblioteken). Urvalsflödet framgår i figur 1 nedan.



## En kvantitativ överblick

Figur 1 ovan visar att slutresultatet blev 104 unika studier (en empirisk studie kan resultera i flera tidskriftsartiklar) varav 40 var randomiserade undersökningar, 27 kvasiexperiment (QE) och 37 prospektiva studier (PT-PT). I 6 studier – samtliga RCT – görs kostnadsberäkningar. Det kan tilläggas att

merparten av studierna kommer från USA (91 st.), några från Kanada (4 st.), Storbritannien (4 st.) och Tyskland (2 st.) samt en från vardera Israel, Schweiz och Sverige. Det är alltså anmärkningsvärt få europeiska effektutvärderingar som har publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter.

### *Populationer*

Hur ser populationerna ut i de inkluderade studierna? Vilka är de huvudsakliga målgrupperna för de insatser som har utvärderats? I tabell 1 nedan visas studiernas fördelning utifrån populationer med olika diagnoser. Den största gruppen är studier där insatsens målgrupp uttalat var personer med psykiska funktionsnedsättningar (60 st.) och den nästa största gruppen är deltagare med missbruksproblem i någon form (34 st.). Totalt 14 studier hade personer med ”dubbeldiagnoser” (både missbruk och psykisk funktionsnedsättning) som insatsens uttalade målgrupp. Vidare fanns 24 studier där man inte tydligt har avgränsat eller redovisat insatsens målgrupp.

*Tabell 1: Population – olika diagnoser\**

	<b>Antal</b>
Psykisk funktionsnedsättning	60
Missbruk	34
Psykisk funktionsnedsättning och missbruk	14
Inte avgränsat	24
*Observera att de tre översta raderna i tabellen överlappar, vilket betyder att en enskild studie kan ha räknats med på alla dessa tre rader.	

De flesta studier utvärderade insatser för vuxna eller för personer utan någon angiven åldersgräns. Det fanns dock exempel på utvärderingar av insatser för ungdomar (10 st.) som ofta var på rymmen. Ett fåtal studier rörde insatser som hade skraddarsyttts för personer äldre än 65 år (2 st.). En intressant typ av insatser är sådana som speciellt har tagits fram för kvinnor (5 st.) och där resultaten tyder på att de också fungerar bättre för kvinnor än insatser för en mer generell grupp av hemlösa personer. Det finns även 3 studier av insatser som har tagits fram för hemlösa familjer med barn (inte sällan ensamstående mödrar).

### *Insatser*

Bland de 104 unika studier som identifierats finns en stor mängd boendeprogram samt olika metoder för vård och stöd. Dessa har också kombinerats på olika sätt. I en utvärdering kan man exempelvis jämföra effekterna av ett boendeprogram i kombination med en form av socialt stöd, med effekterna av ett annat boendeprogram som kombinerats med både socialt stöd och vård. En typ av psykologisk behandling kan också ha jämförts med ”ingen insats”. Sammantaget innehåller studierna utvärderingar av komplexa och heterogena insatser som ibland inte heller är helt tydligt beskrivna.

Eftersom insatsernas innehåll är så komplext har de delats upp på två nivåer: boendeprogram och metoder för vård och stöd. Inom dessa nivåer har vi valt att lyfta fram särskilt viktiga dimensioner. Ibland finns det specifika och namngivna insatser och ibland rör det sig om insatser som hör hemma under mer övergripande kategorier (detta gäller oftast kontrollgrupperna).

Den vanligaste utvärderade metoden för stöd och vård är olika varianter av Case Management (tabell 4), inte sällan i kombination med ett boendeprogram. Det är i korthet en metod för att samordna vård och olika typer av socialt stöd till en helhet, med klientens behov som utgångspunkt. Metoden är inte entydig utan det finns flera olika modeller [49]. I ett svenskt sammanhang liknar en case manager (för hemlösa personer) i praktiken en boendestödjare [50]. Flera olika modeller brukar nämnas [49] inom ramen för två huvudgrupper:

- Mäklarmodellen (Brokered Case Management) vilken innebär att varje case manager samordnar och förmedlar vård och stöd till ett stort antal klienter (upp till 50 st.).
- Den kliniska modellen där antalet klienter är färre och där även case managern själv kan bidra med vård och stöd. Tre intressanta varianter bör nämnas:
  - Assertive Community Treatment
  - Intensive Case Management
  - Critical Time Intervention.

Vid *Assertive Community Treatment* [39] har case managern ett integrerat interdisciplinärt team till förfogande. Teamet består av olika specialister som är knutna till klienten, och varje case manager har bara hand om cirka 10 klienter. Det kan ibland vara svårt att skilja *Assertive Community Treatment* från *Intensive Case Management*, och ibland beskrivs *Assertive Community Treatment* som en form av *Intensive Case Management* [49]. *Critical Time Intervention* [51] är en kortvarig och intensiv form av *Case Management* som ska underlätta övergången från olika former av institutionsboenden, boende på härbärgen med mera till ett eget mer eller mindre självständigt boende ute i samhället.

Tabell 2: Insatser – vård och stöd\*

	Antal
Case Management ospecificerat	26
Case Management mäklarmodellen	3
Intensive Case Management ospecificerat	14
Assertive Community Treatment	24
Critical Time Intervention	2
Annat än Case Management	57
*Kategorierna överlappar varandra i viss mån, och därför anges ingen totalsumma. En insats kan förekomma som utvärderad metod i en studie och som kontrollgrupp i en annan.	

I tabell 2 framgår att nära hälften av de inkluderade utvärderingarna omfattat Case Management i någon form. Totalt 57 av 104 studier innehöll ingen utvärdering av Case Management, vilket innebär att 47 stycken inkluderar metoden (104 – 57 = 47). Den största gruppen (26 st.) gällde studier där man har utvärderat Case Management utan att specificera det ytterligare. Därefter följer *Assertive Community Treatment* med 24 studier.

Tabell 3: Insatser – stöd och behandling utom CM\*

	Antal
Arbetsterapi respektive arbetsträning	5
Beteendeterapi respektive kognitiv beteendeterapi	5
Drop in-mottagningar samt dagvård (day treatment)	12
Utåtriktat fältarbete (outreach)	6
Härbärge (shelter)	10
*Kategorierna överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. En insats kan förekomma som utvärderad metod i en studie och som kontrollgrupp i en annan. Det betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen.	

I tabell 3 visas några andra typer av metoder för vård och stöd som förekommer bland de inkluderade utvärderingarna. Dessa studier är dock inte särskilt många och de är också i viss mån överlappande. Förvånansvärt få studier utvärderar härbärgen som insats (10 studier) samt olika typer av dagverksamhet (12 studier).

Bland de 104 effektutvärderingar som identifierats kan man skönja två stora huvudgrupper av boendeprogram. McHugo et al [52] kallar det ena alternativet ”integrated housing”, där boendet integreras med vård och stöd. Det andra alternativet kallar de ”parallel housing” där boende respektive vård och stöd har separerats. Bland dessa 104 studier ingår dessvärre inga studier där specifikt boendetrappor utvärderas på individnivå. Detta är synd eftersom boendetrappor är det vanligaste programmet i Sverige [1, 53, 54].

Det förekommer dock flera olika termer som inte verkar ha använts på ett entydigt och konsekvent sätt. Tsemberis et al [55] använder till exempel termerna ”continuum of care” respektive ”housing first”. I tabell 4 har vi sammanfört de konkreta aspekter som McHugo et al [52] samt Tsemberis et al [55] lyft fram. Vi föreslår att den första gruppen av program på svenska kallas vårdkedjemodell (motsvarar ungefär ”continuum of care”, ”integrated housing” och liknande). Vårt förslag angående den andra gruppen av program är att den kallas Bostad först (motsvarar ungefär ”parallel housing”, ”supported housing” och liknande). De tre första dimensionerna kommer från McHugo et al [52] medan de två sista kommer från Tsemberis et al [55].

Vårdkedjemodellen bygger på filosofin om ett stegvis utvecklande av den hemlöse personens förmåga att ha ett självständigt boende. Enligt denna modell finns ofta mellanformer av boende där många hemlösa personer samlas på ett ställe och där personal finns nära till hands. I den andra gruppen av program, Bostad först, ligger tyngdpunkten på ett så normalt boende som möjligt. Boendet är permanent och ligger ute i samhället bland andra hyresgäster utan att vårdpersonal finns närvarande på samma sätt som i ett program baserat på vårdkedjemodellen. Enligt modellen Bostad först hålls boendet strikt isär från behandlingen och ett permanent boende ses som en rättighet.

Tabell 4: Jämförelse av boendeprogram (modifierad från [52, 55])

	<b>Vårdkedjemodell</b>	<b>Bostad först</b>
Boendekontroll	Vårdgivaren har kontrollen	Fastighetsägaren har kontrollen
Boendeintegration	Merparten av de boende är patienter	Integrerat med vanligt boende
Fastighetsägaren	Boendet är kopplat till vård, vårdgivaren beslutar	Boendet är inte kopplat till vård, fastighetsägaren beslutar
Personal	Personal boende i fastigheten	Ingen personal boende i fastigheten
Nyktethetskrav för tillgång till bostad	Ofta krav på nykterhet	Sällan nyktethetskrav
Behandlingskrav för tillgång till bostad	Ofta krav på deltagande i behandling	Sällan krav på deltagande i behandling

Om man går igenom de enskilda studierna i detalj verkar programmen i praktiken ofta vara sammansatta och pragmatiskt utformade, vilket McHugo et al [52] också påpekar. Ibland är de dessvärre ytligt beskrivna och det kan då vara svårt att klassificera dem enligt kriterierna i tabell 4. Trots den bristfälliga informationen har vi försökt klassificera programmen i de inkluderade studierna. Här har även klassificeringsarbetet i översikterna av Nelson et al [45] och Hwang et al [56] varit till hjälp. Den ungefärliga fördelningen av studier framgår i tabell 5.

Tabell 5: *Insats – boendeprogram\**

	<b>Antal</b>
Boendeprogram i någon form	37
Vårdkedjemodell i någon form	12
Bostad först i någon form	9
*Kategorierna överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. En insats kan förekomma som utvärderad metod i en studie och som kontrollgrupp i en annan. Det betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen. En studie där t.ex. "housing first" ställts mot "continuum of care" räknas in på alla rader i tabell 5.	

Ungefär en tredjedel (37 st.) av de inkluderade studierna utvärderar någon form av boendeprogram, som ofta har kombinerats med olika stöd- och vårdinsatser. Bland dessa innehåller 9 studier utvärderingar av Bostad först i någon form, medan olika sorters program baserat på vårdkedjemodellen utvärderas i 12 studier.

### Utvärderingsmetoder

I figur 1 framgår att 40 studier är randomiserade och kontrollerade undersökningar (RCT), 27 studier är kvasiexperiment (QE) och 37 studier är prospektiva studier (PT-PT). Effekterna av ett program och/eller en metod räknas ofta fram genom att jämföra utfallet i kontrollgruppen med utfallet i den grupp som har fått del av den aktuella insatsen. Därför är det intressant att veta i hur många studier som kontrollgruppen består av "ordinarie insatser", en eller flera "specifika insatser" eller "ingen insats".



Tabell 6: Utvärderingsmetod – kontrollgrupp

	Antal
Ordinarie insatser (det som vanligtvis görs för de hemlösa personerna vilket ofta är otydligt redovisat i utvärderingarna)	24
Specifika insatser (en definierad insats vilken ofta är tydligt beskriven), andra kontrollgrupper kan dessutom ingå, t.ex. ”ingen insats”)	39
Endast ”ingen insats” eller ”väntelista”	12
*Kategorierna överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. Flera olika kontrollgrupper kan förekomma i en och samma studie, vilket betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen.	

Det framgår i tabell 6 att drygt en tredjedel av studierna innehåller åtminstone en kontrollgrupp som fått ”specifika insatser” (39 st.) och i en mindre grupp utgörs kontrollgruppen endast av ”ingen insats” eller ”väntelista” (12 st.). I 24 studier består kontrollen av ”ordinarie insatser”. Det bör även nämnas att det inte finns någon kontrollgrupp i de prospektiva studierna, alltså i 37 studier.

Ytterligare en viktig aspekt i studierna är under hur lång tid man följer de personer som ingår i utvärderingarna. Ju längre tid man följer dem, desto bättre är beslutsunderlaget. Detta finns sammanställt i tabell 7, som visar att det är förhållandevis många studier där man följt deltagarna i upp till 18 månader (22 st.). I 11 studier har man följt deltagarna i mer än 24 månader och i ett fall i hela 8 år.

Det är också viktigt med baslinjedata (information om läget när projektet inleddes), framför allt när det redan vid starten finns skillnader mellan den grupp som fått en specifik insats och kontrollgruppen. Sådana uppgifter är självklara vid prospektiva studier där man jämför situationen före och efter insatsen. Baslinjeuppgifter saknas i några studier, vilket ibland beror på att utfallsmåttet har definierats som en förändring från baslinjen. Då kan man inte ur den aktuella artikeln få fram några exakta uppgifter om deltagarnas boendesituation då projektet inleddes utan endast slutresultatet.

Tabell 7: Utvärderingsmetod – uppföljning vid olika tillfällen\*\*

	Antal
Baslinjen (eller justering)	72
Efter < 6 månader	23
Efter 6 månader	28
Efter 7–12 månader	49
Efter 13–18 månader	22
Efter 19–24 månader	12
Efter > 24 månader	11
*Kategorierna i tabell 7 överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. En studie kan innehålla flera mättillfällen, men måste inte göra det. Det betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen.	
**I gruppen < 6 månader finns uppgifter om situationen direkt efter ett avslutat program och/eller uppgifter som har samlats in under kortare tid än inom sex månader.	

### Utfall

I de inkluderade studierna har man redovisat hemlöshet respektive stabilt boende på flera olika sätt och det är inte alltid möjligt att räkna om de olika

alternativen till enhetliga mått. I många fall redovisas t.ex. antalet eller andelen nätter i olika typer av boendesituationer under en given tidsperiod. I andra fall har man räknat antalet eller andelen personer i olika boendesituationer vid ett givet tillfälle. Även innehållet i begreppet hemlöshet respektive stabilt boende varierar en del. Några av de förekommande innehållsliga alternativen är beskrivna i tabell 8 nedan. Det bör dock i grova drag vara möjligt att räkna om och anpassa utfallen i studierna till de definitioner som har föreslagits av HUD [57], FEANTSA [58] och EUROSTAT [59]. Det bör även gå att räkna om och anpassa utfallen till den terminologi som används av Socialstyrelsen [44].

*Tabell 8: Utfall – boendesituation\**

	<b>Antal</b>
Bokstavligt hemlösa	12
Hemlös (ospecificerat)	60
Temporära boendelösningar	10
Vistelse på institution	26
Bostad (ospecificerat)	75
Stabilt boende	40
*Kategorierna i tabell 8 överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. En studie kan innehålla resultat som rör flera boendesituationer och det betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen.	

I 12 studier särredovisas resultat avseende personer som är bokstavligt hemlösa. Hemlöshet i en vidare och ofta ospecificerad mening förekommer i 60 studier. Boende på olika typer av institutioner är också med som utfallsmått i flera studier (26 st.). Situationen ”i boende” (allmänt och ospecificerat) har använts som utfall i 75 studier medan ”stabilt boende” förekommer i 40 studier.

*Tabell 9: Utfall – proportioner och medelskillnader\**

	<b>Antal</b>
Andel klienter i olika boendesituationer	56
Medelvärden, antal dagar i olika boendesituationer under en given period	27
Medelvärden, andel dagar i olika boendesituationer under en given period	10
*Kategorierna i tabell 9 överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. En studie kan innehålla fler olika utfallsmått och det betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen.	

I tabell 9 ges en överblick över olika sätt att mäta utfallen. Merparten av studierna (56 st.) bygger på dikotoma utfall (t.ex. antingen hemlös eller inte hemlös), vilket oftast redovisas som proportioner (oftast procent). Det finns emellertid flera studier (27 st.) där resultaten räknats fram på basis av kontinuerliga utfall, t.ex. antalet dagar som undersökningspersonen befunnit sig i stabilt boende under de senaste 30 dagarna vid en 12-månadersuppföljning. I detta senare fall redovisas resultat normalt som medelvärden. Det senare sättet att mäta görs i 27 studier. I 10 studier har man studerat andelen dagar i en viss boendesituation.

### Studier med hög tillförlitlighet

Det är intressant att veta hur många studier som baseras på randomiserade undersökningar och som samtidigt har en förhållandevis lång uppföljningstid, det vill säga studier med hög tillförlitlighet. I tabell 10 visas detta. I studien med den mest omfattande uppföljningen har man följt programdeltagarna och kontrollgruppen var sjätte månad under tre års tid. I fyra studier (inklusive den förra) har man följt kontrollgruppen under två års tid. Motsvarande antal studier för 18 månader respektive 12 månader är 7 respektive 19 randomiserade undersökningar.

Tabell 10: Utfall – randomiserade och kontrollerade undersökningar med olika uppföljningar\*

	RCT
Uppföljning 12, 18, 24, 30 och 36 månader	1
Uppföljning 12, 18 och 24 månader	4
Uppföljning 12 och 18 månader	7
Uppföljning 12 månader	19
*Kategorierna i tabell 10 överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. En studie kan innehålla flera mätillfällen, men den behöver inte göra det. Det betyder att en och samma studie kan räknas flera gånger i tabellen.	

Tabell 11 visar insatserna för kontrollgruppen eller kontrollgrupperna i olika studier med hög tillförlitlighet.

Tabell 11: Utfall – randomiserade och kontrollerade undersökningar med minst 12 månaders uppföljning och olika kontrollgrupper\*

	RCT
Ingen insats, väntelista	6
Ordinarie insatser (usual care)	13
Specifik insats	13
*Kategorierna i tabell 1 överlappar varandra i viss mån och därför anges ingen totalsumma. Flera olika kontrollgrupper kan förekomma i en och samma studie. Det betyder att en studie kan räknas flera gånger i tabellen.	

I sex studier utgjordes kontrollgrupperna av personer som fått ”ingen insats” eller som hamnat på en ”väntelista”. I 13 studier var personer med ”ordinarie insats” en typ av kontrollgrupp, och det fanns även 13 studier där man jämfört insatsen med en annan insats.

# Tolkning av resultaten

---

I det föregående presenterades en kvantitativ översikt av internationellt publicerade effektutvärderingar av insatser med syftet att minska hemlöshet och öka stabilt boende för före detta hemlösa personer. I detta avsnitt diskuteras förutsättningarna att gå vidare från en systematisk kartläggning till en systematisk översikt. I samband med detta redovisas det empiriska stödet för de mest lovande insatserna av relevans för svenskt socialt arbete. Dessutom formulerar vi några frågor som behöver besvaras för hur relevant den internationella forskningen är för svenska sammanhang.

## Förutsättningar för en systematisk översikt

Forskningsunderlaget är förhållandevis omfattande. Det är dock skevt eftersom en stor andel av studierna kommer från USA. Dessutom är merparten av insatserna i första hand avsedda för personer med psykiskt funktionshinder, missbruksproblem eller både och. Det kan vidare konstateras att underlaget är heterogent. Det rör sig om ett flertal insatser där skilda boendeprogram kombinerats på varierande sätt med olika metoder för att förmedla vård och stöd. Ytterligare något som kan komplicera sammanvägningar av resultaten är att utvärderingarna lagts upp på metodologiskt olika sätt.

Trots detta kan det ändå vara möjligt att gå vidare med en systematisk översikt eftersom utfallen är redovisade på ett förhållandevis enhetligt sätt, t.ex. andel personer i olika boendesituationer eller genomsnittligt antal dagar i olika boendesituationer under en given period.<sup>2</sup> Vidare finns det exempel på tillförlitliga resultat som talar för att det finns framkomliga vägar i arbetet med hemlöshet på individnivå, åtminstone för dem som har psykiska funktionsnedsättningar och/eller missbruksproblem. Detta tas upp i nästa avsnitt.

Det finns tidigare översikter som haft ett liknande syfte som vår kartläggning. I dem har man emellertid inte beaktat problemen med heterogenitet på ett tillfredställande sätt. Man har dessutom missat en del centrala studier. Av dessa skäl bedömer vi att resultaten i dessa översikter inte räcker som stöd för ett kommande svenskt utvecklingsarbete. Slutsatsen är alltså att det, trots att det redan finns översikter inom området, kan vara lämpligt att gå vidare med en systematisk översikt.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> I många studier saknas emellertid information som är nödvändig om det ska vara möjligt att beräkna och väga samman effekter, t.ex. standardavvikelser. Detta kan i vissa fall beräknas indirekt från *t*-värden, *F*-värden m.m.

<sup>3</sup> I dagsläget finns en "Title" accepterad i Campbell Library och en forskargrupp har bildats med representanter från Australien, Danmark, Norge, Storbritannien och Sverige. Målet är att få ett "protocol" accepterat under december 2008 och att en färdig rapport ska kunna publiceras under slutet av 2009. Det har också kommit en förfrågan från Cochrane Library om att även lägga in den planerade rapporten i detta arkiv.

## Ett lovande fokus

Det forskningsområde inom vilket sammanvägningar av effektstudier framstår som lovande är där boendeprogram kombineras med olika metoder för vård och stöd. Nelson et al [45] drar exempelvis slutsatsen i sin översikt att boendeprogram som inkluderar ett permanent boende och som kombineras med Assertive Community Treatment eller Intensiv Case Management ger de största effekterna (s. 358):

*In terms of the most effective approach in reducing homelessness, it appears that providing permanent housing and support is the most successful approach. This conclusion is based on the findings that the ES for housing and support interventions (average ES=.67) are higher than those for ACT (average ES=.47) and the findings from direct comparisons of housing and support with ACT or ICM alone showing the superiority of housing plus support.*

Det kanske mest intressanta exemplet på detta är Bostad först i kombination med Assertive Community Treatment. Av SAMHSA:s register [60, 61] över evidensbaserade program framgår att denna insats implementerats på fler än 27 platser, bland annat i USA, Kanada, England och Nederländerna. Över 4 000 personer i USA och 2 800 personer i Kanada har fått insatsen. Insatsen har för övrigt fått ett högt betyg av denna myndighet (3,7 poäng av 4 möjliga när det gäller utfallsmåttet stabilt boende).

Programmet Bostad först har utvecklats i New York City vid Pathways to Housing Inc och kallades ursprungligen Consumer Preference Supported Housing model (CPSH) [60]. Målgruppen är i första hand kroniska uteliggare med psykiska funktionsnedsättningar (Exempelvis personer med DSM IV Axis I-diagnoser). Villkoren för att få vara med i programmet är att man är hemlös och har en psykisk funktionsnedsättning. Vidare måste deltagarna gå med på att träffa servicekoordinatören minst två gånger i månaden samt delta i systemet för ekonomisk förvaltning. Detta system innebär att deltagaren avstår 30 procent av sin inkomst, exempelvis socialbidrag, till verksamheten.

Personalen utbildas på traditionellt sätt med lektioner, workshops, handledning, gruppmöten m.m. Målet är att bygga ett sammanhållet och flexibelt team präglad av kulturell mångfald med de boendes bästa som första prioritet. Skademinimering som filosofi är, enligt Tsemberis och Asmussen [62] en viktig del av programmet, som ett alternativ till filosofin bakom de vanligt förekommande 12-stegsprogrammen. Förutom boendet innehåller programmet ytterligare några utvecklingsområden såsom utbildning, yrkesträning, psykisk och fysisk hälsa, missbruksproblem, ekonomi, självhjälp, sociala och familjenätverk m.m.

Inom dessa utvecklingsområden finns ett ACT-team (Assertive Community Treatment) som erbjuder service och stöd. Varje klient har en personlig stödperson (en så kallad case manager) vilken samlar kring sig ett interdisciplinärt team bestående av en före detta hemlös kamrattstödare, sjuksköterska, psykiater, socialarbetare, rådgivare rörande missbruksfrågor, och administratör. Teamledaren har ansvar för några få klienter (lågt "case

load”), men övriga i teamet är kopplade till andra klienter. Klienten kan nå ACT-teamet via en koordinator 24 timmar per dygn under veckans alla dagar.

Målet är att så snabbt som möjligt ordna ett eget boende åt klienten. Man bokför kontinuerligt förekomsten av möjliga boendialternativ genom information från hyresvärdar om lediga lägenheter, och förhandlar regelbundet om lämpliga arrangemang. Centret har två övergångslägenheter i väntan på en permanent lösning. Den genomsnittliga tiden i dessa är 15 dagar innan man kan flytta till en egen bostad. Pathways to Housing sköter all ekonomisk förvaltning avseende hyror m.m. Skälen är att man vill ha en effektiv ekonomisk hantering genom centralisering samt att man vill säkerställa att klienterna har tillräckligt med pengar för mat, kläder m.m. Målet är att klienten så småningom ska kunna hantera sin ekonomi på ett självständigt sätt.

### *Det empiriska stödet*

Originalutformningen av Bostad först har utvärderats empiriskt i två studier med kontrollgrupp: ett kvasiexperiment [63] och en randomiserad undersökning [55]. Ibland har även en randomiserad undersökning av ett program kallat *Choices* räknats hit [64]. Detta program liknar på många avgörande sätt programmet vid Pathways to Housing, t.ex. rörande den hemlöse personens valfrihet och filosofin om skademinimering. En viktig skillnad är dock att man inom Choices inte erbjuder ett eget boende på samma direkta sätt som vid Pathways to Housing [55].

Både kvasiexperimentet och den randomiserade undersökningen ger ett starkt stöd för Bostad först. I båda fallen utgjordes jämförelsegruppen av ordinarie insatser i enlighet med Continuum of Care (jfr vårdkedjemodell i tabell 4).

Kvasiexperimentets [63] styrka i detta fall är att deltagarna är förhållandevis många (antalet deltagare  $n_1 = 161$  i insatsgruppen och antalet deltagare  $n_2 = 1\ 165$  i kontrollgruppen), samt framför allt att uppföljningstiden är lång. Efter nära fem år är sannolikheten att ha egen bostad mycket högre för dem som deltagit i Bostad först jämfört med dem som tillhörde kontrollgruppen: 88 procent jämfört med 47 procent.

Svagheter med kvasiexperimentet är att man inte kan avgöra hur stor del av denna skillnad som beror på vilka personer som råkade hamna i de olika grupperna (ett s.k. selektionsbias). Det goda resultatet skulle ju kunna bero på att lätthjälpta personer är överrepresenterade i gruppen som deltog i Bostad först.

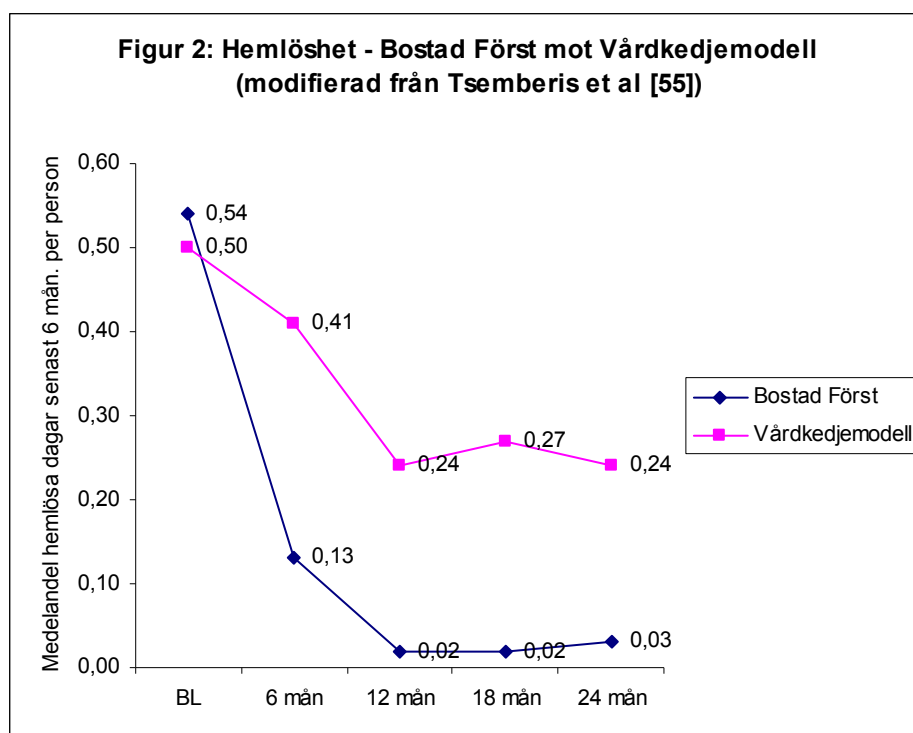
I den randomiserade undersökningen gjordes den sista uppföljningen efter 36 månader [65], men det finns tillgängliga och enkelt extraherbara data för följande tidpunkter: baslinjen, 6 månader, 12 månader, 18 månader och 24 månader [55]. De tillgängliga utfallsmåtten är den genomsnittliga andelen dagar som deltagarna var hemlösa respektive hade ett stabilt boende under de senaste 6 månaderna. (standardavvikelser saknas emellertid<sup>4</sup>).

I figur 2 visas hur den genomsnittliga proportionen hemlösa dagar har utvecklats var sjätte månad för dem som deltagit i Bostad först jämfört med

---

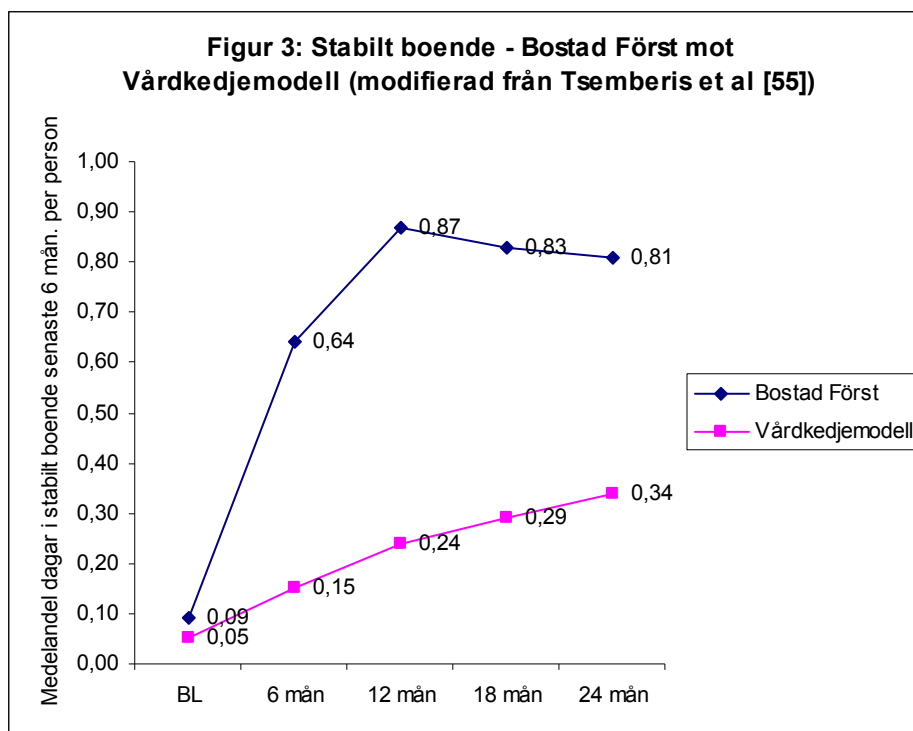
<sup>4</sup> Vi har kontaktat professor Sam Tsemberis via e-post, bl.a. angående detta, men utan att få något svar.

ordinarie boendeprogram i enlighet med vårdkedjemodellen ("continuum of care"). Hemlöshet definieras här som att tvingas sova på gatan, på offentliga platser, i härbärgen eller härbärgesliknande bostäder [55] (s. 653). De som bor i tillfälliga bostäder, exempelvis hos släktingar eller bekanta, räknas med andra ord inte som hemlösa här. Det rör sig alltså om hemlöshet i bokstavlig mening. Vid uppföljningen efter 24 månader är den genomsnittliga andelen dagar i hemlöshet 3 procent (motsvarar fem dagar per person) för dem som deltog i Bostad först respektive 24 procent dagar i hemlöshet för kontrollgruppens deltagare (motsvarande 43 dagar per person).



Motsvarande uppgifter för utfallsmåttet stabilt boende finns i figur 3. Stabilt boende innebär i denna studie boende i egen lägenhet, rum i ett boendeprogram (inklusive övergångsboende), gruppboende, pensionat eller permanent boende med familj eller bekanta. Utvecklingen har varit positiv för båda grupper oavsett utfallsmått, men den har varit mer positiv för dem som deltagit i Bostad först. I båda fallen är skillnaden mellan Bostad först och kontrollgruppen statistiskt signifikant vid 24-månadersuppföljningen. De som deltagit i Bostad först har inte heller uppvisat mer missbruk än de som deltagit i ett boendeprogram enligt vårdkedjemodellen ("continuum of care") En närmare granskning av resultaten i den randomiserade undersökningen sammanfattas i tabell 12.

Båda figurerna illustrerar poängen med att ha en kontrollgrupp att jämföra med. Om man enbart ser på förändringen för dem som fått ordinarie insatser enligt vårdkedjemodellen framstår denna strategi som framgångsrik. Effekterna är dock inte lika imponerande om man jämför med dem som fått Bostad först.



Det finns självklart flera frågetecken kring resultatens tillförlitlighet. För det första kan de som har utvärderat Bostad först inte betraktas som helt opartiska, eftersom åtminstone några av dem har varit med och utvecklat insatsen. För det andra har intervjuerna vid uppföljningarna genomförts av personer som kände till vilken insats som de olika klienterna fått. För det tredje är det oklart hur behandlingstroheten har dokumenterats och beaktats. Det enda sättet att få klarhet på dessa punkter är att genomföra nya studier som tar hänsyn till detta.

Ytterligare ett problem är att resultaten kanske inte går att generalisera och tillämpas i andra sammanhang. De goda resultaten skulle ju kunna bero på att just Pathways to Housing i New York City har en exceptionellt väl fungerande organisation med en personal som är kompetent utöver det vanliga. Då skulle själva programmets förklaringsvärde kunna vara av underordnad betydelse.

Nya randomiserade och kontrollerade undersökningar är det enda sättet att ta reda på hur väl Bostad först kan komma att fungera vid nya tillämpningar med ny personal och i andra miljöer, t.ex. utanför USA. Med hjälp av sådana undersökningar och eventuella metaanalyser kan man få en bättre bild av hur robust insatsen är när den har prövats i olika nationella och lokala kontexter.



Tabell 12: Bostad först jämfört med vårdkedjemodellen ("continuum of care") – Tsemberis et al [55]

Population	Insats	Metod	Resultat
<p><b>Urvalskriterium</b> &gt; 15 dagars uteliggande de senaste 30 dagarna eller senaste 30 dagarna före hospitalisering, en hemlöshetshistorik under de senaste 6 månaderna; grava psykiska funktionsnedsättningar.</p> <p><b>Försökspersoner</b> Kön, ålder, utbildning, etnicitet, diagnos, boendesituation vid baslinjen.</p> <p><b>Tidsramar</b> 1997–2001.</p> <p><b>Stad och land</b> New York City, USA.</p>	<p><b>Insats</b> Bostad först med frivilligt vald ACT, Pathways to Housing.</p> <p><b>Kontrollgrupp</b> Vårdkedjemodellen ("continuum of care"), ordinarie insatser.</p>	<p><b>Design</b> Randomiserad undersökning RCT.</p> <p><b>Urval</b> Ursprungligt N = 225. Vid 24 mån N = 154 n<sub>1</sub> = 73 och n<sub>2</sub> = 81 vid 24 mån.</p> <p><b>Blind observation</b> Vid baslinjen men ej vid uppföljning.</p> <p><b>Behandlingsstrohet</b> Information saknas för Bostad först men finns för vårdkedjemodellen.</p>	<p><b>Resultat och slutsats</b> Resultaten talar för Bostad först.</p> <p><b>Mått på hemlöshet</b> Medelproportion tid som hemlös (uteliggande eller i härbärgen) vid baslinjen, 6 mån, 12 mån, 18 mån, resp. 24 mån.</p> <p><b>Stabilt boende</b> Medelproportion tid som stabilt boende (egen lägenhet, plats i boendeprogram, gruppboende, boende med släktingar eller vänner) vid baslinjen, 6 mån, 12 mån, 18 mån resp. 24 mån.</p> <p><b>Effektstorlekar</b> Riskskillnader (baserat på medelproportioner) vid 24 mån. Hemlöshet: - 0.21, H<sub>0</sub> förkastas (p &lt; 0.01). Stabilt boende: + 0.46, H<sub>0</sub> förkastas (p &lt; 0.01).</p> <p><b>Andra utfallsmått</b> Missbruk (inga skillnader), psykiska symptom (inga skillnader), upplevelser av valmöjligheter (talar för Bostad först).</p>

Det finns flera intressanta frågor som skulle kunna besvaras i en kommande systematisk översikt med stöd av några av de identifierade studierna i kartläggningen.

En fråga gäller vilken roll tryggheten i boendet spelar jämfört med andra faktorer som kan spela roll i resan från hemlöshet till ett stabilt boende. Att tvingas flytta, när man kvalificerat sig för ett mer självständigt liv, kanske också skapar en sådan otrygghet att detta motverkar att målet uppnås, nämligen ett stabilt och självständigt boende.

En andra fråga rör det stegvisa tänkandet på ett generellt plan. Bostad först har ju trots allt ett viktigt inslag av denna vårdkedjefilosofi, nämligen klientens hantering av pengar. Pathways to housing förvaltar ju en betydande del av klienternas inkomster med målet att överlåta detta till klienten då denna bedöms vara mogen för denna frihet. Skulle programmet vara lika framgångsrikt om man släppte denna kontroll?

En tredje fråga gäller villkoren för att få ett tryggt boende inom vissa program. Att nykterhet och deltagande i behandling utgör villkor för ett tryggt boende inom vissa program kanske motverkar att målet, ett stabilt och självständigt boende, uppnås. Är detta något som spelar en avgörande roll för huruvida ett program fungerar eller inte?

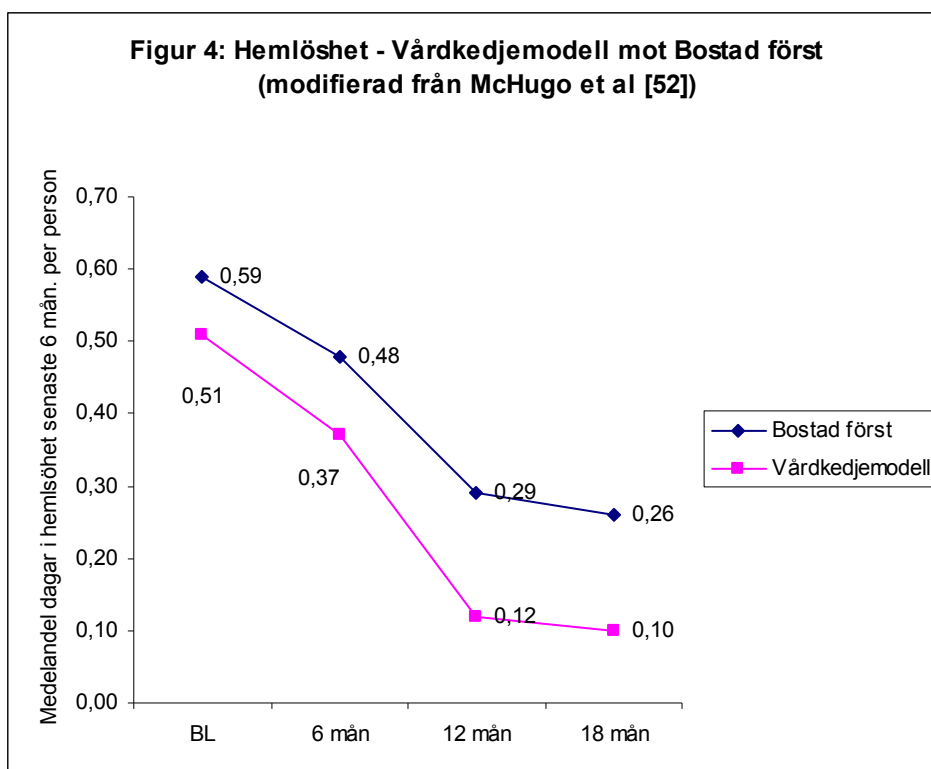
Den relativa betydelsen av Assertive Community Treatment spelar slutligen in när man ska tolka resultaten i undersökningen [55] av Bostad först. Deltagarna i kontrollgruppen har inte fått samma typ av Case Management som deltagarna i Bostad först (Assertive Community Treatment), och därför skulle en del av skillnaden kunna förklaras av detta. Det kan alltså vara intressant att se vilket vetenskapligt stöd som finns bakom Assertive Community Treatment som ett sätt att minska hemlöshet och bidra till stabilt boende. Här finns flera identifierade effektutvärderingar i den systematiska kartläggningen samt även en del översikter [39].

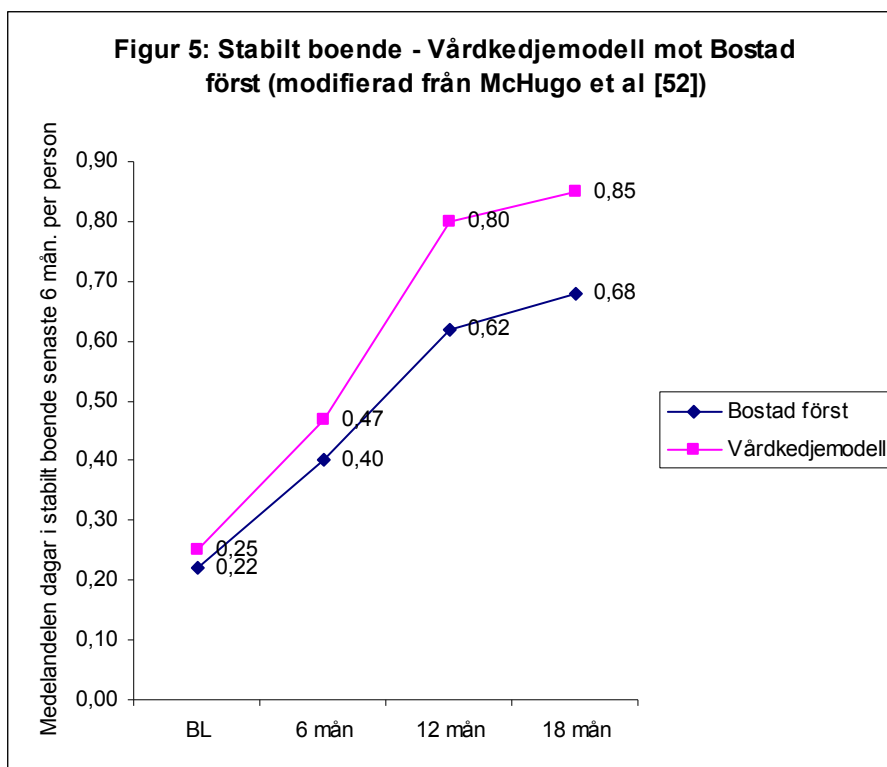
### Empiriska resultat till stöd för vårdkedjemodellen

Om man endast utgår från utvärderingarna av Pathways to Housing och Bostad först kan resultaten framstå som övertygande, trots de reservationer som gjorts ovan. Det finns även en omfattande forskning som pekar i denna riktning vilken också refereras av forskargruppen kopplade till Pathways to Housing.

Ett problem är emellertid att det även finns empiriskt stöd för vårdkedjemodellen ("integrated housing") då denna jämförts med program ("parallel housing") som kan räknas som Bostad först. I en randomiserad och kontrollerad studie av boendeprogram för hemlösa i Washington DC har McHugo et al undersökt liknande program som ovan i New York City [52]. Vårdkedjemodellen har kombinerats med klinisk "intensive case management" från en lokal myndighet medan Bostad först erbjuder vård och stöd via mobila ACT-team (Assertive Community Treatment).

Viktiga skillnader mellan vårdkedjemodellen och Bostad först (se tabell 4 ovan) gäller vem som har kontroll över boendet, boendeintegrationen, fastighetsägarens betydelse samt om det finns personal på plats. I undersökningen från Washington DC var emellertid de konkreta lösningarna mer pragmatiska än filosofiska, och programmen i studien av McHugo et al [52] bör ses som hybrider. Figur 4 visar hur hemlösheten förändrades för de två grupperna efter varje halvår från baslinjen till 18 månader. Figur 5 visar motsvarande uppgifter för stabilt boende. I båda fallen förbättras situationen för båda grupperna, såväl för dem som tagit del av vårdkedjemodellen som Bostad först.





Om man justerar för skillnader vid baslinjen är skillnaden när det gäller stabilt boende statistiskt signifikant på femprocentnivån (figur 5), medan skillnaden rörande hemlöshet inte är statistiskt signifikant (figur 4).

Hur ser det vetenskapliga underlaget ut för utvärderingen av vårdkedjemodellen kontra Bostad först? I grova drag är underlaget ungefär lika starkt som i utvärderingen av Bostad först (se tabell 13). Några skillnader som kan nämnas är att studien i Washington DC baseras på något färre individer än den i New York City, men man har dokumenterat och mätt behandlingstroheten på programnivå.

Om man jämför resultaten från dessa två studier uppstår en paradoxal situation. Enligt studien från New York City fungerar Bostad först bättre än vårdkedjemodellen medan resultaten från Washington DC innebär att vårdkedjemodellen fungerar bättre än Bostad först. Hur kan då detta komma sig? Pekar resultaten verkligen åt olika håll? För att kunna besvara detta behöver man granska en del skillnader mellan de olika programmen samt de specifika lokala villkor som präglar de konkreta verksamheter<sup>5</sup> som utvärderats.

Det finns några skillnader mellan studierna som bör nämnas. För det första har hemlöshet inte definierats på exakt samma sätt i de två studierna. I Washington DC-studien verkar man använda en bredare definition av hemlöshet – funktionell hemlöshet – vilket innebär att man även räknar de dagar som deltagarna har tillbringat i temporära och institutionella lösningar som kan följa av bokstavig hemlöshet som dagar i hemlöshet.

<sup>5</sup> Både Sam Tsemberis och Gregory McHugo har via e-post ombetts att kommentera dessa kanske motstridiga resultat, men vi har inte fått några svar.

Tabell 13: Vårdkedjemodellen ("integrated housing") jämfört med Bostad först ("parallel housing") – McHugo et al [52]

Population	Insats	Metod	Resultat
<p><b>Urvalskriterium</b> Ålder 21–60, remitterade till DC Commission on mental health service system, allvarlig psykisk funktionsnedsättning i &gt; 2 år, hemlös eller risk för hemlöshet, inga allvarliga kognitiva eller medicinska problem och informerat samtycke.</p> <p><b>Försökspersoner</b> Demografisk- och klinisk- samt boendeinformation.</p> <p><b>Tidsramar</b> Information saknas.</p> <p><b>Stad och land</b> Washington DC, USA.</p>	<p><b>Insats</b> Vårdkedjemodellen ("integrated housing") med Intensive Case Management.</p> <p><b>Kontrollgrupp</b> Bostad först ("parallel housing") med Assertive Community Treatment.</p>	<p><b>Design</b> Randomiserad undersökning RCT.</p> <p><b>Urval</b> Ursprungligt N = 125. Vid 18 mån N = 102 n<sub>1</sub> = 54 och n<sub>2</sub> = 48 vid 18 mån.</p> <p><b>Blind observation</b> Information saknas.</p> <p><b>Behandlingstrohet</b> Mätningar av programtrohet både för boendeprogram och CM. I båda fallen var nivåerna acceptabla.</p>	<p><b>Resultat och slutsats</b> Resultaten talar för IHS.</p> <p><b>Mått på hemlöshet</b> Funktionell hemlöshet, medelproportion dagar, BL, 6 mån. 12 mån, och 18 mån.</p> <p><b>Stabilt boende</b> Stabilt boende, medelproportion dagar, BL, 6 mån. 12 mån, och 18 mån.</p> <p><b>Effektstorlekar</b> Standardiserade medelskillnader (Hedges g) vid 18 månader (justerat för skillnader vid BL). Funktionell hemlöshet: - 0.26, H<sub>0</sub> förkastas ej (p &gt; 0.05). Stabilt boende: + 0.41, H<sub>0</sub> förkastas (p &lt; 0.05).</p> <p><b>Andra utfallsmått</b> Flera, missbruk, psykiska symptom, nöjdhet m.m. Fler talar för IHS.</p>

Stabilt boende verkar emellertid ha definierats på samma sätt i de båda studierna, och populationerna verkar vara förhållandevis lika i dem (exempelvis ålder, problembild m.m.). Det finns dock några skillnader som eventuellt kan ha betydelse för utfallen, t.ex. att andelen män var mindre i Washington DC-studien (48 procent mot 79 procent) samt att andelen svarta var mindre i studien från New York City (41 procent mot 83 procent).

Mer information krävs dock för att kunna dra några definitiva slutsatser, till exempel med hjälp av statistiska sammanvägningar (metaanalyser). I sådana analyser kan man väga in resultat från studier som tar upp några av de dimensioner som beskrivs i tabell 4. Dessutom är det nödvändigt att samla in och värdera ytterligare information om insatsernas innehåll och de lokala villkor som präglat implementeringen av insatserna. Ett sådant arbete är emellertid alltför omfattande för att rymmas inom denna kartläggning. Detta betyder dock sammantaget att det är rimligt att gå vidare och genomföra en systematisk översikt i full skala, med fokus på boendeprogram i kombination med olika former av Case Management.

## Generaliserbarhet och situationen i Sverige

Skulle den svenska praktiken ha någon nytta av resultaten från en systematisk översikt av effektutvärderingar som gäller boendeprogram i kombination med Case Management? Boendeprogram som kan klassificeras i enlighet med de dimensioner som beskrivs i tabell 4 är intressanta. Dessa frågor besvaras sedan i tre delar nedan.

1. Har man i Sverige börjat införa boendeprogram som motsvarar Bostad först eller vårdkedjemodellen samt metoder för vård och stöd såsom olika former av Case Management? Om inte, förekommer det några diskussioner om det som inte börjat implementeras? Ju mer sådana insatser börjat diskuteras och/eller implementeras, desto större

re nytta skulle praktiken ha av resultaten från en systematisk översikt.

2. Är de förbättringar som åstadkoms i de identifierade studierna så pass stora att de kan mäta sig med hur den ordinarie verksamheten fungerar i Sverige? Ju större förbättringar jämfört med hur ordinarie verksamhet fungerar i Sverige, desto större nytta skulle praktiken ha av resultaten från en systematisk översikt.
3. Hur pass mycket skiljer sig insatserna i de identifierade studierna från det man faktiskt gör i Sverige i dag? Om likheten är tillräckligt stor, innebär det att en svensk implementering av insatser utvecklade i andra länder kan vara möjlig att genomföra. En sådan likhet talar alltså för att resultaten från en systematisk översikt är användbara för en svensk praktik.

För det första kan man konstatera att Bostad först diskuteras i Sverige sedan en tid tillbaka [66, 67]. Det vanligast förekommande boendeprogrammet i Sverige verkar dock inte vara någon form av Continuum of Care, även om Bostad först har setts som ett alternativ till det [1]. Den mest frekventa typen verkar i stället vara den s.k. boendetrappan, enligt resultaten av ett antal lokala projekt som fick stöd från Socialstyrelsen 2002–2005 [53]. Det har även fått kritik från forskarhåll [54, 68, 69, 70, 71]. Vidare har Case Management redan börjat implementeras i Sverige, även om det inte i första hand är för hemlösa personer [22].

För det andra krävs det forskning och systematisering av hur utvecklingen generellt ser ut för drabbade personer i Sverige, från att de blivit hemlösa och ett antal år framåt. I Sahlin (1996) samt i Gerdner och Blid [24] kan kanske denna möjlighet skönjas. I Sahlin [68] (s. 239) framgår att av 19 personer som var bostadslösa 1989 var 12 bostadslösa även tre år senare 1992, alltså 63 procent. I studien [24] rörande fem svenska kommuner, framgår att av 210 personer som var hemlösa 1996 så var 24 procent även hemlösa fem år senare (av dessa var 16,7 procent bokstavligen bostadslösa medan 7,1 procent hade tillfälliga boendelösningar). Endast 35 procent av dem som var hemlösa 1996 hade egen bostad 2001.

En mer omfattande systematisering av denna typ av statistik skulle kunna användas för att räkna fram tillförlitliga genomsnitt för rörelsemönstren från hemlöshet till olika boendesituationer i Sverige. Dessa genomsnitt skulle sedan kunna användas för att bedöma hur stora effekter som nya insatser måste ge för att eventuella förbättringar ska ha någon praktisk betydelse.

De rörelsemönster som Gerdner och Blid [24] beskriver kan jämföras med det som Tsemberis och Eisenberg [63] har räknat fram i sitt kvasiexperiment från New York City. Av dessa ursprungligen hemlösa personer som deltog i Bostad först hade 88 procent egen bostad knappt fem år senare, jämfört med 47 procent av deltagarna i kontrollgruppen som fått ordinarie insatser. Dessa jämförelser är naturligtvis grova och skulle kräva en grundlig genomgång av aktuella definitioner för att helt kunna tas på allvar<sup>6</sup>, men de illustrerar ändå att det kan finnas en potential i vissa boendeprogram som

---

<sup>6</sup> Inte i något av dessa fall kan man t.ex. tala om ett representativt urval av hemlösa.

kan få betydelse även i Sverige om man t.ex. jämför med de mönster som redovisas i studien av Gerdner och Blid [24].

För det tredje behöver man grundligt gå igenom och jämföra innehållet i de utvärderade insatserna från översikten med de insatser som ges till hemlösa personer i landets olika kommuner. Det skulle kunna vara möjligt att merparten av det som görs i de studier som identifierats även görs i Sverige, i olika kombinationer och i olika utsträckning. Ett möjligt resultat från en systematisk översikt skulle dock kunna visa att det krävs en specifik kombination av boendeprogram samt metoder för vård och stöd för att praktiskt betydelsefulla effekter ska kunna åstadkommas för en given kategori av hemlösa personer. Det kanske även är så att det som faktiskt görs i Sverige behöver konsolideras till program med tydligt dokumenterat innehåll och struktur för att påtagliga generella förbättringar i det sociala arbetet med hemlösa personer ska kunna åstadkommas. Om detta stämmer, så kan resultaten från en systematisk översikt vara till hjälp.

# Avslutande diskussion

---

Det finns ett hundratal internationellt publicerade effektutvärderingar av insatser som syftar till att minska hemlöshet och öka stabilt boende för före detta hemlösa. Knappt 20 av dessa studier är mycket tillförlitliga. Materialet är många gånger komplext, men det är ändå fullt möjligt att tolka betydelsen av resultaten. Den första slutsatsen är att det finns lovande insatser. Den andra slutsatsen är att de kartlagda effektstudierna är tillräckligt många och tillräckligt lika varandra för att det ska vara lämpligt att gå vidare med en systematisk översikt med statistiska sammanvägningar av effekter av de lovande insatserna. I en sådan översikt är det intressant att gå vidare med utvärderingarna av boendeprogram som kombinerar olika former av Case Management med någon eller några av de dimensioner som finns med i tabell 4.

Vidare är det nödvändigt att göra systematiska och grundliga jämförelser av innehållet i de insatser som har utvärderats, både i Sverige och i andra länder där effektutvärderingar genomförts. Dessutom behöver man utveckla och systematisera statistiken som rör hemlösa människors rörelsemönster mellan olika boendesituationer. Denna statistik behövs för att man ska kunna bedöma hur effektiva nya insatser är och skulle kunna vara jämfört med dagens utbud av insatser.

I samband med att nya insatser importeras och/eller utvecklas i Sverige behöver system tas fram för hur insatserna ska dokumenteras samt hur de bör utvärderas. Här är standards för lokal dokumentation och uppföljning av central betydelse. De utvärderingar som görs i samband med utvecklingsarbetet och i koppling till uppföljningar måste ha ett upplägg där två villkor bör vara uppfyllda:

1. Det bör vara möjligt att identifiera verksamma mekanismer och som utesluter snedvridning av resultaten beroende på urvalet av deltagare (selektionsbias).
2. Det bör vara möjligt att statistiskt väga samman svenska resultat med internationell forskning. För detta krävs en strävan att definiera "populationer", "insatser", "former för vetenskaplig kontroll" och "utfallsmått" på samma sätt.

I denna systematiska kartläggning har insatser för individer som blivit hemlösa fokuserats. I detta sammanhang är det viktigt att inte glömma bort de strukturer på samhällsnivå som bidrar till att människor blir hemlösa, som t.ex. avser socialförsäkringssystem, bostads- och arbetsmarknad m.m. Erfarenheterna från USA och Storbritannien, som framhållits tidigare av Blid [1], verkar vara att det krävs en samlad politisk vilja och ett helhetsgrepp på flera nivåer för att kunna komma tillrätta med hemlösheten.





# Referenser

---

1. Blid, Mats: Ett folkhem för alla? Kommunala insatser mot hemlöshet. Doktorsavhandling. Östersund: Mittuniversitetet, Institutionen för socialt arbete. 2008.
2. Inghe, Gunnar & Maj-Britt: Den ofärdiga välfärden. Stockholm: Tiden. 1970.
3. Börjesson, Martin: ”Vi vet inte vilka metoder vi ska använda” – om relationen mellan kunskap, praktik och politik när det gäller det sociala arbetet med hemlöshetsfrågor. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan. 2005.
4. SOU 2000:14. Adressat okänd. Om hemlöshetens bakgrund, orsaker och dynamik. Delbetänkande av Kommittén för hemlösa.
5. Socialstyrelsen: Lokala hemlöshetsprojekt 2002–2005 – resultat, slutsatser och bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
6. Socialstyrelsen: Hemlöshetsprojekt 2005–2007 – lokala resultat, slutsatser och bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen. 2008.
7. Socialstyrelsen: Vräkningsförebyggande arbete – stöd till socialtjänst och andra aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen. 2008.
8. Pettersson, Ulla: Socialt arbete, politik och professionalisering. Stockholm: Natur och Kultur. 2001.
9. IMS, Ulla Jergeby (red.): Evidensbaserad praktik i socialt arbete. Gothia. 2008.
10. Socialstyrelsen: Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. SoS-rapport 2000:12.
11. Socialstyrelsen: För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen. 2004.
12. SOU 2008:18. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst.
13. Socialstyrelsen: Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
14. Swärd, Hans: Hemlöshet. Lund: Studentlitteratur. 2008.
15. Hedman, Eva: ”Den kommunala allmännyttans betydelse”, bilaga 11 till SOU 2008:38. EU, allmännyttan och hyrorna. Betänkande av utredningen om allmännyttans villkor.
16. Boverket. Nyttan med allmännyttan. 2008. Karlskrona 2008. Boverket.

17. Boverket: Hyreskontrakt via kommunen. Sekundära bostadsmarknaden 2008. Karlskrona: Boverket. 2008.
18. Socialstyrelsen: Tillfälliga lösningar för permanenta behov. Uppföljning av den sekundära bostadsmarknaden – kommunernas boendelösningar för hemlösa personer. Stockholm: Socialstyrelsen. 2009.
19. Sahlin, Ingrid; Den sekundära bostadsmarknadens följder och förändring: En kvalitativ studie. I: Hansen Löfstrand, Cecilia & Nordfeldt Marie (red.). Bostadslös! Lokal politik och praktik: Malmö Gleerup. 2007.
20. Löfstrand, Cecilia: Boendetrappor och bostadslöshetskarriärer. En pilotstudie i Göteborg. Stockholm: Egalité. 2003.
21. Järkestig-Berggren, Ulrika: Personligt ombud – social praktik i medicinsk diskurs. Växjö universitet – institutet för vårdvetenskap och socialt arbete. 2006.
22. Ekermo, Mats & Beckman, Linda: Det räcker inte med en bra idé – case management och implementeringsproblematik. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2008.
23. Socialstyrelsen: Riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
24. Gerdner & Blid: Hemlösa i fem kommuner – en aktstudie av 210 hemlösa och närmare 2 250 flyttningsrörelser. (Till konferensen för Nordiska nätverket för forskning om hemlöshet, Köpenhamn, mars 2003)
25. Socialstyrelsen: En kunskaps- och informationsstrategi – plan för fortlöpande uppföljning av hemlöshetens omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen. 2008.
26. Higgins JPT & Green S (red.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6 [updated September 2006]. I: The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
27. Anttila, Sten: Systematiska översikter. I: Jergeby, U. (red.) Evidensbaserad praktik i socialt arbete. Gotia/IMS. 2008. s. 88–110.
28. [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).
29. [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org).
30. Bates, S & Coren, E. The extent and impact of parental mental health problems on families and the acceptability, accessibility and effectiveness of interventions. Children and Families' Services Systematic Map Report 1. 2006. Social Care Institute for Excellence, Goldings House, 2 Hay's Lane, London SE1 2HB, tel 020 7089 6840, fax 020 7089 6841, textphone 020 7089 6893, [www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk).
31. Cooper, HM. Organizing Knowledge Syntheses: A Taxonomy of Literature Reviews. I: Knowledge in Society. 1988; 1(1), s. 104–26.
32. Anttila, S. Att förhålla sig till tidigare forskning: ett argumentationsanalytiskt perspektiv. I: Sociologisk forskning. 1998;1, s. 31–55.

33. Ekonomistyrningsverket. Effektutvärdering – Att välja upplägg. Ekonomistyrningsverket. 2006:8. www.esv.se
34. Sundell, K. Effektutvärderingar. I: Jergeby, U. (red.) Evidensbaserad praktik i socialt arbete. Gotia/IMS. 2008. s. 47–87.
35. Shern, DL, Felton, CJ, Hough, RL, Lehman, AF, Goldfinger S, Valencia, E, Dennis, D, Straw, R, Wood, PA. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: Results from the Second-Round McKinney Program. I: *Psychiatric Services*, 1997; 48 (2), s. 239–41.
36. Rosenheck, R. Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: The application of research to policy and practice. I: *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157 (10), s. 1563-70.
37. Burns, BJ, Santos, AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. I: *Psychiatric Services*, 1995; 46 (7), s. 669–75.
38. Calsyn, RJ. A modified ESID approach to studying mental illness and homelessness. I: *American Journal of community psychology*, 2003; 32 (3–4), s. 319–31.
39. Coldwell, CM, Bender, WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. I: *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164 (3), s. 393–9.
40. Marshall M & Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. I: *Cochrane Library*. Issue 2, 1998.
41. Kisely, S, Campbell, LA, & Preston, N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. I: *Cochrane Library*, Issue 3, 2005.
42. Newman, S. Housing Attributes and Serious Mental Illness: Implications for Research and Practice. I: *Psychiatric Services*. 2001; 52 (10), s. 1309–17.
43. Donkoh, C, Underhill, K, Montgomery, P. Independent living programmes for improving outcomes for young people leaving the care system. *Campbell Library*. 2006.
44. Chilvers R, Macdonald GM, & Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders (Review). I: *Cochrane Library*, Issue 4, 2006.
45. Nelson, G, Aubry, T, & Lafrance, A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. I: *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007; 77 (3), s. 350–61.
46. Socialstyrelsen. Hemlöshet i Sverige 2005 – omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
47. Flay, BR, Biglan, A, Boruch, RF, Castro, FG, Gottfredson, D, Kellam, S, Moscicki, EK, Schinke, S., Valentine, JC, & Ji, P. Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. I: *Prevention Science*, 2005; 6 (3), s. 151–75.

48. Galtung, J. *Theory and Methods of Social Research*. Oslo: Universitetsforlaget. 1969.
49. Goering, P, Cochrane, J, Durbin, J, Lesage, A, Rogers, J, Trainor, J, Wasylenki, D, Boydell, K, Butterill, D, Gelinias, D, Gladstone, B & Redford, A. *Review of Best Practices in Mental Health Reform*. Prepared for the Advisory Network on Mental Health 1997 by Health Systems Research Unit Clarke Institute of Psychiatry. Publications, Health Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0K9, Tel: (613) 954-5995, Fax: (613) 941-5366.
50. Gille, H, Berglund, G, Hallonqvist, B, Wulfstrand, A-M, Ramnerö, M, Lund, R, och Engstrand, L. *Handlingsplan mot hemlöshet. Handlingsplan fastställd av programnämnd Social välfärd*. Örebro Kommun. [www.orebro.se](http://www.orebro.se). 2007
51. Susser, E, Valencia, E, Conover, S, Felix, A, Tsai, WY & Wyatt, RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A 'critical time' intervention after discharge from a shelter. I: *American Journal of Public Health*. 1997; 87 (2), s. 256–62.
52. McHugo, GJ, Bebout, RR, Harris, M, Cleghorn, S, Herring, O, Xie, H, Becker, D & Drake, RE. A Randomized Controlled Trial of Integrated Versus Parallel Housing Services for Homeless Adults With Severe Mental Illness. I: *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30(4), s. 969–82.
53. Socialstyrelsen. *Lokala hemlöshetsprojekt 2002–2005 – resultat, slutsatser och bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
54. Sahlin, I. The Staircase of Transition: Survival through failure. *Innovation*. I: *European Journal of Social Research*. 2005; 18 (2), s.115–35.
55. Tsemberis, S, Gulcur, L, & Nakae, M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. I: *American Journal of Public Health, Research and Practice*. 2004; 94 (4), s. 651–6.
56. Hwang, SW, Tolomiczenko, G, Kouyoumdjian, FG & Garner, RE. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. I: *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 29 (4), s. 311.e1-311.e75.
57. HUD. *The Annual Homeless Assessment 2007*. U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development Report to Congress. [www.huduser.org](http://www.huduser.org).
58. Edgar, B. & Meert, H. *Fifth Review of Statistics on Homelessness in Europe*. European Federation of National Organisations Working with the Homeless. FEANTSA. 2006.
59. European Communities. *The production of data on homelessness and housing deprivation in the European Union: survey and proposals*. EUROSTAT. Prepared by Mrs. Cécile Brousse, INSEE for Eurostat unit D2 “Living conditions and social protection” – Head of

- unit: Mrs. Anne Clemenceau, Project coordinator: Mr. Ian Dennis.  
<http://europa.eu.int>. 2004.
60. Substance Abuse & Mental Health Services Administration (www.samhsa.gov).
  61. National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (www.nrepp.samhsa.gov).
  62. Tsemberis, S & Asmussen, S. From Streets to Homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. I: Alcoholism Treatment Quarterly. 1999; 17 (1-2), s. 113–31.
  63. Tsemberis, S & Eisenberg, R. Pathways to Housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. I: American Psychiatric Assn. 2000; 51 (4), s. 487–93.
  64. Shern, DL, Tsemberis, S, Anthony, W, Lovell, AM, Richmond, L, Felton, CJ, Winarski, J & Cohen, M. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. I: American Journal of Public Health. 2000; 90 (12), s. 1873–8.
  65. Greenwood, RM, Schaefer-McDaniel, NJ, Winkel, G, Tsemberis, SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. I: American Journal of Community Psychology. 2005; 36 (3-4), s. 223–38.
  66. Regeringskansliet. Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar. En strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Stockholm: Socialdepartementet. 2007.
  67. Rapport från riksdagen. RFR2, Socialutskottets offentliga utfrågning på temat hemlöshet. 2008/2009.
  68. Sahlin, I. På gränsen till bostad. Anvisningar, utvisningar, specialkontrakt. Akademisk avhandling. Lund: Arkiv. 1996.
  69. Sahlin, I. Socialtjänsten och bostaden. Redovisning av enkätundersökning om socialtjänstens metoder och resurser att lösa klienternas bostadsproblem. Research Report. Lund: Sociologiska institutionen. 1993.
  70. Dyb, E, Solheim, LJ & Ytrehus, S. Sosialt Perspektiv på Bolig. Oslo: Abstrakt forlag AB. 2004.
  71. Järvinen, M. Institutionaliserad uppgivenhet – om utvecklingen av det danska behandlingssystemet. I: Nordisk alkohol & narkotikatidskrift. 2001; 18(2), s. 125–37.



# Bilaga

Nedan följer ett exempel på söksträngar från en sökning i PsycInfo via EBSCO (tabell a), samt exempel på hur data har lagrats i databasen Unique 104 (tabell b).

<b>Table a: Psycinfo via EBSCO 2008-01-04, Homelessness</b>		
<b>Maja Kärrman Fredriksson (librarian), Sten Anttila (researcher)</b>		
Search	Search terms	Citations
1.	(DE "Homeless" or DE "Homeless Mentally Ill") or (DE "Self Care Skills")	5843
2.	KW evict* or KW homeless* or KW housing excl* or KW independent living or KW living on the street* or KW residential stability or KW runaway* or KW stable housing or KW street dwell* or KW street liv* or KW street life	4174
3.	1 or 2	6632
4.	(((((DE "Case Management" OR DE "Discharge Planning" or DE "Outreach Programs") OR (DE "Independent Living Programs" or DE "Shelters" or DE "Housing" or DE "Day Care Centers" or DE "Halfway Houses"))) or (DE "Continuum of Care")) or (DE "Contingency Management")) or (DE "Partial Hospitalization")) or (DE "Harm Reduction")) or (DE "Respite Care")) or (DE "Therapeutic Community")	12341
5.	KW apartment program or KW assertive community treatment or KW case management or KW community support or KW community reinforcement approach or KW continuum of care or KW control program or KW consumer choice or KW client choice or KW consumer preference or KW client preference or KW contingency management or KW critical time intervention or KW day care or KW emergency housing or KW harm reduction or KW housing first or KW housing support or KW housing as housing program or KW incentivized options for recovery or KW innovative behavioral day treatment or KW integrated housing or KW integrated treatment or KW life skills program or KW motivational enhancement or KW nurse case managed or KW outreach program or KW outreach service or KW pathways to housing or KW residential treatment or KW respite care or KW shelter or KW social support intervention or KW homeless team or KW stair case or KW supportive housing or KW supportive accommodation or KW supported accommodation or KW supported work program or KW therapeutic community or KW treatment first	10448
6.	4 or 5	17860
7.	3 and 6	1155
8.	(ZX "EXPERIMENTAL REPLICATION") or (ZX "FOLLOWUP STUDY") or (ZX "LONGITUDINAL STUDY") or (ZX "PROSPECTIVE STUDY") or (ZX "QUANTITATIVE STUDY") or (ZX "RETROSPECTIVE STUDY") or (ZX "TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL")	323613
9.	(ZX "TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL")	12128
10.	TX efficacy trial or TX quasi experiment or TX random* N3 assign* or TX random* N3 allocat* or TX random* N3 experiment* or TX randomized controlled or TX rct	23729
11.	TX effect size or TX mean difference or TX relative risk or TX odds ratio or TX controlled trial or TX control group or TX control condition or TX placebo or TX waiting list or TX treatment N1 usual or TX service* N1 usual or TX care N1 usual	75491
12.	TX standard treatment or TX standard* service or TX standard care	1088
13.	TX cohort or TX cross-sectional design or TX prospective or TX retrospective or TX longitudinal or TX follow up or TX replicat* or TX sequentially assigned	158615
14.	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	448345
15.	(DE "Meta Analysis" or DE "Literature Review") or (DE "Quantitative Methods")	24922
16.	TX meta analysis or TX meta analyses or TX metaanalys* or TX systematic review*	10795

17.	(ZX "LITERATURE REVIEW") or (ZX "META ANALYSIS") or (ZX "QUANTITATIVE STUDY") or (ZX "SYSTEMATIC REVIEW")	328855
18.	15 or 16 or 17	332303
19.	7 and 14	<b>365</b>
20.	7 and 18	<b>171</b>