

Utvärdering av förändringar i psykologiska och sociala faktorer och missbruk bland hemlösa. En jämförelse mellan ”Bostad Först” och Boendetrappan.

En preliminär rapport av enkätstudien

**Håkan Källmén¹,
& Mats Blid²**

¹ Stad Centrum för Psykiatriforskning Stockholm Stockholms läns sjukvårdsområde/Karolinska Institutet.
Postadress: Box 6031, 102 31 Stockholm Besöksadress: Teknologgatan 8E

² Institutionen för Socialt arbete, Mittuniversitetet, Östersund.

Sammanfattning: "Bostad först" (BF) är ett program vars syfte är att ge hemlösa en bostad så snabbt som möjligt utan andra villkor än de som ställs på hyresgäster i allmänhet. BF innebär dessutom ett omfattande socialt stöd för att hjälpa klienten att bo kvar. Programmet initierades i New York och har visats vara framgångsrikt vad gäller att förse hemlösa med ett stadigvarande boende. BF är ett nytänkande vad gäller omsorgen av hemlösa som i den traditionella "boendetrappan" skulle tränas att bo i successivt mer normalt boende innan de kunde få en egen bostad. I denna rapport presenteras preliminära resultat från en jämförelse av hemlösa i BF programmet och hemlösa i den traditionella boendetrappan. Studien har en kontrollerad longitudinell design och sträcker sig över två år med upprepade mätningar var sjätte månad. Resultatet visar att det inte var några betydande skillnader mellan grupperna initialt men att efter två år bodde majoriteten av dem i BF kvar i sina lägenheter och skattade sin boendesituation som mer normal än de i boendetrappan. Därmed kan BF ses som ett lyckat projekt som har givit hemlösa en fast adress och därmed skapat förutsättningar för behandling av missbruksproblem och psykiatrisk problematik som ofta kräver en kontinuerlig kontakt.

Inledning

Att ha tillgång till ett bra och säkert boende kan vara en förutsättning för en god hälsa. Foster et al., (2011) visade i en forskningsöversikt att dåliga eller osäkra boende villkor kan orsaka ohälsa. Förlusten av en bostad kan ge upphov till post-traumatiskt stress (Goodman, et al., 1991) och vanliga konsekvenser är social isolering (social disaffiliation), depressiva symptom och inlärda hjälplöshet (Seligman, 1975). En känsla av hjälplöshet medför brist på personlig kontroll över händelser i livet vilket kan medföra ökade depressiva symptom. Det är vanligt att hemlösa har psykiska problem och/eller ett utvecklat substansmissbruk. Gelberg et al., (1988) rapporterar att 44% av 529 hemlösa uteliggare i Los Angeles hade en föregående vistelse i psykiatrisk slutenvård, att 50% använt illegala droger och 69% druckit alkohol senaste månaden. Av de hemlösa i Ohio rapporterade 72,3% att de hade alkohol och eller drogproblem (Savage et al., 2008). Lawless and Corr (2005) visade att över tre fjärdedelar (76%) av de studerade irländska hemlösa män som dricker alkohol hade en riskfylld alkoholkonsumtion och hälften (50%) hade grava alkoholproblem (>16 poäng) enligt AUDIT. Bland kvinnorna var motsvarande andelar 63% riskfylld konsumtion respektive 44% grava alkoholproblem. Bland uteliggare var det inte större andel riskkonsumenter än bland andra hemlösa. Dessutom hade ungefär hälften (49%) av de hemlösa männen ett aktuellt bruk av andra droger medan en högre andel (57%) kvinnor rapporterade aktuell droganvändning. Droganvändning var vanligare bland uteliggarna (73%) och boende på härbärgen (67%) än bland dem som bor på tilldelat hotell/vandrarhem (43%). Majoriteten av de irländska hemlösa i denna studie rapporterade droganvändning innan de blev hemlösa, medan Winkleby et al., (1992) visade att skillnaden avseende substans missbruk och psykiatrisk sjukhusvård mellan blivande hemlösa (före hemlösheten) och dem som inte blir hemlösa var liten men att de hemlösa hade en högre droganvändning efter hemlösheten. Det stöder tanken att en stor andel av alkohol och droganvändningen hos hemlösa sannolikt beror på hemlösheten. Fountain et al. (2003) visade att mer än en tredjedel av de hemlösa i London var beroende av heroin och en fjärdedel av alkohol. Sextio tre procent av de hemlösa uppgav beroendet som en av anledningarna till hemlösheten. För att bekämpa hemlöshet bör därför åtgärder riktas mot dels strukturella faktorer (tillgång till bostäder, mindre fattigdom) och psykologiska faktorer (mindre social isolering och ökad personlig kontroll) eftersträvas.

En modell som dels förser de hemlösa med en bostad och därmed troligen ger förutsättningar för ett större deltagande i samhället dels ger möjligt till ökad känsla av sammanhang och kontroll över tillvaron är ”Bostad Först”. ”Bostad först” modellen som utvecklades i USA (‘Housing First’) och innebär en avvikelse från det traditionella sättet att stödja hemlösa människor – s.k. linjära modeller. Dessa förekommer i två varianter: vårdkedjor (Treatment First eller Continuum of Care) och ”boendetrappor” som enbart förekommer i Sverige. Båda kräver att de bostadslösa ska anses vara redo att ha ett långsiktigt boende innan de erbjuds ett sådant. Beredskapen i vårdkedjemodellen kan uttryckas som motivation till nykterhet och drogfrihet (Blid 2008), och i boendetrappan handlar det snarare om beredskap till förändring till den ordningsamhet som det kan antas krävas för att hantera och klara av ett stabilt boende (Sahlin 1996). För vårdkedjor finns gott forskningsstöd att de är effektiva avseende minskad hemlöshet men inte för boendetrappor. (Socialstyrelsen 2009).

Bostad Först däremot förser hemlösa på ett så tidigt stadium som möjligt, med ett eget hyreskontrakt utan krav på att de går igenom den traditionellt använda ”boendetrappan”. Alltså, Bostad Först modellen börjar där de linjära modellerna slutar (Padgett 2007). Bostad först bygger på en filosofi om frivillighet och skadebegränsning snarare än på total avhållsamhet från droger. Stöd i boendet ges i form av individuellt utformade ”paket” och modellen har visat sig ha effekter på framförallt det långsiktiga boendet (Socialstyrelsen, 2009). Bostad först har utvärderats främst i amerikanska sammanhang men finns även i Amsterdam, Köpenhamn, Lissabon, Budapest och Glasgow och har visats ge hemlösa goda förutsättningar till ett stadigvarande boende (Busch-Geertsema, 2013).

Syfte med projektet ”Bostad först i Stockholms stad är trefaldigt dels att ”utveckla metoder för att stödja hemlösa personer” och ”initiera och stödja en förändringsprocess”dessutom att ”stödja personerna att utveckla egna strategier för att klara ett självständigt liv” De olika mål för individerna är

1. Stabilt boende
2. Normaliserat boende med eget kontrakt
3. Förbättrad livskvalitet (hälsa, egenmakt)
4. Minskat droganvändande
5. Ökad integration (sysselsättning, nätverk)
6. Minskat behov av stöd
7. en trygg miljö för kringboende

Föreliggande utvärderingsprojekt fokuserar på de fyra första punkterna ovan och syftar huvudsakligen till att utvärdera skillnaden mellan klienter i programmet ”Bostad först i Stockholms stad” och dem i den vanliga boendetrappan dels med avseende på stabilitet i boendet (andelen kvarboende) och egenrapportering av normaliteten i boendet. Sekundärt är även skillnader mellan grupperna avseende psykologiska och sociala faktorer respektive alkohol och droganvändning under en 2 årig uppföljningsperiod av intresse. För att utvärdera förändringar över tid i de två betingelserna används en kvantitativ enkätmetod. Den hypotes vi har är att utvecklingen över tid ska gå mot mer kontroll och struktur i livet med sysselsättning och inkomster och stabilare och mer normalt boende hos dem som fått bostad jämfört med dem som inte fått bostad. En ökad struktur och kontroll bör leda till en högre grad av trygghet och även lägre grad av missbruk av alkohol och andra droger. Eftersom Bostad Först består av två

komponenter, bostad och stöd, är det nödvändigt att även jämföra stödet mellan de två grupperna. Stödet jämförs genom att intervjua personal på boenden som kan ge upplysningar om vilket stöd som erbjuds och även intervjua de hemlösa om vilket stöd de tar emot och hur de upplever sin situation.

Definitioner av hemlöshet

Enligt Edgar & Meert, (2006) kan man dela in hemlöshet i två kategorier: primär och sekundär hemlöshet. Primär hemlöshet innebär att bo på gatan och vara hänvisad till härbärgen eller liknande för att få tak över huvudet, medan sekundär hemlöshet inkluderar människor som saknar eget boende och ofta flyttar mellan olika former av boende. Typen av hemlöshet kan variera starkt över tid. Enligt Blid (2008) saknas konsensus om begreppets definition vilket medför att hemlöshetsbegreppet har kommit att innebära en socialpsykologisk problematik snarare än en specifik bostadssituation. Blid nämner att ett försök till en gemensam Europeisk definition kan indelas i fyra kategorier hemlösa: taklös, bostadslös, osäkert boende och olämplig bostad. Socialstyrelsen har gjort flera kartläggningar av hemlösa och i den Socialstyrelsen (2006) definieras hemlöshet som en av följande tre kategorier:

1. Uteliggare eller sovande på härbärgen (även kallade primärt hemlösa).
2. Institutionsboende (antingen om de planeras skrivas ut inom tre månader eller ej) men är utan boende efter utskrivning.
3. Individer som är boende under osäkra förhållanden, tex. andrahandskontrakt eller inneboende hos vänner

Enligt denna definition var det totalt 17 800 personer i Sverige som år 2006 var hemlösa medan ungefär 3 600 tillhörde den mest utsatta gruppen primärt hemlösa. Enligt socialstyrelsen (2006) utgör svenska män majoriteten av de hemlösa medan kvinnor och utomlands födda av båda könen utgör ungefär en fjärdedel vardera. En tredjedel av alla vuxna hemlösa har enligt samma källa barn under 18 år som dock inte nödvändigtvis är hemlösa. Enligt Socialstyrelsen (2011) hade antalet hemlösa nästan fördubblats år 2010, till 34 000 personer. Dock hade definitionen ändrats lite mellan de två räkningarna så att fler inkluderats och mörkertalet minskar

Antalet hemlösa i Stockholm har under de senaste 10-15 åren uppskattats till drygt 3000 personer (Halldin, 2009). Denna summa omfattar totala antalet hemlösa (enligt kategori 1-3 ovan) medan de primärt hemlösa ("uteliggarna") har utgjort ungefär en åttondel av dessa (Halldin, 2009). Regeringens strategi mot hemlöshet (2007) och socialstyrelsens initiativ på nationell nivå har lett till att kommunerna tillförts 50 miljoner kronor att användas för olika utvecklingsprojekt under 2007-2009. Dessa projekt har dock inte lett fram till några dramatiska förändringar av antalet hemlösa i storstäderna (Stadsmissionen & Swärd, 2010). "Bostad först" är enligt socialstyrelsen (2009) en lovande metod men evidensen har vissa begränsningar. I de utvärderingar som hittills gjorts har insatserna riktats mot de mest utsatta och vanligaste grupperna hemlösa, dvs. män med missbruksproblem och/eller psykiska funktionshinder (Tsemberis & Eisenberg, 2000; Tsemberis et al, 2004; Stefancic & Tsemberis, 2010). Ett fåtal studier har gjorts där interventionen riktats mot andra grupper som kvinnor, barn, unga eller äldre.

Metod

Interventionen

”Bostad först”-modellen (”Housing first”) har under senare år fått ökad uppmärksamhet, inte minst i de skandinaviska länderna (Blid & Gerdner 2006; Socialstyrelsen, 2009). Modellen utmärks av tanken att alla människor har rätt till ett permanent och lämpligt boende. I Sverige har intresset för ”Bostad först” främst fokuserat på möjligheten för den enskilde att bo med ett eget hyreskontrakt. 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 anses ha samma behov av en bostad som alla andra människor, oavsett om de har andra problem eller inte. Boende och eventuella andra insatser, till exempel vård, stöd och behandling, är separerade från varandra. Till och med menar vissa att enbart en bostad inte är någon lösning utan snarare behöver den - för att uppnå en stabil boendesituation – ses som en del i ett integrerat stödpaket (Atherton & Nicholls 2008). Inom modellen nämns också begrepp som stödboende, vilket innebär permanent boende där stödinsatser har integrerats och där forskningen visat att dessa insatser är avgörande för utgången.

Stödet ges antingen i det egna boendet eller i en mer kollektiv form. Stödet i Bostad Först i Stockholmsstad ges enligt en ”intensive case management”-modell där varje boende har en viss stödperson och har hög intensitet med stödinsatser tillgängliga 24 timmar om dygnet och hög normalitet i boendet med bostäder integrerade i ”vanliga” bostadsområden och normal valfrihet i vardagslivet. Denna stödfilosofi kallas internationellt ”supported housing”.

Deltagare

Målgruppen för projektet utgörs av personer som inte kvalificerar för tränings- eller försökslägenhet” utan ska komma från härbärg eller akut/lågtröskel boende. Deltagarna ska dock vilja bo i egen lägenhet, och vara villiga att ha vägledarkontakt samt samarbeta med socialtjänsten. De ska slutligen vara aktuella inom socialtjänsten. Inga krav på förmåga att bo med eget kontrakt, nykterhet/drogfrihet, skuldfrihet eller stödbehov ställs. Detta innebär att målgruppen kan definieras som primärt hemlösa och sannolikt kan jämföras med de mest utsatta som deltagit i de flesta studier av effekterna av bostad först (se nedan). De första 16 personer som erbjudits en lägenhet utgör ett tillgänglighetsurval och består av 11 män mellan 32 och 67 år och 5 kvinnor mellan 26 och 58 år som enligt uppgift varit hemlösa under en längre period. En utökning av Bostad Först under våren 2012 till att omfatta 30 lägenheter i fem geografiska områden i Stockholm resulterade i att några fler hyresgäster flyttade in och att programet idag har 24 hyresgäster. Underlaget i interventionsgruppen har även kompletteras med personer från Helsingborgs ”Bostad Först”-program.

En viktig skillnad mellan de båda programmen är att i Stockholm krävs primär hemlöshet för att få en bostad medan i Helsingborg kan hemlösa från alla tre kategorierna ovan få bostad. Detta betyder att deltagarna i Stockholms projekt kan ha en större psykisk och fysisk belastning än deltagarna från Helsingborg. Det behöver inte vara något problem vid en jämförelse över tid då samverkan mellan grupp och tid är mest intressant. En annan skillnad är att Helsingborg erbjuder ett försthandskontrakt från dag 1 medan Stockholm erbjuder andrahandskontrakt med socialförvaltningen som innehavare av förstahandskontraktet åtminstone under de första 9 månaderna. Dock ska tilläggas att i Helsingborg avsäger sig hyresgästen besittningsskyddet under

två år och har en månads uppsägningstid under denna period vilket innebär otryggare boende än i Stockholm. . De personer som fått bostad inom projektet i Stockholm har bostaden inom de 4 deltagande stadsdelarna Hässelby-Vällingby, Spånga-Tensta, Skarpnäck eller Skärholmen. De tilldelades en vägledare från Stadsmissionen som tillhandahåller stödinsatser och även har samlat in utvärderingsdata från hyresgästerna.

Som kontrollgrupp har vi använt personer som är av samma hemlöshetskategori som de som ingår i programmet och skulle kunna bli aktuella för en bostad inom ”Bostad först” programmet men som ännu inte fått bostad utan står på väntelista för att inkluderas i. Kontrollgruppen består således av hemlösa som erbjuds den i Sverige vanligaste förekommande modellen för att hantera hemlöshet – Boendetrappa/Trappstegs modellen”. Data från kontrollgruppen efter att Bostad Först utökats med två stadssamlas in av socialsekreterarna från Enheten för Hemlösa, Skarpnäck, Skärholmen, Spånga-Tensta och Hässelby-Vällingby socialförvaltningar. De planerade att samla in data från 15 personer vardera. Eftersom Enheten för hemlösa hade fler personer inom Bostad Först programmet beslutades att de skulle samla in data från 20 kontrollpersoner, således resulterar det i 80 möjliga kontroll personer personer sammanlagt. Innan utökningen av projektet var antalet möjliga kotrollpersoner 45. Dessa personer är till stor del placerade i någon form av boende och kan ses som att ingå i en alternativ behandlingsmetod.

Även socialstyrelsens systematiska kartläggning av effektutvärderingar visade att i de flesta internationella studier har en alternativ behandlingsmetod, vårdkedjemodell, använts som kontrollgrupp som skiljer sig från Trappstegmodellen då den framförallt erbjuder vård på varje steg (socialstyrelsen, 2009). När det gäller stöd och hjälpinsatser kan det vara ett etiskt problem att undanhålla någon från att få den bästa behandlingen varför personer på väntelista planerades att användas i denna utvärdering. Vid designen av utvärderingen togs hänsyn till att politiska beslut skulle kunna innebära att ”Bostad först” programmet utökades vilket skulle kunna innebära att kontrollgruppen på väntelista minskar under de tre åren. För att försäkra oss om att ha en kontrollgrupp att jämföra med beslutades att antalet kontrollpersoner skulle vara större än antalet i programmet. Dessutom planerades att vid varje mättillfälle samla in tvärsnitts data från hemlösa inom akutboende (härbärgen) som en back-up om den longitudinella designen skulle falla.

Forskningsdesign och statistiska metoder

Utvärderingens design är en longitudinell design med en matchad kontrollgrupp. En kvasiexperimentell design har valts på grund av att interventionsgruppen delvis redan valts ut innan utvärderingen startade och några redan flyttat in i sina lägenheter. Registeruppgifter om boendesituationen för dessa innan de flyttade in har kompletterat enkätdata. För att kunna jämföra interventionsgruppen med kontrollgruppen vad avser utvecklingen av boendenormalitet/stabilitet, alkohol- och drogkonsumtion, kontrolllokalisering, känsla av sammanhang, brottslighet, inkomster och hälsa kommer vi att använda både självrapporter på skalor och registerdata. I både kontroll- och interventionsgruppen planerades för en baslinjemätning med enkäter innan tillträde till bostaden eller i nära anslutning till det. Uppföljningsmätningar med enkäter planeras 6, 12, 18, 24, 30 och 36 månader efter tillträdet. Det var dock inte möjligt att göra en baslinjemätning innan inflyttning på alla utan den första mätningen har skett efter inflyttningen i den tilldelade lägenheten.. Beroende på att Bostad först, enligt amerikanska studier, visat god effekt vad avser bostadsnormalitet/stabilitet och

rekommenderas av Socialstyrelsen (2009) så kalkylerades med en effektstorlek på 30% vid beräkning av hur stort urvalet bör vara .

Mätmetoder

Självrapporter på skalor

Addiction Severity Index (ASI)

ASI är ett instrument som kartlägger den psykosociala problembilden för en individ. ASI ger information om individens status inom olika områden i livet, medicinska problem, missbruksproblem, arbete/anställning, sociala relationer, legala problem och psykologiska problem. ASI finns översatt till svenska, och rekommenderas av socialstyrelsen (Nyström mfl, 2005). Det har visats att den svenska versionen har god stabilitet över tid (Nyström et al., 2010). ASI-utredning ska enligt uppgift alltid göras av socialtjänsten och dessa data utnyttjas även i denna utvärdering. Dels kan rådata från intervjun användas men det är även möjligt att använda index för varje problemområde.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Kortversionen av Antonovsky's "Sense of Coherence Scale" (SOC-13) består av 13 frågor om hur man uppfattar livet och relationer till andra. Enligt Antonovsky (1993) har skalan en god intern reliabilitet rapporterad i publicerade rapporter (0,82) Test-retest reliabiliteten (stabiliteten över tid) har visats variera mellan 0,55 och 0,97 i olika grupper och under olika tidsintervall. Validiteten är mindre undersökt men SOC-13 har en god innehållslig validitet och en rimlighet. Antonovsky (1993) visade att grupper som på teoretiska grunder kan förväntas ha en låg känsla av sammanhang har också låga poäng på SOC-13 . Därav följer en god begreppsvaliditet i hela skalan, men komponentanalyser har visat att de tre komponenterna, Begriplighet, Meningsfullhet och Hanterbarhet, inte kan särskiljas. Svenska normer finns beskrivna för människor i Jönköping och i Norrland med avseende på poäng på KASAM-13. Genomsnittligt låg KASAM på 70 poäng i Jönköping men personer i åldrarna mellan 20 och 30 år hade en signifikant lägre KASAM än äldre personer och män mellan 60 och 70 år hade högre än kvinnor i samma ålder. (Lindmark et al., 2010). Även i Norra Sverige var den genomsnittliga KASAM runt 70 poäng (Hendrix et al., 2008).

I en studie av 148 medelålders personer som riskerade psykiatriska besvär dragna från en stor longitudinell populationsstudie (Lundby studien) visade Cederblad & Hansson (1996) att en hög känsla av sammanhang var associerat med god hälsa och mentalt välmående.

Rotter's internal-external locus of Control scale

"Locus of control (LOC) är en generaliserad övertygelse att händelser i livet bestäms antingen av individens egna beteenden (intern LOC) eller av yttre faktorer som tur och ödet (extern LOC) (Rotter, 1966). Skalan består av 10 påståenden om vad som kan påverka olika händelser i livet. Respondenten ska ange på en fyra gradig Likert-skala hur bra påståendet "stämmer för mig". Låg intern "locus of control" har visats vara associerat med låg tilltro till samhällets institutioner (Lindström, 2011), ökad användning av alkohol och andra droger.(Piko et al., 2011).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett screeninginstrument för alkohol som används för att gallra fram riskkonsumenter och består av 10 frågor varav tre om konsumtion, tre om beroende och fyra om alkoholrelaterade psykiska och fysiska skador. Audit utvecklades och validerades i primärvårdsmiljö i sex olika länder (Norge, Australien, Kenya, Bulgarien, Mexico och USA). En svensk normeringsstudie och några utländska studier av faktorstrukturen i AUDIT har visat att testet huvudsakligen beskriver två faktorer: ”riskabel konsumtion” (fråga 1-3) och ”alkoholproblem” (fråga 4-10). Svaren på de första åtta frågorna kodas 0,1,2,3,4 medan de två sista kodas 0,2,4. Den maximala totalpoängen är således 40. Riskabel alkoholkonsumtion anses föreligga vid den rekommenderade skärningspunkten 8 poäng för män (Saunders et al., 1993). För svenskt bruk rekommenderas dock skärningspunkten 6-poäng för kvinnor (Bergman & Källmén, 2002).

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

DUDIT består av 11 frågor om användningen av droger andra än alkohol (Berman et al., 2005). DUDIT frågorna syftar till att ta reda på konsumtionsmönstret och drogrelaterade problem av olika slag. DUDIT är utvecklat som ett parallellinstrument till AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och beräkningen av svars-poängen går till på ett liknande sätt som för AUDIT. Svaren på de första nio frågorna kodas 0,1,2,3,4 medan de två sista kodas 0,2,4. Den maximala totalpoängen är således 44. Skärningspunkten för riskabelt droganvändande för män är 6 och för kvinnor är den satt till 2. Dessa skärningspunkter är genomsnittsvärden för den svenska befolkningen och risakabel droganvändning definieras här som mer än genomsnittlig användning.

Boendenormalitet/stabilitet

För att mäta boendestabilitet konstruerades en boendeskala där den svarande tillfrågats att ange hur man tillbringat föregående natt där alternativen är ett antal olika boendesituationer enligt boendetrappan (Fall mfl., 2007). Ju högre upp i boendetrappan desto mer normaliserat boende och desto högre poäng på boendeskalan. Denna fråga kombinerades med en fråga om hur länge personen bott på det sättet. Ju längre tid man bott desto högre poäng på tidsvariabeln. Hur ofta respondenten bytt boende under den senaste månaden betraktas också.

Registerdata

Val-databasen

Som en indikator på hälsa ämnar vi använda registerdata från VAL-databasen som innehåller uppgifter om individers vårdkonsumtion, både sluten och öppenvård. Dessa registerdata är utgör ett mått på ohälsa som givit upphov till vårdinsatser.

Kriminalitet

Register över lagföringar och domar finns i lagföringsregistret som innehas av BRÅ. Registret ger information om individernas brottslighet under en tidsperiod.

Inkomster

Uppgifter om personers inkomster finns registrerade hos skatteverket. Dessa kommer att användas för att avgöra om Bostad Först leder till ökat deltagande i arbetslivet och en följande inkomstökning.

Powerberäkning

Ett tests power är sannolikheten att en studie med ett givet antal deltagare skulle beteckna en skillnad av en given storlek som statistiskt signifikant (Altman, 1992). Begreppet power är med andra ord ett uttryck för sannolikheten att finna en statistiskt signifikant effekt av behandlingen i det urval man har, förutsatt att effekten existerar överhuvudtaget. Givet att "Bostad först" är ett effektivt program så krävs det ett visst antal personer för att visa den effekten. Antalet deltagare som krävs är även beroende på hur stor skillnaden mellan interventions- och kontrollgruppen ska vara för att vara kliniskt intressant. Även om effekten (skillnaden) är mycket liten blir den statistiskt signifikant om man har ett stort antal deltagare. Omvänt krävs en mycket stor effekt om antalet deltagare är litet. Anledningen till att man gör beräkningar av den nödvändiga storleken på urvalet är att det kanske inte någon mening att göra studien om man förväntar sig att få för litet antal deltagare. Det är brukligt att vilja ha 80% power vilket betyder att 8 av 10 studier av en given storlek förväntas ge statistiskt signifikanta resultat.

För att göra en beräkning av hur många personer man bör ha för att med en given sannolikhet få ett signifikant resultat krävs att man kan skatta:

- Standardavvikelsen för variabeln som mäts
- Den skillnad mellan grupperna som är kliniskt intressant
- Vilken signifikansnivå man vill ha
- Hur stor power som önskas.

För att med 80% konfidens erhålla statistiskt säkerställda skillnader krävs ungefär 40 personer i varje grupp givet att effektstorleken är 30%. Denna skattning är dock osäker eftersom det kan vara svårt att skatta effektstorleken. Om effekten är större krävs färre personer.

Resultat (preliminära)

Baslinje undersökningen

Resultaten från baslinjen vad avser ASI baseras på 17 fullständiga och 4 avbrutna ASI-intervjuer härrörande från Bostad Först gruppen redovisas nedan för varje frågeområde för sig. Det var 17 män och 4 kvinnor med en genomsnittlig ålder på 46 år (32-67 år).

Tabell1 ASI bakgrundsvariabler för stockholms BF grupp vid baslinje undersökningen.

<i>Familj och Umgänge</i>	Frekvens
Lever ensam	12

Instabila levnadsförhållanden	6
Har barn	11
Barn under 18 år	5
<i>Fysisk hälsa</i>	
Hepatit-C	9
HIV	2
Under behandling	5
Vill ha ytterligare behandling	7
<i>Arbete och försörjning</i>	
Ej avslutad Grundskola	1
Högst Grundskola	12
Högst Gymnasium	3
Högskola	1 Helsingb
Sjukersättning	3
Ålderspension	1
Arbetslöshetsunderstöd	9
Försörjningsstöd	13
Olaglig verksamhet	3
<i>Psykisk Hälsa</i>	
Haft kontakt med psykiatri	5
Upplevt depression	8
Upplevt ångest	10
Svårigheter med koncentration / minne	10
Hallucinationer	4
Svårt att kontrollera aggressiva impulser	4
Självordstankar tidigare	7
Självordsförsök tidigare	4
Psykiska hälsoproblem sen månaden >5dgr	5
Utsatts för psykisk misshandel	6
Utsatts för fysisk misshandel	7
Utsatts för sexuell misshandel	1

De flesta rapporterade att de lever ensamma men har barn från föregående förhållanden och 5 har barn under 18 år. Barnet lever då med den andra föräldern eller är omhändertaget. Ungefär hälften har utsatts för misshandel av något slag. De svarande hade svag hälsa med en stor andel som har Hepatit C. Många vill ha mer behandling än vad de i nuläget får. Majoriteten har högst grundskoleutbildning och är arbetslösa eller har försörjningsstöd från Socialtjänsten. Respondenterna hade dessutom i hög grad blivit utsatta för både fysisk och psykisk misshandel tidigare i livet. I genomsnitt rapporteras den psykiska hälsan vara dålig med relativt höga förekomster av ångest, depression, självmordstankar och problem med minne/koncentration.

Tabell 2 visar att mellan en sjättedel och en fjärdedel av de svarande var kvinnor med en något lägre andel bland kontrollerna på härberge. Det var emellertid ingen signifikant skillnad i könsfördelningen mellan grupperna och åldern var approximativt lika i de tre grupperna.

Signifikant lägre droganvändning i härbärgeskotrollerna än i väntelistkontrollerna var den enda skillnaden i utfallsmåtten vid baslinjetillfället.

Tabell 2. Medelvärde (standardavvikelse) för utfallsmåtten vid baslinjemätningen för ”Bostad Först”, väntelist kontroller och härbärke kotroller avseende Boendenormalitet, Boendestabilitet, kontroll lokus, KASAM-13, AUDIT och DUDIT (data från Helsingborg är inkluderade)

	Bostad först (intervention) (18)	Väntelista(35)	Härbärke (20)
Kön	14 män/ 4 Kvinnor	26 män 9 Kvinnor	15 män 3 Kvinnor
Ålder M (SD)	50,0 (7,8)	50,2 (10,90)	47,4 (10,8)
Normalitet i boendet	4,06 (1,51)*	4,0 (1,70)	2,90 (1,86)
Stabilitet i boendet	3,50 (0,78)	3,9 (1,16)	3,58 1,42)
Egenmakt	28,29 (4,09)	28,22 (7,04)	26,15 (6,58)
Känsla av sammanhang	54,05 (13,07)	51,76 (12,73)	52,10 (9,51)
AUDIT	10,31 (9,90)	11,68 (10,33)	11,05 (9,92)
DUDIT	9,78 (10,19)	14,06 (11,54)	3,70 (6,96)

- *Värdena är kompletterade med registerdata för tillståndet innan inflytt i lgh

Data från enbart Stockholm redovisas i tabell 2b där 5 män från Helsingborg exkluderats.

Tabell 2b Deskriptiva data vid baslinjemätningen för ”Bostad Först”, väntelist kontroller och härbärke kotroller avseende Boendenormalitet, Boendestabilitet, kontroll lokus, KASAM-13, AUDIT och DUDIT (data från Helsingborg är exkluderade)

	Bostad först (intervention) (13)	Väntelista(35)	Härbärke (20)
Kön	9 män/ 4 Kvinnor	26 män 9 Kvinnor	15 män 3 Kvinnor
Ålder M (SD)	50,0 (7,8)	50,2 (10,90)	47,4 (10,8)
Normalitet i boendet	4,23 (1,59)*	4,0 (1,70)	2,90 (1,86)
Stabilitet i boendet	3,31 (0,85)	3,9 (1,16)	3,58 1,42)
Kontroll lokus	28,5 (4,3)	28,22 (7,04)	26,15 (6,58)
Känsla av sammanhang	51,8 (14,4)	51,76 (12,73)	52,10 (9,51)
AUDIT	9,6 (11,0)	11,68 (10,33)	11,05 (9,92)
DUDIT	12,0 (10,7)	14,06 (11,54)	3,70 (6,96)

Andelen riskkonsumenter av alkohol bland alla hemlösa män var 56,6% och bland kvinnorna var det 40,0% riskkonsumenter. I normal populationen var det 14,6% av männen och 11,5% av kvinnorna som var riskkonsumenter år 2009. Bland männen var det 57,4% och bland kvinnorna 62,5% som använt droger inklusive oförskrivna läkemedel under det senaste året och 39% av männen och 47% av kvinnorna som rapporterade ett aktuellt bruk av droger 2-4 gånger per månad. Enligt Folkhälsoinstitutets undersökning av narkotikaanvändningen i befolkningen år 2008 var det 28% av männen och 20 % av kvinnorna som använt narkotika under senaste året och 2,6% respektive 2,2% som använt droger senaste månaden.

Sexmånadersuppföljningen

Efter att 55 enkätsvar inkommit redovisas resultatet i tabell 3. Jämförelser mellan grupperna av uppföljningsdata efter 6 månader visar att boendet har blivit mer normalt för de personer som fått bostad genom projektet. Inga andra signifikanta skillnader visades

Tabell 3. Preliminära resultat vid uppföljningen efter 6 månader.

	Bostad först (intervention) (17)	Väntelista(23)	Härbärke (20)
Kön	12 män/ 5 Kvinnor	19 män 4 Kvinnor	14 män 5 Kvinnor
Ålder M (SD)	54,3 (7,0)	46,8 (12,7)	53,2 (8,0)
Normalitet i boendet	8,0 (1,7)	4,4 (2,0)	3,6 (2,3)
Stabilitet i boendet	4,1 (0,8)	3,7 (1,1)	3,7 (1,4)
Kontroll lokus	29,4 (6,2)	28,7 (5,2)	28,0 (8,3)
Känsla av sammanhang	56,5 (14,7)	54,7 (13,3)	55,4 (9,6)
AUDIT	9,8 (11,6)	9,3 (11,4)	9,2 (12,8)
DUDIT	8,6 (10,8)	6,4 (6,9)	6,6 (12,9)

Om bara de individer som svarat både vid baslinjen och vid uppföljningen analyseras så har alla signifikant förbättrat sin boendesituation under de 6 månader som gått sedan baslinjen. De som fått bostad genom Bostad Först har förbättrat sin situation än mer än väntelystkontrollerna. Vad gäller de andra variablerna i tabell 3 ovan fanns en signifikant förändring för alla 28 som deltagit både vid baslinjen och vid 6 månader i DUDIT poäng och de som ej fått bostad minskade sin DUDIT poäng signifikant mer än vad de som fått bostad gjorde. Det visades vara en tendens till att individerna i både boendegruppen och kontrollgruppen får en ökad KASAM 6 månader efter projektets början. Dock ingen skillnad i förändring mellan grupperna. Om de 7 som svarat vid uppföljningen i Helsingborg exkluderas blir resultatet som i tabell 3b.

Tabell 3b. Preliminära resultat vid uppföljningen i Stockholm efter 6 månader.

	Bostad först (intervention) (10)	Väntelista(23)	Härbärke (20)
Kön	7 män/ 3 Kvinnor	19 män 4 Kvinnor	14 män 5 Kvinnor
Ålder M (SD)	51,5 (9,5)	48,0 (12,7)	53,2 (8,0)
Normalitet i boendet	7,3 (2,0)	4,4 (2,0)	3,6 (2,3)
Stabilitet i boendet	3,9 (0,9)	3,7 (1,1)	3,7 (1,4)
Egenmakt	28,4 (5,7)	28,7(5,2)	28,0 (8,3)
Känsla av sammanhang	59,3 (13,9)	54,7 (13,3)	55,4 (9,6)
AUDIT	8,5 (12,0)	9,3 (11,4)	9,2 (12,8)
DUDIT	5,3 (6,3)	6,4 (6,9)	6,6 (12,9)

Två års uppföljningen

Test av utvecklingen över 2 år dels för alla 21 individer som deltagit i båda grupperna och dels en jämförelse mellan grupperna baserat på de specifika personer som ingår gjordes med en ANOVA för upprepade mätningar. Det visades att det finns en signifikant skillnad i utvecklingen över 2 år för alla personer i variabeln Boendenormalitet ($F=8.24$ $df=1,17$ $p=0,01$) och dessutom en signifikant skillnad i utveckling mellan grupperna ($F=4,3$ $df=1,17$ $p=0,05$). Dessutom visades en tendens till skillnad i utveckling över tid för alla i Egenmakt ($F=3.07$ $df=1,17$ $p=0,10$). Inga andra skillnader var signifikanta när det gäller jämförelse mellan baslinjen och tvåårs uppföljningen.

Tabell 4. Preliminära resultat för de 21 personer, 9 hyresgäster och 12 kontroller, som deltagit vid både baslinjen och 2 års uppföljningen.

	Bostad först vs Kontroll	M baslinjen	SD baslinjen	M 2 års Uppföljn	SD 2 års uppföljn
Boende normalitet	BF	4.22	1.48	7.62	2.33
	Kontroll	3,90	1,66	4,42	1,93
Egenmakt	BF	29.87	2.95	30.89	2.76
	Kontroll	27,45	6,28	29,83	3,95

KASAM totalt	BF	55,22	9,22	54,56	13,26
	Kontroll	50,91	10,32	54,25	10,87
- Begriplighet	BF	22,89	3,98	21,67	5,15
	Kontroll	20,45	4,78	20,58	4,60
- Hanterbarhet	BF	16,11	2,52	16,56	4,77
	Kontroll	15,00	5,29	16,08	4,87
- Meningsfullhet	BF	16,22	4,24	16,33	4,21
	Kontroll	15,45	4,11	17,58	4,52
Alkoholvanor (AUDIT total)	BF	6,25	3,96	5,13	4,47
	Kontroll	14,54	10,99	15,00	9,92
- Konsumtion	BF	2,88	1,26	2,58	2,61
	Kontroll	4,92	2,88	4,33	2,87
- Problem	BF	3,38	3,42	2,56	3,74
	Kontroll	9,64	8,45	10,67	7,62
Drogvanor (DUDIT total)	BF	12,67	9,22	12,22	13,11
	Kontroll	15,00	11,39	12,58	12,66

Alternativa analysmetoder är möjliga om man inte fokuserar på förändringar utan ser på skillnader mellan grupperna vid baslinjen och vid 2 års uppföljningen. Ett T-test för oberoende grupper vid baslinjen visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna, fastän det var en stark tendens att den totala AUDIT poängen skiljde sig åt. Vid 2 års uppföljningen visades att det fanns signifikanta skillnader i boendenormalitet ($t=3,36$ $df=18$ $p=0,003$), total AUDIT-poäng ($t=3,05$ $df=16,1$ $p=0,007$) och i alkoholproblem ($t=3,21$ $df=16,8$ $p=0,005$) för de personer som deltagit vid både baslinjen och 2 års uppföljningen. En statistisk kontroll för skillnaden i baslinjedata vad gäller total AUDIT och alkoholproblem gjordes i en kovariansanalys där baslinjevärdena användes som kovariat. Denna eliminering av de initiala skillnaderna i AUDIT poäng och alkoholproblem som kovariansanalysen innebär visade att skillnaderna efter 2 år i total AUDIT-poäng eller alkoholproblem inte blir signifikanta längre. Dock kvarstår de signifikanta skillnaderna i boendenormalitet. Dessa båda analysmetoder ger alltså samma resultat

Kvalitativ intervjuundersökning och journalgranskning

Eftersom Bostad Först är ett paket med både boende och stödinsatser är det viktigt att utvärderingen tar hänsyn till båda dessa komponenter. En intervjuundersökning gjordes med 13 hemlösa varav fem som fått lägenhet i Bostad Först och åtta i boendetrappan med syftet att jämföra stödet de får (Blid & Källmen, 2013). De var i genomsnitt 51 år gamla. Dessutom granskades journalanteckningar gällande 10 slumpvis utvalda hyresgäster i "Bostad Först" programmet.

Det preliminära resultatet visade att stödet i boendetrappans lågröskelboenden utgörs stödet huvudsakligen av tillgång till lagad mat och möjligheter att sköta tvätt och hygien. Dessutom får alla tillgång till en kontaktperson och boendestödjare när de har träningslägenhet. All vård och behandling ligger utanför boendena. Hyresgästerna i Bostad Först visade journalanteckningarna och intervjuerna att stödet är huvudsakligen praktisk hjälp.

Intervjuerna visar att kontrollen av missbruket är stor inom boendetrappan medan den är obefintlig eller bygger på vägledarnas initiativ i Bostad först.

Betydelsen av boendestödet/vägledaren anges som mer positiv av personer som fått lägenhet. Dessa anser att vägledarna bryr sig och ställer upp medan det inte är fallet bland dem som är i boendetrappan. Strukturen och förutsägbarheten i tillvaron sägs vara större bland den som fått egen bostad medan livet kan anses vara oförutsägbart bland dem i boendetrappan.

Förändringen i livet efter att ha fått en egen bostad är dramatisk och kan vara skrämmande för dem i Bostad först, medan förändringen är långsam och oviss i boendetrappan. Slutsatsen är att det sociala stödet är mer emotionellt och närvarande i Bostad först programmet än i boendetrappan vilket kan ha betydelse för utvecklingen av egenmakt och strukturen i livet.

Diskussion

Syftet med ovanstående utvärdering var att studera förändringar i dels boendet men även i psykologiska faktorer och i alkohol- och drogkonsumtionen över tid hos hemlösa som fått bostad och jämföra med dem som inte fått bostad. Det samlades in data från personer på härberge bara under det första året beroende på att osäkerhet om hur utvidgningen av projektet skulle påverka kontrollgruppen. När det visades att utvidgningen inte hade stora konsekvenser slutade vi att samla in data från härbergen. Resultatet av baslinjeundersökningen visar att de hemlösa i Bostad Först (BF) i många avseenden är av samma kategori som dem som står på väntelista och inte erbjudits bostad. De flesta i båda grupperna hade en lång period av hemlöset bakom sig och mestadels bott på härberge eller i lågtröskelboende under det senaste året. Uppfattningen att inte kunna påverka det som händer i deras liv präglar de hemlösa vilket indikeras av den låga egenmakt (locus of control) som uppmätts. I ett urval av 66 studenter vid Stockholms universitet mellan 19 och 44 år var genomsnittspoängen på intern locus of control 62,8 (Marklund, 2008) medan i ovanstående studie de hemlösa hade mindre än hälften så hög poäng.

En jämförelse mellan hemlösa och normal befolkningen vad avser Känsla av sammanhang visar att hemlösa uppfattar omgivningen som i lägre grad begriplig, meningsfull och hanterbar än normalpopulationen i Jönköping och Norrbotten-Västerbotten som har 70 poäng i genomsnitt. Alkoholvanorna enligt en genomsnittlig AUDIT poäng är högre än i den svenska populationen och ungefär på samma nivå som högskolestudenter medan andelen riskkonsumenter var betydligt högre. Drogvanorna är högre än i populationen men gruppen kan i genomsnitt inte betraktas som grava missbrukare. Dock var det ungefär hälften av gruppen som rapporterade ett aktuellt droganvändande. Detta indikerar att spridningen i både alkohol- och drogkonsumtionen är stor. En longitudinell jämförelse av baslinjen med de båda uppföljningarna måste tolkas väldigt försiktigt eftersom det bara rör sig om ett 10-15 tal personer i varje grupp. I Bostad Först beror det huvudsakligen på svårigheten att få tillgång till lägenheter i Stockholm men även på att klienterna är omotiverade att besvara samma enkäter flera gånger.

Preliminärt visar data att om långvarigt hemlösa får en egen bostad och ges tillgång till stöd dygnet runt bor majoriteten kvar efter 2 år. Enligt det kriteriet är som är det primära målet för modellen är Bostad Först ett lyckat projekt. Det empiriska underlaget är dock väldigt litet vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser. Bostad först förväntades också ha effekter på annat

än bara ett normalt boende. Eftersom ett stabilt boende är grundläggande för individuell trygghet och för struktur i tillvaron skulle även känslan av sammanhang (KASAM) och upplevelsen av egenmakt kunna öka som en följd av Bostad Först. Även konsumtionen av alkohol och droger skulle kunna minska förutsatt att dessa används för att mildra konsekvensen av en ostrukturerad livsmiljö. Att ge personer med missbruk eller psykiatriska diagnoser en stadigvarande bostad kan vara en förutsättning för att gå vidare med vårdinsatser och socialt stöd för att behandla den komplexa problembilden som målgruppen i projektet har. Detta kräver dock att det sociala stödet och hälso- och sjukvårdsinsatserna ges samordnat, samtidigt och enligt en strukturerad målgruppsanpassad metod så som ACT (assertive community treatment), som är en strukturerad och integrerad metod för att behandla mentala hälsoproblem, eller ICM (intensive case management), som innebär en samhällsbaserad vårdform för mentala problem som inte kräver omedelbar inskrivning på sjukhus.

Referenser

- Altman, D. G. (1992). *Practical Statistics for Medical Research*, Chapman & Hall, London.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the "sense of coherence scale". *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Atherton I. & Nicholls, C. M. (2008). 'Housing First' as a means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness*. Vol. 2.
- Bergman H, Källmén H, Rydberg U & Sandahl C (1998): Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem Psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. *Läkartidningen*, 95. nr 43, sid 4371-4375.
- Bergman, H. & Källmén, H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism* (2002) 37 (3): 245-251.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.
- Blid, M. Ett folkhem för alla? Kommunala insatser mot hemlöshet. Doktorsavhandling, Mittuniversitetet, Sundsvall, 2008.
- Blid, M. & Gerdner, A. (2006). Socially excluding housing support to homeless substance misusers: Two Swedish case studies of special category housing. *International Journal of Social Welfare*, 15: 162-171.
- Blid, M., & Källmén, H. (2013). Manuskript under utarbetande.

Busch-Geertsema, V. Housing First Europe some first results. Paper presented at the Nordic network for research on Homelessness, April 12-14 in Lund.

Cederblad, M., & Hansson, K. (1996). Sense of coherence--a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 194-199.

Edgar, B., & Meert, H., (2006). Fifth review of statistics on homelessness in Europe. European federation of national associations working with the homeless, AISBL. www.feantsa.org

Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 61, 938-944.

Fall, A., Mörman Aldunge, N., & Ström, N. (2007). Boendetrappan. Kartläggning och analys av boenden/institutioner för vuxna med missbruksproblem eller missbruks- och psykiska problem. i Stockholms stad. Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen, Stockholms stad. .

Foster, G., Gronda, H., Mallett, S., & Bentley, R. (2011). *Precarious Housing and health: research synthesis*. Australian Housing and Urban Research Institute, Hanover Welfare Services, University of Melbourne, University of Adelaide & Melbourne Citymission,.

Fountain, J., Howes, S., Marsden, J., Taylor, C., & Strang, J. (2003). Homelessness: Results from a Survey of Homeless People in London. *Addiction Research and Theory*, 11, 245-256.

Gelberg, L., Lawrence, S. L., & Leake, B. D. (1988). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *American Journal of psychiatry*, 145, 191-196.

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Guerje, O., & Rutter, C. (1997). *Psychological Medicine*, 27, 191-197.

Goodman, L., Saxe, L., Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma. Broadening perspectives. *American Psychologist*, 46, 1219-1225.

Halldin, J. (2009). Dags att få bukt med hemlösheten i Stockholm. *Läkartidningen*, 106, 657-658.

Hendrix, T., Nilsson, M., & Westman, G. (2008). Sense of coherence in three cross-sectional studies in northern Sweden 1994, 1999 and 2004- patterns among men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 340-345.

Lawless, M., & Corr, C. (2005). Drug use among the homeless population in Ireland. A report for the national advisory committee on drugs. Dublin: National Advisory Committee on Drugs.

Lindmark, U., Stenström, U., Wärnberg Gerdin E., & Anders Hugoson. (2010). The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 1-8.

Lindström, M. (2011). Social capital, political trust, and health locus of control: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 3-9.

Nyström, S., Sallmén, B., & Öberg, D. (2005). *Beslut på bättre grunder: en handbok för ASI-användare*. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete [IMS].

Nyström, S., Andrén, A., Zingmark, D. & Bergman, H. (2010): The reliability of the Swedish version of the Addiction Severity Index (ASI). *Journal of Substance Use*. 15; 330-339.

Padgett, D. K. (2007). There is no place like(a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the united states. *Social Science and Medicine*, 64 (9), 1925-1936.

Pikó, B., Kovacs, E., & Kriston, P. (2011). The significance of the relationship between external/internal locus of control and adolescent substance use in behavioral medicine., *Orv Hetil*, 152, 331-337.

Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.

Sahlin, I. (1996). *På gränsen till bostad. Anvisningar, utvisningar, specialkontrakt*. Lund: Arkiv. Akademisk avhandling.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A., & Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption- I. *Addiction*, 88, 349-362.

Savage, C., Gillespie, G. L., & Lindsell C. J. (2008). Health status and access to care for homeless adults with problem alcohol or drug use. *Journal of Addictions nursing*, 19, 27-33.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Fransisco', Freeman.

Stefancic, A., & Tsemberis, S.(2010). Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a sub-urban county: A four-year study housing access and retention. *Journal of primary prevention*, 28, 3-4, 265-279.

Socialstyrelsen (2006). *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009) *Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt*.

En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stockholms Stadsmission & Swärd, H. (2010). *Hemlös 2010. En statusrapport om det offentliga stödet till människor som lever i hemlöshet*. Stadsmissionen.

Tsemberis, S., Eisenberg, R. (2000). Pathways to housing; Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *American psychiatric association*, 51 (4), 487-493.

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, Consumer Choice and Harm Reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of public health, Research and practise*, 94 (4), 651-656.

Winkleby, M. A., Rockhill, B. Jatulis, D., & Fortmann, S. P. (1992). The medical origins of homelessness. *American Journal of Public Health*, 82, 1394-1397.