

Utvärdering av Bostad Först för hemlösa i Stockholms stad och Helsingborg. En jämförelse med Boendetrappan

Slutrapport

**Håkan Källmén¹, Mats Blid²
& Camilla Jalling¹**

¹ STAD, Centrum för Psykiatriforskning Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde/Karolinska Institutet.
Besöks- och postadress: Norra Stationsgatan 69,7tr 113 64 Stockholm

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 ska tränas att bo i successivt mer normalt boende innan de kan få en egen bostad. Föreliggande utvärdering jämför BF med Boendetrappan och bygger på tre delstudier med olika forskningsmetoder, dels en kvantitativ enkätstudie, dels en kvalitativ intervjustudie och slutligen en retrospektiv registerstudie. Enkätstudien visade att hemlösa i både BF och Boendetrappan fick en mer normal boendesituation och en ökad egenmakt över en tvåårsperiod medan det inte var några signifikanta skillnader mellan grupperna över tid. Analysen av intervjuvaren visade att ett eget boende innebär att de akuta boendeproblemen minskar och mer långsiktiga problem kan uppmärksammas vilket skapar behov av en annan typ av stödinsatser. Registerstudien visade att brottsligheten och därmed alienationen minskade signifikant över tvåårsperioden men att det inte var någon betydande skillnad mellan grupperna. Konsumtionen av öppenvård minskade kraftigt i BF till en nivå som är jämförbar med kontrollgruppen. Behovet av slutenvård ökade i båda grupperna. Därmed kan BF ses som ett lyckat projekt som har medfört att hemlösa får en fast adress och därmed skapas förutsättningar för behandling av missbruksproblem och psykiatrisk problematik som ofta kräver en kontinuerlig kontakt med vården. Däremot bekräftar utvärderingen tidigare studier som visar att Bostad Först inte har effekter på andra faktorer än boendet och konsumtionen av sjukvård.

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, depressiva symptom och inlärd 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) studerade en grupp på 529 hemlösa i Los Angeles och fann att 44 % av dem 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 hade grava alkoholproblem (>16 poäng) enligt AUDIT-metoden. Bland kvinnorna hade 63 % riskfylld konsumtion och 44 % grava alkoholproblem. Bland uteliggare var det inte större andel riskkonsumenter än bland andra hemlösa med en placering i boendetrappan. 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 retrospektivt att de använde droger innan de blev hemlösa. Winkleby et al., (1992) studerade substansmissbruk och psykiatrisk sjukhusvård bland hemlösa och icke- hemlösa i Kalifornien. De

visade att hemlösa hade en betydligt högre psykiatrisk hospitalisering och alkoholkonsumtion än icke-hemlösa men när data för tiden innan de blev hemlösa jämfördes var det bara små skillnader mellan de båda grupperna. Det stöder tanken att en stor andel av alkohol- och droganvändningen hos hemlösa sannolikt beror på hemlösheten. Fountain et al. (2003) visade i en studie av 389 hemlösa i London att mer än en tredjedel var beroende av heroin och en fjärdedel av alkohol, och sammanlagt uppgav sextiotre procent av de hemlösa 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, och dels ger möjlighet till ökad känsla av sammanhang och kontroll över tillvaron är Bostad Först. Bostad Först-modellen som utvecklades i USA (Housing First) innebär en avvikelse från det traditionella sättet att stödja hemlösa människor – så kallade linjära modeller. Dessa förekommer i två varianter: vårdkedjor (Treatment First eller Continuum of Care), men också ”Boendetrappor” som enbart förekommer i Sverige. Dessa 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, Knutagård 2009). 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 visar att de kan hantera ett boende. Alltså, Bostad Först-modellen förutsätter en bostad för att lösa andra problem medan Boendetrappan förutsätter att andra problem löses innan de erbjuds en bostad (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).

Syftet 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”. Projektets olika mål för deltagarna 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

Utvärderingen är indelad i en enkätstudie, en intervjustudie och en registerstudie. Enkätstudien fokuserar på de fyraförsta punkterna ovan och jämför Bostad Först (BF) med Boendetrappan med avseende på utvecklingen över 2 år i utfallsmåtten. Registerstudien fokuserar på punkt fem, och vi operationaliserar integration i termer av kriminalitet. Intervjustudien belyser punkt sex och behandlar vilket stöd som ges och tas emot i de två programmen. Sammantaget syftar studierna huvudsakligen till att utvärdera om det finns skillnader i utvecklingen över två år mellan klienter i programmet "Bostad Först i Stockholms stad" och de i Boendetrappan. Utfallsmåtten är dels stabilitet i boendet (andelen kvarboende) och egenrapportering av normaliteten i boendet. Även skillnader mellan gruppernas utveckling under en 2-årig uppföljningsperiod avseende psykologiska och sociala faktorer respektive alkohol och droganvändning och integration kommer att utvärderas. Den hypotes vi har är att utvecklingen över tid ska gå mot mer kontroll och struktur i livet 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 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 studeras 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 hemlöshets begreppet har kommit att innebära en socialpsykologisk problematik snarare än en specifik bostadssituation. Detta innebär att problemet är mer komplext än bara ett bostadsproblem. 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 Socialstyrelsen (2011) definieras hemlöshet som en av följande fyra kategorier:

1. Uteliggare eller sovande på härbärgen (även kallade primärt hemlösa).
2. Institutionsboende men är utan boende efter utskrivning.
3. Individer som har boenden som kommunen ordnat som tränings- eller försökslägenhet där boendet är förenat med särskilda villkor och regler.
4. Individer som är boende under osäkra förhållanden, t ex andrahandskontrakt eller inneboende hos vänner.

Enligt denna definition var det totalt 34000 personer i Sverige som år 2010 var hemlösa medan ungefär 4 500 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 har hemlösheten nästan fördubblats under perioden 2005-2010 men en stor del av ökningen beror på tydligare regler om att boende i försöks- och träningslägenheter ska inkluderas

Halldin (2009) uppskattade antalet hemlösa i Stockholm under de senaste 10-15 åren till drygt 3000 personer. Denna summa omfattar det totala antalet hemlösa medan de primärt hemlösa (utelligarna) har utgjort ungefär en åttondel av dessa (Halldin, 2009). Regeringens strategi mot hemlöshet (år 2007) och Socialstyrelsens initiativ på nationell nivå har lett till att kommunerna tillförts 50 miljoner kronor att användas för olika utvecklingsprojekt under år 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; Knutagård & Kristiansen, 2013). Modellen utmärks av tanken att alla människor har rätt till ett permanent och lämpligt boende. I Sverige har intresset för Bostad Först främst fokuserats på möjligheten för den enskildes boende 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 ska ges antingen i det egna boendet eller i en mer kollektiv form. Stödet i Bostad Först i Stockholms stad ges enligt en ”intensive case management”- modell där varje boende har en viss stödperson, har hög intensitet med stödinsatser tillgängliga 24 timmar om dygnet, 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 utgjordes av personer som inte var kvalificerade för tränings- eller försökslägenhet utan skulle komma från härbärge eller akut-/lågtröskel-boende. Deltagarna skulle dock vilja bo i egen lägenhet, och vara villiga att ha vägledarkontakt samt samarbeta med socialtjänsten. De skulle slutligen vara aktuella inom socialtjänsten. Inga krav på förmåga att bo med eget kontrakt, nykterhet/drogfrihet, skuldfrihet eller stödbehov ställdes. Detta innebär att

målgruppen kan definieras som primärt hemlösa och sannolikt kan jämföras med deltagarna i de flesta internationella studier av effekterna av Bostad Först (se nedan). De första 16 personerna som under tidsperioden augusti 2010- april 2011 erbjöds en lägenhet utgjorde ett tillgänglighetsurval och består av 11 män (32 - 67 år gamla) och fem kvinnor (26 - 58 år gamla) som valts ut av socialtjänsten eftersom de varit hemlösa och svåra att placera i boende 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 personer kunde erbjudas en lägenhet i projektet. Matchningsproblem uppstod dock eftersom lägenheterna ofta saknar hiss och ligger i miljonprogramområden och det har förekommit klienter/hyresgäster stört grannarna eller inte betalt hyran och därför vräkts och lägenheterna därför lämnats tillbaka. Sammantaget innebär detta att under våren 2013 hade programmet 24 hyresgäster (19 män och 4 kvinnor).

Underlaget i interventionsgruppen har även kompletteras med 11 (7 män och 4 kvinnor) personer från Helsingborgs Bostad Först-program (Kristiansen & Espmarker, 2012).

En viktig skillnad mellan de båda städerna där programmet implementerats är att i Stockholm krävs långvarig hemlöshet samt svårigheter att få en bostad på vanligt sätt för att få en Bostad Först lägenhet medan i Helsingborg kan hemlösa från alla fyra kategorierna ovan utan några villkor 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 modifierat förstahandskontrakt från första dagen medan Stockholm erbjuder andrahandskontrakt med Socialförvaltningen som innehavare av förstahandskontraktet åtminstone under de första nio månaderna. Modifieringen innebär 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 efter att kontraktet tagits över. De personer som fått bostad inom projektet i Stockholm har bostaden inom de fyra 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. I Helsingborg erbjuds stödinsatserna av projektmedarbetarna som även samlat in data för utvärderingen.

Kontrollgruppen utgörs av personer som är av samma hemlöshetskategori som de som ingår i programmet, och som skulle kunna vara aktuella för en bostad inom Bostad Först programmet. 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 stadsdelar samlades in av socialsekreterarna från Enheten för hemlösa, Skarpnäck, Skärholmen, Spånga-Tensta och Hässelby-Vällingby socialkontor. 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 resulterade det i 80 möjliga kontrollpersoner, sammanlagt. Innan utökningen av projektet var antalet möjliga kontrollpersoner 45.

Socialstyrelsens systematiska kartläggning av effektutvärderingar visade att i de flesta internationella studier har en alternativ behandlingsmetod, vårdkedjemodell, använts som kontrollgrupp. Vårdkedjemodellen 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 att tilldelas lägenhet har använts i denna utvärdering. Vid designen av utvärderingen togs hänsyn till att politiska beslut skulle kunna fattas om att utöka Bostad först programmet vilket skulle kunna innebära att kontrollgruppen på väntelista skulle minska 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 hyresgäster i programmet. Dessutom planerades det att vid varje mättillfälle samla in tvärsnittsdata från hemlösa inom akutboende (härbergen) som en back-up om den longitudinella designen skulle fallera. Vid uppföljningen efter 12 månader som inte redovisas i denna rapport utan har redovisats på löpande konferenspresentationer beslutades att inte fortsätta med tvärsnittsdata.

Forskningsdesign och statistiska metoder

Utvärderingen har genomförts genom att använda tre olika forskningsmetoder, så kallad metodtriangulering. Tyngdpunkten har legat på en kvantitativ enkätstudie där fokus har legat på att uppskatta förändringar på fem självskattningsskalor (se nedan). Utöver enkätstudien har en kvalitativ intervjustudie genomförts, där vi genom semi-strukturerade intervjuer har undersökt vilket stöd som ges och tas emot i de två grupperna. En tredje delstudie har varit av retroaktiv registerkaraktär. I denna har gruppernas kriminalitet under 5 år före och 2 år efter projektets början fokuserats. Dessutom har sjukvårdskonsumtion vad avser vissa utvalda diagnoser jämförts under nämnda tidsintervall.

Enkätstudien

Enkätstudien har genomförts med 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. I både kontroll- och interventionsgruppen planerades initialt för en baslinjemätning med enkäter innan tillträde till bostaden. Det var alltså inte möjligt och därför är baslinjemätningen genomförd i samband med inflyttningen eller så snart som möjligt efter. Uppföljningsmätningar med enkäter har gjorts 6, 12, 18 och 24 månader efter tillträdet. I föreliggande rapport redovisas inte 12 och 18 månaders uppföljningarna utan de har redovisats på annat sätt. Uppgifter från socialtjänsten om boendesituationen innan inflyttning i Bostad Först lägenheterna har kompletterat enkätdata.

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 et al., 2005). Det har visats att den svenska versionen har god stabilitet över tid (Nyström et al., 2010). En ASI-utredning ska enligt socialtjänsten alltid göras och dessa data används i denna utvärdering. Dels kan rådata från intervjun användas men det är även möjligt att använda index för varje problemområde, så kallade composite scores.

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 (Cronbach $\alpha=0,82$) Test-retest reliabiliteten (stabiliteten över tid) har visats variera mellan $r= 0,55$ och $r= 0,97$ 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 (*KASAM-13*). Därav följer en god begreppsvaliditet i hela skalan, men komponentanalyser har visat att de tre komponenterna Begriplighet, Meningsfullhet och Hanterbarhet, inte kan särskiljas på så sätt som är tänkt. Det finns ingen publicerad svensk studie med nationella normer för *KASAM-13* men två studier som utvecklat normer för regioner i Sverige. Normer finns beskrivna för människor i Jönköping (Lindmark et al., 2010) och i Norrland (Hendrix et al., 2008) 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. Även i Norra Sverige var den genomsnittliga *KASAM* runt 70 poäng.

I en studie av 148 medelålders personer dragna från en stor longitudinell populationsstudie (Lundby studien) visade Cederblad & Hansson (1996) att en hög känsla av sammanhang var associerad med god hälsa och psykiskt 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 fyrgradig Likert-skala hur bra påståendet "stämmer för mig". Låg intern LOC har visats vara associerat med låg tilltro till samhällets institutioner (Lindström, 2011) och ökad användning av alkohol och andra droger (Piko et al., 2011). Kontroll lokalisering används i denna studie som ett mått på empowerment.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett screeninginstrument för riskfyllda alkoholvanor 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, Mexiko och USA) (Saunders, 1993). En svensk normeringsstudie och några utländska studier av faktorstrukturen i AUDIT har visat att testet i en normalpopulation huvudsakligen beskriver två faktorer: ”riskabel konsumtion” (fråga 1-3) och ”alkoholproblem” (fråga 4-10). Det innebär att frågorna om beroende är starkt korrelerade med frågorna om alkoholrelaterade skador men att dessa frågor är svagt korrelerade med frågorna om konsumtion. Bland drogmissbrukare har det visats att AUDIT består av en enda faktor, vilket betyder att alkoholkonsumtion är starkt korrelerad med alkohol problem (Skipsey et al., 1997). 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 och beräkningen av svars-poängen går till på ett liknande sätt som för AUDIT. Svaren på de nio första 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 har satts till genomsnittet i den svenska populationen år 2004 vilket för män var 6 och för kvinnor var 2. Dessa skärningspunkter är således psykometriska och är inte relaterade till skador. Socialstyrelsen rekommenderar dock att all droganvändning ska betraktas som riskabel och sätter gränsvärdet till 1 poäng för riskabelt droganvändande. Det har visats att den skärningspunkt över vilken 90 % har ett drogberoende är 25 poäng (Berman,2005). Vid denna poäng gallras även 78 procent av dem utan drogberoende bort.

Boendenormalitet/stabilitet

För att mäta boendestabilitet konstruerades en boendeskala där den svarande tillfrågas att ange hur man tillbringat föregående natt där alternativen är ett antal olika boendesituationer enligt Boendetrappan (Fall m.fl., 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 betraktades också.

Intervjustudien

Eftersom Bostad Först är ett paket med både boende och stödinsatser var det viktigt att i utvärderingen ta 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

undersöka deras uppfattning av stödet de får i de båda grupperna (Blid & Källmen, 2014). Studien redovisas i sin helhet på annan plats och sammanfattas kort här. Intervjupersonerna var i genomsnitt 51 år gamla. Dessutom granskades journalanteckningar gällande 10 slumpvis utvalda hyresgäster i Bostad Först programmet.

Registerstudien

Sjukvårdskonsumtion

Syftet med detta avsnitt är att beskriva förändringar i vårdkonsumtion bland individer som ingått i projektet Bostad Först samt en kontrollgrupp. En kartläggning av vårdkonsumtionen kan ses som en indikator om individernas hälsotillstånd. Fokus riktas att undersöka förändring i konsumtion av slutenvård och öppenvård. Syftet är även att kartlägga vilka typer av vårdinrättningar som de hemlösa individerna vänder sig till. Vidare kontrolleras för vilka diagnoser som är vanligast i de två grupperna.

Det empiriska underlaget består av registerdata hämtat från Gemensamma Vårdregistret (GVR) för deltagarnas vårdkonsumtion från 1 januari 2008 till och med 31 december 2013. Vid beställningen av registerutdraget lades särskilt fokus vid psykiska sjukdomar orsakade av alkohol och droger, HIV, Hepatit-C och andra psykiatriska sjukdomar. Det sammanlagda antalet vårdtillfällen uppgår till 7449. Vid varje inrapporterat vårdtillfälle har individen fått minst en diagnos ställd efter Världshälsoorganisationens klassificeringssystem av sjukdomar ICD-10. Diagnoserna har sedan delats in i grövre kategorier, baserat på vilka som är mest frekvent ställda. En dummyvariabel delar in tidsperioderna före och efter interventionen, där tiden före interventionen sträcker sig från 1 januari 2008 fram till december 2010. Tidsintervallet efter interventionen startar januari 2011 fram till 31 december 2013. Utöver diagnoserna finns även uppgifter om datum för in- och utskrivningar av vårdtillfällena, om det var öppenvård eller slutenvård. Samtliga vårdtillfällen har tilldelats kombikoder (**kombination Inrättning klinik avdelning**) som anger klientens vårdgivare. Kombikoderna har spårats i codeserver.sll.se och sedan delats in efter kategorierna beroendevård, somatik och psykiatri. Ytterligare en uppdelning mellan akuta och övriga vårdinrättningar genomförs. Med hänsyn till att variablerna är kategoriska genomförs signifikansprövningar med χ^2 -test.

En begäran att få ett utdrag från (GVR) avseende diagnoserna ovan ställdes till Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen som gav Tieto i uppdrag att tillhandahålla uppgifterna till utvärderingen.

Kriminalitet

I studien användes lagföringar eller domar som ett mått på individernas kriminalitet. Register över lagföringar innehas av Brottsförebyggande rådet (Brå). Ur kriminologisk synpunkt kan kriminalitet ses som ett uttryck för låg integration i samhället och att individen är marginaliserad. Mål fem i projektbeskrivningen för Bostad Först anger stärkande av integrationen i samhället. Färre lagföringar är en indikation på bland annat en minskad marginalisering.

Materialet över brottslighet i den studerade populationen består av handlingar som en individ antingen har blivit dömd för i domstol, meddelats om åtalsunderlåtelse (åtal väcks ej trots erkänt

brott av lindrig art) eller fått strafföreläggande (böter för erkänt brott). Samlingsbegreppet för dessa utfall är lagföringar vilka skrivs in bland annat i lagföringsregistret. Lagföringsregistret upprättas vid varje enskild domstol och sammanställs årligen av Brå.

Statistiken som Brå erhåller består alltså av ett register av lagförda brott. Ett lagfört brott kan träffa flera lagrum, som exempelvis narkotikabrott: första lagrummet avgör vad det är för slags brott i vilken balk, vilket kapitel och vilken paragraf det handlar om. Dessutom träffar brottet ett lagrum till – vilken allvarlighetsgrad brottet har, om brottet är ringa eller grovt. Brottet kan vidare träffa ytterligare ett lagrum om det har varit ett försök, anstiftan eller medhjälp till brott. Att räkna antalet lagföringar för en person kan därför bli missvisande, eftersom ett brott kan få upp till tre lagföringar. I statistiken redovisas också vilket huvudbrottet för domen är, men exempel på där personen dömts för 24 brott utöver huvudbrottet finns. I en redovisning av hur många brott en person har dömts för blir därför lagföringsstatistiken återigen missvisande.

En person som blivit dömd för brott, men som frias i högre instans, kommer ändå att finnas kvar i lagföringsregistret med aktuell lagföring. Således består lagföringsstatistiken av en viss överskattning av antalet lagföringar, även om dessa anses vara relativt få. Om man istället använder sig av antalsräkning av huvudbrott blir en stor del av den lindrigare brottsligheten underskattad, då huvudbrottet alltid är det brott som har det högsta straffvärdet i en lagföring. För det här forskningsprojektet var en omkodning nödvändig då ett syfte var att undersöka hur många brott som informanterna hade blivit dömda för under angiven undersökningsperiod. För analyserbarhet har brotten, som i lagföringsstatistiken är kodade utifrån balk och kapitel, slagits ihop till ett antal brottskategorier. Kategorierna rör oftast brott i samma balk och kapitel. Ibland har en uppdelning dock gjorts utifrån vårt intresse av att i undersökningen kunna särredovisa dessa. Det rör i synnerhet stöld och snatteri, båda i BRB 8 kapitlet. Det har också gjorts sammanslagningar av flera brott från olika kapitel från brottsbalken och svensk författningssamling (SFS). Ett exempel på det är olika handlingar som kodats som trafikbrott (olovlig körning, brott mot fordonsförordningen, brott mot lagen om vägtrafikregister, brott mot förordningen om vägtrafikregister och brott mot järnvägslagen). Vidare har brott inom narkotikalagstiftningen och dopningslagstiftningen kodats som narkotikabrott. Vad gäller försök, anstiftan, stämpling och medhjälp till brott så har dessa kodats som om brottet varit fullbordat. Även om brottet då inte varit fullbordat så är handlingen belagt med straff, i vissa fall med likvärdiga straff som vid fullbordat brott av lindrig grad.

Beräkning av antal deltagare i enkätstudien

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 på en signifikant effekt. 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 i enkätstudien 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

Enkätstudien

Baslinjen

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).

Tabell 1. ASI bakgrundsvariabler för dels Stockholms grupp och Helsingborgs grupp vid baslinjeundersökningen.

Utfall	Frekvens
<i>Familj och umgänge</i>	
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
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 >5dgr senaste månaden	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 fempersoner har barn under 18 år. Barnet levde då med den andra föräldern eller var omhändertaget. Ungefär hälften har utsatts för misshandel av något slag. De svarande hade svag hälsa med en stor andel som har Hepatit C. Många ville ha mer behandling än vad de under undersökningenperioden fick. Majoriteten hade högst grundskoleutbildning och var arbetslösa eller hade försörjningsstöd från Socialtjänsten. Respondenterna hade dessutom i hög grad blivit utsatta för både fysisk och psykisk våld 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 härbärge. Det var emellertid ingen signifikant skillnad i könsfördelningen mellan grupperna och åldern var approximativt lika i de tre grupperna. Signifikant lägre droganvändning i härbärgesk kontrollerna än i väntelistkontrollerna var den enda skillnaden i utfallsmåtten vid baslinjetillfället.

Tabell 2. Medelvärde (standardavvikelse) för utfallsmåtten vid baslinjemätningen då data från Helsingborg är inkluderade

	Bostad Först (intervention) (n 18)	Väntelista(n 35)	Härbärge (n 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 inflyttning i en Bostad Först lägenhet

Data från enbart Stockholm redovisas i tabell 2b.

Tabell 2b Medelvärde (standardavvikelse) för utfallsmåtten då data från Helsingborg är exkluderade

	Bostad först(intervention) (n 13)	Väntelista(n 35)	Härbärke (n 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)
Egenmakt	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 normalpopulationen var det 14,6% av männen och 11,5% av kvinnorna som var riskkonsumenter år 2009 (Källmén et al., 2011). Således var en betydligt högre andel bland hemlösa riskkonsumenter av alkohol än normalpopulationen. Ac männen var det 57,4% och av 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 (Statens Folkhälsoinstitut, 2008). . När det gäller bruk av droger var det alltså en betydligt högre andel av hemlösa vid baslinjen än av normalpopulationen.

Sexmånadersuppföljningen

Vid sexmånadersuppföljningen inkom enkätsvar från 55 deltagare men bara 40 individer hade svarat även vid baslinjen. Dessa 40 individers enkätsvar ligger till grund för resultatet i tabell 3. I tabell 3 redovisas även resultaten från enkätsvaren från hemlösa boende på härbärgen. Jämförelser mellan grupperna av sexmånaders uppföljningen visar att boendet hade 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 (Helsingborg inkluderade).

	Bostad Först (Bf) (intervention) (n 17)	Kontroll (n 23)	Härbärke (n 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)
Egenmakt	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)

Vid sex månaders uppföljningen jämfördes förändringen över tid för de 40 personer ur både Bf gruppen och kontrollerna som besvarat både baslinjeenkäten och uppföljningsenkäten. Då hade boendesituation vid 6-månadersuppföljningen förbättrats signifikant för alla. Dock hade de som fått bostad genom Bostad Först förbättrat sin situation än mer än kontrollerna på väntelista. Det fanns även en signifikant genomsnittlig förändring i DUDIT poäng för dem som deltagit både vid baslinjen och vid 6 månader och de som ej fått bostad hade minskat sin DUDIT poäng signifikant mer än vad de som fått bostad gjorde. Det visades vara en tendens till att individerna i både Bostad Först gruppen 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) (n 10)	Väntelista(n 23)	Härbärke (n 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)

Tvåarsuppföljningen

Vid uppföljningen två år efter baslinjemätningen inkom svar från 52 deltagare, varav 28 deltog även vid baslinje mätningen. Nio män och en kvinna som fått en bostad antingen i första eller andra omgången inom Stockholms eller Helsingborgs Bostad Först projekt (hyresgäster) och 15 män och tre kvinnor i Boendetrappan(hemlösa) besvarade enkäten.

Test av utvecklingen över två år dels för alla 28 individer som deltagit i båda grupperna (huvudeffekt) och dels en jämförelse över tid mellan grupperna (interaktionseffekt) baserat på de specifika personer som ingår gjordes med en ANOVA för upprepade mätningar. Det visades att i genomsnitt ökade båda grupperna sin boendenormalitet signifikant ($F=10.66$ $df=1,26$ $p=0,003$) och dessutom en icke-signifikant tendens att hyresgästerna ökade sin boendenormalitet mer än de hemlösa ($F=3,405$ $df=1,26$ $p=0,076$).

Tabell 4. Medelvärden och standardavvikelser för de 28 personer, 10 i Bostad Först och 18 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
Boendenormalitet	BF	4.60	1.83	7.67	2.17
	Kontroll	4.27	1,91	5.28	2.16
Egenmakt	BF	29.11	3.59	30.00	3.83
	Kontroll	27.94	5.74	30.67	4.44
KASAM totalt	BF	53.70	9.93	52.80	13.68
	Kontroll	51.82	12.56	55.61	11.00
- Begriplighet	BF	22.30	4.19	21.30	4.99
	Kontroll	20.35	5.74	21.50	4.42
- Hanterbarhet	BF	15.80	2,57	15.60	5.42
	Kontroll	15.18	5.63	16.44	5.10
- Meningsfullhet	BF	15.60	4.45	15.90	4,20
	Kontroll	16.29	4.40	17.67	4.06
AUDIT	BF	6.88	4.17	6.32	5.64
	Kontroll	15.82	11.26	13.67	9.74
- Konsumtion	BF	3.22	1.48	3.02	2.83
	Kontroll	5.59	3.22	4.17	2.96
- Problem	BF	3.67	3.32	3.30	4.24
	Kontroll	10.24	8.64	9.50	7.29
DUDIT	BF	14.40	10.28	12,22	13,11
	Kontroll	12.82	11.04	9.94	11.57

Det betyder att både personerna i Bf gruppen och i kontroll gruppen i genomsnitt rapporterade ett mer normalt boende vid tvåårs uppföljningen än vid baslinjen, dock hade de i kontrollgruppen förbättrat sin boendesituation lika mycket som Bf gruppen. Detta beror på att hyresgäster, på grund av kris, tillfälligt inte har kunnat bo kvar utan erbjudits avlastningsboende eller bodde på behandlingshem men de har kvar sitt hyreskontrakt och antas kunna flytta tillbaka till sin lägenhet. Detta är skillnad mot i boendetrappan där ett återfall leder till att kontraktet förloras. Att inte alla bodde stabilt beror på att de vistades på avlastningsboende eller behandlingshem som en del i vårdplaneringen

Endast 10 % av dem som fick lägenhet inom projektet hade åtminstone andrahandskontrakt innan projektet medan 80 % bodde åtminstone i andra hand efter projektet startat.. I kontrollgruppen var det ingen som bodde i åtminstone andra hand före projektets början medan 22 % gjorde så efter projektets start. Dessutom visades en signifikant förbättrad utveckling över tid i genomsnitt för alla i Egenmakt ($F=4.674$ $df=1,24$ $p=0,041$), vilket innebär att deltagarna i studien, oberoende av grupp, i genomsnitt rapporterade högre egenmakt vid tvåårsuppföljningen än vid baslinjen. Dock var det ingen signifikant skillnad i utveckling mellan grupperna ($F= 0.851,df=1. 24,$ $p=0,366$). Inga andra skillnader var signifikanta, varken huvudeffekter eller interaktionseffekter när det gäller jämförelse mellan baslinjen och tvåårs uppföljningen över tid.

Intervjustudien

Intervjuerna visade att kontrollen av missbruket är stor inom Boendetrappan medan den är obefintlig eller bygger på vägledarnas initiativ när det gäller hyresgästerna i Bostad Först. Betydelsen av boendestödet/vägledaren anges som mer positiv av BF gruppen än av kontrollgruppen. De som fått tillgång till en speciell stödperson anser att vägledarna bryr sig och ställer upp medan det inte är fallet bland dem som är i Boendetrappan. Intervjusvaren visade att strukturen och förutsägbarheten i tillvaron uppfattades som större bland dem som fått egen bostad medan den framtida boendesituationen är mer oförutsägbar 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. Intervjuerna visade även att en egen bostad skapar utrymme för att andra problem ska kunna göra sig påkallade, som exempelvis sysselsättning. Detta ställer krav på en annan typ av stöd. Det framkom även att det sociala stödet är mer emotionellt och närvarande i Bostad först programmet än i Boendetrappan.

Registerstudien

Kriminalitet

Uppgifter om lagföringar begärdes för 103 hemlösa individer mellan 20 och 73 år ($M=48.33$ $SD=11.52$) som givit sitt tillstånd att samla registerdata om dem. Totalt var det 85 personer som någon gång varit lagförda (82 %) av 103 hemlösa. Av dessa var det 24 personer som fått en bostad i Stockholm (alla lagförda = 100 %), 12 som fått en bostad i Helsingborg (varav 6 lagförda = 50 %) samt 67 i kontrollgruppen (varav 55 lagförda = 82 %).

Som visas i Tabell 5 var de flesta lagföringarna inom kategorierna narkotikabrott, snatteri, trafikbrott, eller inom kategorin rån, tillgrepp eller stöld.

Tabell 5. Genomsnittligt antal lagföringar per person under en femårsperiod före respektive under en tvåårsperiod efter Bostad först-projektet. N=85

Brott som lagföringen gäller	Genomsnittlig frekvens före projektets början	<i>SD</i>	Genomsnittlig frekvens efter projektets början	<i>SD</i>
Smugglingsbrott	0,01	0,11	0,0	0,0
Narkotikabrott	4,85	5,40	1,09	1,75
Alkoholbrott	0,05	0,26	0,0	0,0
Rån, tillgrepp och stöld	2,09	4,30	0,68	1,72
Snatteri	3,51	5,61	1,60	3,48
Skattebrott	0,06	0,24	0,0	0,0
Förfalskningsbrott	0,06	0,28	0,0	0,0
Häleri/bedrägeri	0,28	0,75	0,05	0,21
Trafikbrott	3,80	8,59	0,65	2,63
Alla Brott i BrB10	0,07	0,30		
Barndrap	0,02	0,22	0,0	0,0
Våld mot tjänsteman	0,86	1,86	0,24	0,73
Misshandel	0,39	1,04	0,08	0,32
Sexualbrott	0,01	0,11	0,01	0,11
Ofredande	0,09	0,40	0,01	0,11
Olaga hot	0,25	0,69		
Brott mot knivlagen	1,26	2,13	0,33	1,00 ,00
Förargelseväckande beteende	0,02	0,27	0,0	0,0
Brott mot vapenlagen	0,09	0,37	0,02	0,152
Mordbrand	0,01	0,11	0,01	0,11
Våld mot vittne	0,02	0,15	0,00	0,00
Bedrägeri	0,05	0,21	0,00	0,00
Hemfridsbrott	0,26	0,94	0,04	0,19
Olaga intrång	0,01	0,11	0,00	0,00
Övrigt	0,12	0,39	0,01	0,11

Tabell 5 visar att den studerade gruppen av hemlösa huvudsakligen lagförts för brott som har att göra med substansbruk, (tex narkotikabrott), och finansiering av bruket som t.ex. stöld och snatteri. Tillgrepp av saker som kan säljas och omsättas i pengar. Dessutom är brott mot trafiklagen bland de vanligaste lagföringarna i den studerade gruppen. Detta innebär både rattfylla och olovlig körning. En direkt jämförelse mellan före och efter projektstart är dock inte möjlig i denna tabell därför att tidsperioden skiljer sig i längd.

I tabell 5 visas att lagföringarna efter införandet av Bostad Först, kan kategoriseras inom nästan samma brottskategorier som förekommer tidigare. En variabel som mäter det genomsnittliga antalet lagföringar per person och år gör att brottslighet kan analyseras mer övergripande över tid (tabell 6).

Tabell 6. Genomsnittligt antal lagföringar per person och år i kontroll gruppen (N=55) och BF gruppen (N=30) före respektive efter BF projektets start.

Grupp	tidsperiod	Medelvärde	SD
Kontroll	Före	4,33	4,50
	Efter	3,30	4,86
Bostad Först	Före	3,22	2,53
	Efter	1,50	2,04

I tabell 6 visas att antalet lagförda brott har minskat signifikant över tid i båda grupperna ($F_{(1,83)} = 11.967$, $p=0.001$). Det fanns emellertid ingen signifikant skillnad i utveckling över tid mellan grupperna ($F_{(1,83)} = 0.743$, $p=0.391$). Resultatet tyder på att alla individer oberoende av gupp minskar sin brottslighet över 2 år efter att Bostad Först startat men att det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Detta innebär att ett stabilt och normalt boende inte är tillräckligt för att skapa en bättre integrering och brottspreventiv insats än ett tillfälligt boende i Boendetrappan.

Sjukvårdskonsumtion

Uppgifter om antal sjukvårdstillfällen insamlades från GVR registeret för 23 klienter i BF gruppen och 52 hemlösa i kontrollgruppen. Preliminära analyser visade att antalet besök inom sjukvården där diagnoser ställts avseende alkohol och drogrelaterade sjukdomar och skador, HIV, hepatit-C, och psykiatriska sjukdomar minskade i Bostad Först från i genomsnitt 34,74 vårdtillfällen per person och år perioden 2008-2010 till 20,43 perioden 2011-2012, vilket är en minskning med 14,31 vårdtillfällen per person och år (41 %). Hemlösa i Boendetrappan ökade antalet vårdtillfällen där dessa diagnoser ställts från 14,53 till 18,88 vårdtillfällen per person och år (23 %).

På grund av en snedfördelning av vårdkonsumtionen inom grupperna, d.v.s. ett fåtal personer har nästan all sjukvårdskonsumtion, redovisas antal vårdtillfällen och inte genomsnitt för gruppen. Eftersom kontrollgruppen är mer än dubbelt så stor som BF kan inte grupperna jämföras. Detta innebär att det är förändringen mellan före och efter interventionen 2010 som ska jämföras mellan grupperna. I tabell 7 visas att Bostad Först gruppen (Bf) gjorde 76 % av alla sina öppenvårdstillfällen före interventionen och 24 % av dem efter interventionen. Kontrollgruppen däremot gjorde 58,6% av sina vårdtillfällen före 2011 och 41,4% under perioden 2011-2013. Således har båda grupperna minskat antalet öppenvårdstillfällen men BF har minskat i högre grad. Inom slutenvården gjorde BF 49,6% av sina vårdtillfällen före interventionen och 50,4% efter, medan kontrollgruppen ökade andelen från 35,4% till 64,6% efter interventionen.

Tabell 7. Antal vårdtillfällen före och efter interventionen.

Vårdform	Period	<u>Bostad Först</u>	<u>Kontrollgrupp</u>
		Frekvens (%)	Frekvens (%)

Öppenvård	Före	2190 (76,0%)	2006 (58,6%)
	Efter	690 (24,0%)	1414 (41,4%)
χ^2 (df 1)=212,48, p=0,000			
Slutenvård	Före	206 (49,6%)	260 (35,4%)
	Efter	209 (50,4%)	474 (64,6%)
χ^2 (df 1)=22,22, p=0,000			

I Tabell 8 presenteras fördelningen av olika kategorier av vårdinrättningar som klienterna sökt sig till, uppdelat på beroende, somatisk och psykiatrisk vård. Som framgår från tabell 8 sker flest antal besök från deltagarna inom den öppna beroendevården. Som kan ses hade BF betydligt mindre andel av sina besök i den öppna beroendevården efter interventionen än före medan kontrollgruppen minskade i andelen besök i betydligt mindre grad. En annan stor skillnad mellan före och efter interventionen visas i kontrollgruppens minskade andel besök i öppen psykiatri. Bf gruppen minskade sina besök i öppen psykiatri i betydligt mindre grad. Kontrollgruppen hade en betydligt större andel av sina besök i både den slutna somatiska- och beroendevården efter att Bostad först startat än innan medan Bf gruppen förändrades i mindre grad.

Tabell 8. Antal besök i olika vårdinrättningar inom BF och Kontrollgrupp före och efter intervention.

Vårdform	Vårdinrättning	Period	Bostad Först	Kontrollgrupp
			Frekvens (%)	Frekvens (%)
Öppenvård	Beroendevård	Före	2029 (78,1)	1842 (58,8)
		Efter	570 (21,9)	1288 (41,2)
	Somatisk	Före	102 (58,6)	94 (48,7)
		Efter	72 (41,4)	99 (51,3)
	Psykiatri	Före	59 (55,1)	70 (72,1)
		Efter	48 (44,9)	27 (27,9)
Slutenvård	Beroende	Före	174 (51,6)	213 (34,2)
		Efter	163 (48,4)	409 (65,8)
	Somatisk	Före	32 (42,1)	37 (39,4)
		Efter	44 (57,9)	57 (60,6)
	Psykiatri	Före	0	10 (55,6)
		Efter	2 (100,0)	8 (44,4)

Tabell 9 visar en uppdelning av deltagarnas besök som registrerats vid akuta mottagningar och vårdavdelningar. Bostad Först har en lägre andel av sina vårdtillfällen i öppenvård efter interventionen än före medan det motsatta gäller för kontrollgruppen. I den slutna vården visas samma mönster. Förändringarna är signifikanta.

Tabell 9. Antal besök vid akuta vårdinrättningar inom BF och kontrollgrupp före och efter intervention.

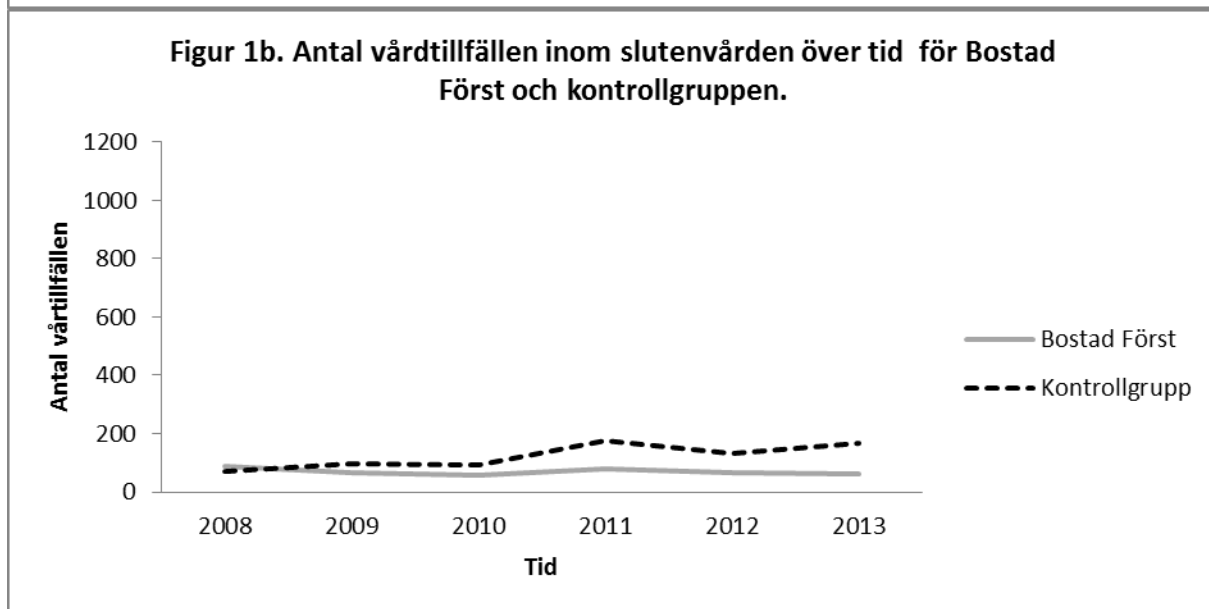
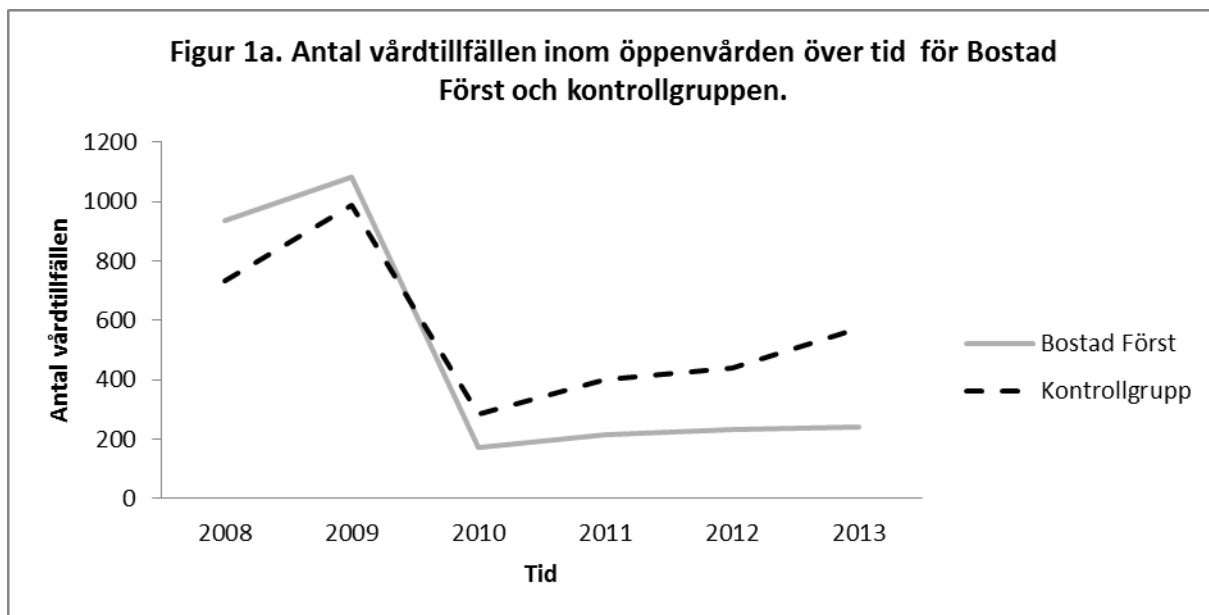
Vårdform	Före efter interventionen	<u>Bostad Först</u>	<u>Kontrollgrupp</u>
		Frekvens (%)	Frekvens (%)
Öppenvård	Före	323 (51,9)	408 (37,2)
	Efter	299 (48,1)	686 (62,8)
p<0,001, χ^2 (df 1) = 34,73			
Slutenvård	Före	154 (52,2)	199 (33,9)
	Efter	141 (47,8)	388 (66,1)
p<0,001, χ^2 (df 1) = 27,59			

I tabell 10 framgår att planerade öppenvårdstillfällena minskade kraftigt efter interventionen för Bf gruppen men inte i lika hög grad för kontrollgruppen medan antalet vårdtillfällen inom slutenvården ökade efter interventionen för båda grupperna.

Tabell 10. Antal "planerade" besök vid vårdinrättningar inom BF och kontrollgrupp före och efter intervention.

Vårdform	Före efter interventionen	<u>Bostad Först</u>	<u>Kontrollgrupp</u>
		Frekvens (%)	Frekvens (%)
Öppenvård	Före	1867 (82,7)	1598 (68,7)
	Efter	391 (17,3)	728 (31,3)
p<0,001, χ^2 (df 1) = 121,39			
Slutenvård	Före	52 (43,3)	61 (41,5)
	Efter	68 (56,7)	86 (58,5)
p=0,76, χ^2 (df 1) = 0,91			

En indelning av antalet vårdtillfällen per år för varje grupp och en plottning av resultatet i ett diagram resulterar i figur 1 a och b. I Figur 1a presenteras en grafisk översikt för trender i det totala antalet vårdtillfällen per år under mellan 2008 och 2013. Inom Bostad Först sker den största förändringen i öppenvården mellan 2009 och 2010 (från 1085 till 170). Som framgår följer Bostad Först och kontrollgruppens tidstrender varandra fram till 2010 då de sedan divergerar. Bf gruppen hade fler öppenvårds tillfällen än kontrollgruppen fram till 2009 trots att de är mindre än hälften så många. Under 2009 hände något som gjorde att båda gruppernas öppenvårdstillfällen minskade kraftigt för att 2010 och framåt visa en ökande trend där kontrollgruppen har fler öppenvårdstillfällen. I figur 1b visas motsvarande trend för slutenvårdstillfällen där det inte finns en kraftig förändring mellan 2009 och 2010.



Då förändringen i öppenvårdstillfällen kan ha inträffat före Bostad Först projektets början kan vi inte vara säkra på att den orsakades av interventionen utan sannolikt på något som utvärderingen inte haft kontroll över.

Diskussion

Syftet med ovanstående utvärdering var att studera förändringar över två år i dels boendet men även i psykologiska faktorer, alkohol- och drogkonsumtion, sjukvårdskonsumtion och även i

kriminaliteten hos hemlösa som fått bostad inom Bostad Först-projektet och jämföra med dem som inte fått bostad genom projektet. Frågan om förbättring över tid analyseras genom att jämföra tillståndet efter två år med det initiala tillståndet för samma individer. En förbättring mellan två tidpunkter kan föräntas av många olika faktorer varav en av dem är interventionen. För att göra tolkningen av resultatet lättare vid effektutvärderingar används i idealfallet en kontrollgrupp som exponeras för samma externa influenser som interventionsgruppen utom just interventionen. Det finns således tre frågeställningar i longitudinella undersökningar, dels tidseffekten, dels programeffekten och slutligen effekten av samverkan (interaktionen) mellan dessa två. Vid longitudinella jämförelser mellan grupper är interaktionseffekten viktigast eftersom den belyser utvecklingen över tid i de båda grupperna.

Enkätstudien

Denna studie hade från början tre grupper, en interventionsgrupp och två kontrollgrupper. Den ena kontrollgruppen bestod av personer som ingick i den longitudinella designen medan den andra kontrollgruppen var insamlade som ett tvärsnitt på härbärgen och användes som reserv om den longitudinella designen inte skulle fungera. Ofta brukar man använda en kontrollgrupp som inte utsatts för någon intervention som den som insamlats på härbärgen men eftersom dessa saknade fast anknytning var det inte möjligt att följa dem över tid utan enbart tvärsnittjämförelser kunde göras. Det samlades in data från personer på härbärke bara under det första året beroende på osäkerhet om hur utvidgningen av projektet skulle påverka kontrollgruppen. När det visades att utvidgningen inte hade stora konsekvenser för kontrollgruppens storlek slutade vi att samla in data från härbärgen. Resultatet av baslinjeundersökningen visar att de hemlösa i Bostad Först 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 härbärke eller i lågtröskelboende under det senaste året före projektets start. 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 normalbefolkningen 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 hade 70 poäng i genomsnitt. Alkoholvanorna enligt en genomsnittlig AUDIT poäng var initialt betydligt högre än i den svenska populationen och indikerar att båda grupperna i genomsnitt är riskkonsumenter. Om man betraktar alla som har mer än sju poäng på AUDIT som riskkonsumenter var andelen riskkonsumenter betydligt högre än i den svenska normalpopulationen (Källmén et al. 2011). Deltagarna i denna studie hade högre poäng på Dudit än i normalpopulationen men hemlösa kan i genomsnitt inte betraktas som grava drogmissbrukare. 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 uppföljningen måste tolkas väldigt försiktigt eftersom det bara rör sig om färre än 20 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. Den problematiska bostadsmarknaden i Stockholm är dels en direkt anledning till varför antalet deltagare i studien är lågt men dessutom en av anledningarna till hemlösheten i sig.

Intervjustudien

Intervjuerna syftade till att undersöka vilka skillnader det finns i stödet som ges till de båda grupperna. Det visades att stödet som ges till BF gruppen uppfattas som mer personligt och positivt än det som ges till kontrollgruppen. Erhållandet av en bostad, det mest akuta problemet, visades skapa utrymme för mindre akuta men viktiga problem att lösa. Ett meningsfullt liv med en sysselsättning kräver en annan typ av stöd och andra former av insatser.

Registerstudien

Orsaken till varför människor begår kriminella handlingar kan det finnas många olika är inte entydig. Det kan se olika ut för olika personer beroende på ålder, kön, livssituation, i vilket sammanhang och umgänge man befinner sig, motiv, men också om tillfället tillåter att en kriminell handling kan begås. Därför är det svårt att uttala sig om varför personerna i denna studie har en viss nivå av lagföringar eftersom de uppgifter om kriminalitet vi har haft tillgång till baseras enbart på register, det vill säga redan insamlad data. Det som däremot går att se är att analyser av lagföringar gav resultatet att en egen bostad inte är en bättre brottsförebyggande insats än Boendetrappan. Erhållandet av en bostad från en av samhällets institutioner förväntades skapa en högre känsla av delaktighet, vilket skulle hypotetiskt kunna ha lett tillminskad brottslighet eftersom en person som begår kriminella handlingar kan antas ha låg anknytning och tilltro till samhällets funktioner. Därför förväntades en större minskning av antalet lagföringar i Bostad Först än i kontrollgruppen. Denna interaktion mellan grupp och uppföljningstid var inte signifikant vilket tyder på att tilltron inte påverkades av projektet.

Sjukvårdskonsumtionen i den öppna beroendevården minskade efter interventionen framförallt bland dem som fått bostad med stöd. Minskningen kan bero på att de omsorger som utföts av sjukvården innan Bostad Först infördes utförs av case-managers efteråt. Det visades också att akuta besök i öppenvård minskade bland dem som fått bostad och stöd medan dessa besök ökade bland dem i boendetrappan. Detta stödjer tanken på att stödinsatserna minskar behovet av hjälp från sjukvården. Emellertid visades att en finare uppdelning av vårdtillfällena på varje år resulterar i att konsumtionen av vård minskar kraftigt mellan 2009 och 2010. Då Bostad Först startade 2010 kan vi inte dra några säkra slutsatser om orsaken till förändringen i sjukvårdskonsumtionen.

Data visar att om långvarigt hemlösa får en egen bostad och ges tillgång till stöd dygnet runt bor majoriteten kvar efter 2 år och rapporterar sitt boende som mer normalt än vad kontrollgruppen gör. Bland dem som fått bostad inom projektet ökade andelen med åtminstone andrahandskontrakt efter 2 år kraftigt medan motsvarande ökning bland dem i Boendetrappan var måttlig. Det betyder att boendestabiliteten ökat också. Enligt det kriteriet som är det primära målet för modellen är Bostad Först ett lyckat projekt för de hemlösa vi studerat. Det empiriska underlaget är dock väldigt litet vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser som gäller även andra potentiella deltagare i framtiden. Resultatet är speciellt bra med tanke på att de personer som igår i utvärderingen har visat stora problem att behålla boendet tidigare. 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 förväntades även känslan av sammanhang (KASAM) och upplevelsen av egenmakt (locus of control) kunna öka som en följd av Bostad Först. Det visades att i genomsnitt tenderade båda grupperna att öka sin egenmakt över tid men att det inte fanns någon tendens till skillnad. Även konsumtionen av alkohol och droger

förväntades minska förutsatt att dessa används för att mildra den upplevda konsekvensen av en ostrukturerad livsmiljö. Dock fanns inga signifikanta skillnader varken över 2 år eller mellan grupperna. Ovanstående resultat stöds av Hwang et al. (2011) som visade att hemlösa som fick en lägenhet och stöd för att kunna bo kvar, förbättrade tillfredsställelsen med bostadssituationen jämfört med hemlösa som inte fått boende och stöd. Ingen effekt på andra aspekter av livskvaliteten eller hälsan rapporterades via enkäterna. Inte heller kunde de visa att substansmissbruket minskade som en konsekvens av den förbättrade bostadssituationen. Antal besök inom sjukvården som till stor del beror på missbruksrelaterade diagnoser visades dock minska med nästan hälften efter att de hemlösa fått en egen bostad medan den under samma tidsperiod ökade i kontrollgruppen. Denna minskning beror på minskade öppenvårdsbesök för hyresgästerna i Bostad Först medan andra besök ökat något. På grund av att nedgången i vårdkonsumtion ser ut att ha förekommit innan Bostad Först är det dock svårt att avgöra om förändringarna i vårdkonsumtion beror på Bostad Först eller inte. Den kvalitativa analysen ger vid handen att långvarigt hemlösa inte bara har bostadsproblem utan en komplex problembild så att om bostadsproblemet försvinner så ersätter andra. Det innebär att en förändring av stödets inriktning behövs för att öka möjligheterna att få en ökad livskvalitet.

Effekterna av Bostad Först har visats vara att ge en fast adress och ett i genomsnitt mer normalt boende än vad Boendetrappan förmår att tillhandahålla. Resultatet visar även att de mest utsatta kan bo i egen lägenhet om de får socialt stöd. Dessutom har visats att Bostad Först leder till färre antal vårdtillfällen i öppenvården sannolikt beroende på att stödet tar hand om vissa problem som annars skulle behandlas i öppenvård men stödet är inte inriktat på sådant som kräver slutenvård. När det gäller missbruk och livskvalitet är inte BF så mycket bättre än Boendetrappan. De verkar båda leda till högre egenmakt och förbättrad integrering i samhället (minskad kriminalitet) över en tvåårsperiod men ingen skillnad mellan grupperna vilket stöder slutsatserna från en studie av Yanos et al (2007). Inte heller visades någon signifikant förändring över tid eller mellan grupperna när det gäller bruket av alkohol och narkotika vilket även visats av Tsemberis et al (2004). Det förbättrade boendet i Bostad Först ger utrymme åt en fokusering på andra problem som den före detta hemlösa står inför. 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. Bostad Först kan således betraktas om ett program som ger möjligheter till förändring genom att motverka hemlöshet men gör lite för att lösa individernas övriga problem (Nicholls & Atherton, 2011). Detta kräver dock att det sociala stödet samordnas med samtidiga hälso- och sjukvårdsinsatser 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.

Begränsningar

Studien har försökt att så långt möjligt vara en effektutvärdering av Bostad Först. Emellertid har varken urvalet av hemlösa eller avvikelser från rutinen med en slumpmässig fördelning av deltagarna till de olika jämförelsegrupperna medgivit en effektutvärderingsdesign fullt ut. Resultatet kan därför inte generaliseras till att gälla för alla kategorier hemlösa utan bara för den allra mest utsatta gruppen med lång hemlöshet och svårigheter att behålla en lägenhet i Boendetrappan. Det är även viktigt att vara medveten om att jämförelsen har gjorts med hemlösa

i en alternativ behandling, Boendetrappan, snarare än med hemlösa utan behandling. I syfte att få en högre ”power” i studien har hemlösa från Helsingborg och Stockholm slagits samman trots att både kontexten och programmen skiljer sig något åt.

Slutligen är Bostad Först att betrakta som ett ”åtgärds paket” vari det ingår både en bostad och stödinsatser för att kunna ha kvar bostaden. Kontrollgruppen som i de flesta fall inte har möjlighet att behålla sitt boende får därför inte ett jämförbart stöd. Boendestödet till hyresgästerna kan ha bidragit till resultatet i sin helhet.

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. (2002).- *Alcohol and Alcoholism* 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. (2014). En kvalitativ studie av hemlösa människors erfarenhet av boendestöd i två boendeprogram. Manuskript inskickat till Socialvetenskaplig tidskrift.

Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First Europe.Final report. Downloaded Mars 26th from <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteurope>.

- 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). *BoendetrappanBoendetrappan. 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,
- Statens Folkhälsoinstitut (2008). *Narkotikan i Sverige- Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt*. Sundbyberg: Alfaprint AB,
- Fountain, J., Howes, S., Marsden, J., Taylor, C., & Strang, J. (2003). Drug and alcohol use and the link with 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.

Hwang, S.W., Gogosis, E., Chambers, C., Dunn, J. R., Hoch, J. S., & Aubry, T. (2011). Health status, Quality of life, Residential stability, substans use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. *Journal of urban health: Bulletin of the New York academy of medicine*, 88, (6), 1076-1090.

Knutagård, Marcus (2009) *Skälens fångar. Hemlöshetsarbetets organisering, kategoriseringar och förklaringar*. Doktorsavhandling. Malmö: Égalité.

Knutagård, Marcus & Arne Kristiansen (2013) Not by the Book: The Emergence and Translation of Housing First in Sweden. *European Journal of Homelessness*, 7 (1): 93–115.

Kristiansen, A. and Espmarker, A. (2012) Sen är det ju mycket det här att man får vara ärlig också och det är man ju inte van vid... Bostad först ur de boendes perspektiv. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet. Working paper series 2012: 4.

Källmén, H., Wennberg, P., Leifman, H., Bergman, H., & Berman A. H. (2011). Alcohol Habits in Sweden during 1997–2009 with particular focus on 2005 and 2009, Assessed with the AUDIT: A Repeated Cross-Sectional Study. *European Addiction Research*, 17, 90-96.

Källmén, H., & Blid, M. (2014). Free from homelessness: Is housing first the solution? A comparison across time between groups. *Housing studies*, Submitted.

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 "sence 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.

Nicholls, C. M., & Atherton, I. (2011). Housing First: Considering components for successful resettlement of homeless people with multiple needs. *Housing Studies*, 26, 767-777.

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 Francisco, Freeman.

Skipsey, K., Burleson, J. A., & Krazler, H. R. (1997). Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and alcohol dependence*, 45, 157-163.

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 stöd 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.

Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S., & Frye, V. (2007). Exploring the role of housing type, neighbourhood characteristics and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 16 (6), 703-717.