

Housing First

En permanent bolig og en helhedsorienteret social indsats

Indhold

1. Introduktion.....	4
2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang	5
2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag.....	5
2.2 Fra boligparathed til Housing First	6
2.4 Recovery og empowerment	7
2.5 Opsøgende og kontaktskabende arbejde forud for Housing First	9
3. I egen selvstændig bolig i starten af et indsatsforløb.....	10
3.1 Dialog med borgeren om boligløsningen	10
3.2 Housing First som primært tilbud.....	10
3.3 En differentieret vifte af boligtilbud	11
3.4 Mindshift i den kommunale boliganvisning	11
3.5 Plan for en boligløsning	12
4. Individuel bostøtte efter evidensbaserede metoder	13
4.1 Bostøtte efter evidensbaserede metoder	13
4.2 Udredning og handleplan	14
4.3 ACT – Assertive Community Treatment	15
4.4 ICM – Intensive Case Management.....	16
4.5 CTI – Critical Time Intervention	17
4.6 Udgangspunkt i borgerens behov.....	18
4.7 Forebyggende bostøtte	19
5. Indsatser i en række dimensioner af borgerens liv	20
5.1 Økonomi	20
5.2 Netværk og sociale relationer	21
5.3 Daglige aktiviteter.....	21
5.4 Fysisk helbred	22
5.5 Psykisk helbred	22
5.6 Misbrug.....	23
5.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer.....	24

6. Fortsat behov for akuttilbud.....	25
Litteratur.....	26

1. Introduktion

Housing First-tilgangen er henvendt til hjemløse borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre sociale vanskeligheder, og som samtidig med en boligløsning har brug for social støtte. Housing First består i, at hjemløse borgere i starten af et indsatsforløb flytter i en permanent, selvstændig bolig, samtidig med at der gives en individuel og helhedsorienteret social støtte til borgeren med udgangspunkt i borgerens behov.

I Housing First-tilgangen stilles der ikke krav om, at borgeren skal være boligparat (Housing Ready) for at flytte i bolig. Tværtimod anses den manglende bolig for at være en væsentlig del af borgerens ustabile livssituation, og en stabilisering af boligsituationen ses som en forudsætning for en forbedring af borgerens livssituation og livskvalitet. I stedet for, at borgeren først flytter i bolig, når borgeren vurderes at være boligparat, flytter borgeren i egen bolig med det samme, med intensiv støtte.

Den individuelle sociale støtte er en forudsætning for, at borgeren kan bo i egen bolig. Den individuelle støtte består af social og praktisk bostøtte i hverdagen og støtte til at sikre en sammenhængende indsats gennem at etablere og fastholde kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud og sociale aktivitetstilbud. Den individuelle sociale støtte følger evidensbaserede sociale metoder. Housing First-tilgangen bygger på forskning der viser, at med en intensiv social støtte, kan hovedparten af borgere med intensive støttebehov bo i egen bolig. Gennem den sociale støtte arbejdes der med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner som bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk og psykisk helbred, misbrug, uddannelse og arbejde.

Dette notat giver en introduktion til Housing First tilgangen. I kapitel 2 gennemgås hovedprincipperne for Housing First, og tilgangens baggrund og værdigrundlag. De følgende afsnit gennemgår kerneelementerne i Housing First indsatsen. I kapitel 3 gennemgås boligdelen, det vil sige forhold omkring at etablere en permanent boligløsning for borgeren. I kapitel 4 sættes fokus på bostøtten, hvor de tre centrale bostøttemetoder Assertive Community Treatment (ACT), Intensive Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI) gennemgås, med en beskrivelse af metodernes målgrupper og indhold. I kapitel 5 gennemgås arbejdet med ud fra en helhedsorienteret tilgang at styrke borgerens situation i en række dimensioner af borgerens liv.

2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang

Housing First er en tilgang til at skabe en helhedsorienteret indsats til hjemløse borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre psykosociale vanskeligheder, og som samtidig med en boligløsning har brug for social støtte. Housing First-tilgangen består i, at hjemløse borgere i starten af et indsatsforløb flytter i en permanent, selvstændig bolig, samtidig med at der gives en individuel og helhedsorienteret social støtte til borgeren med udgangspunkt i borgerens behov. Housing First-tilgangen bygger på en evidens for, at med en intensiv social støtte, kan hovedparten af borgere med komplekse støttebehov bo i egen bolig (Susser m.fl., 1997; Tsemberis m.fl., 2004; Coldwell & Bendner, 2007; Nelson m.fl., 2007). Housing First-princippet betyder imidlertid ikke, at boligen skal gå forud for andre indsatser, som borgeren har behov for, eller at boligen anses for at være den væsentligste indsats. Tværtimod er det vigtigt, at der skabes en helhed i indsatsen omkring borgeren.

Den individuelle bostøtte er en forudsætning for, at borgeren kan bo i egen bolig, og består af social og praktisk støtte i hverdagen og støtte til at sikre en sammenhængende indsats gennem at etablere og fastholde kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud og sociale aktivitetstilbud. Der arbejdes med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner som bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk og psykisk helbred, misbrug, uddannelse og arbejde.

Den individuelle sociale støtte følger evidensbaserede sociale metoder. De tre bostøttemetoder, der anvendes i regi af Housing First-tilgangen er Assertive Community Treatment (ACT), Intensiv Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI). Hvilken bostøttemetode, der benyttes afhænger af borgerens behov for støtte, herunder varigheden af støttebehovet, og i hvilket omfang borgeren er i stand til at benytte øvrige tilbud i det sociale system. Der foretages som led i anvendelsen af Housing First-tilgangen og én af de tre bostøttemetoder en afklaring af hvad der kendetegner borgerens støttebehov, og hvilken målgruppe borgeren tilhører. De tre bostøttemetoders målgrupper er beskrevet nærmere i afsnit 4.

2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag

Housing First-tilgangen er udviklet i USA fra 1990'erne og har siden fundet udbredelse i en række europæiske lande. I lande som Danmark, Norge og Finland er Housing First den overordnede tilgang i store nationale programmer på hjemløseområdet, som i den danske hjemløsestrategi. I andre lande har Housing First-tilgangen mest været anvendt i mindre lokale udviklingsprojekter.

Organisationen Pathways to Housing¹, der har spillet en ledende rolle for udviklingen af Housing First tilgangen i USA, anbefaler otte principper for Housing First (Tsemberis, 2010):

- Boligen som en basal menneskerettighed
- Respekt, varme og medmenneskelighed over for alle brugere
- En forpligtelse til at arbejde med brugerne, så længe de har behov
- Selvstændige boliger i almindeligt byggeri
- Adskillelse af bolig og støttetilbud
- Udgangspunkt i brugerens behov (consumer choice) og selvbestemmelse
- Recovery-orientering
- Skadesreduktion

Housing First-tilgangen bygger endvidere på en række bredere trends, når det gælder udviklingen af sociale indsatser overfor borgere med sociale støttebehov, i form af deinstitutionalisering, normalisering af leveforhold, herunder boligforhold, individualisering af den sociale støtte og en decentralisering af leveringen af serviceydelser (Busch-Geertsema, 2013).

Housing First er baseret på en grundopfattelse af, at boligen er en basal menneskerettighed. Alle mennesker har brug for en bolig, og for at der er sikkerhed omkring boligsituationen. Det indebærer, at boligen har en permanent karakter, hvor borgeren kan blive boende. Borgeren tilbydes en selvstændig bolig i almindeligt byggeri og med en fast, tidsubegrænset lejekontrakt.

Den sociale støtte tager udgangspunkt i borgerens behov og gives i en tæt dialog med borgeren om, hvad borgeren har brug for støtte til. Den sociale støtte gives som en udgående støtte primært i borgerens eget hjem, eller hvor borgeren ønsker det. Boligen og den sociale støtte er adskilt, det vil sige, at den sociale støtte leveres separat og ikke er knyttet til, at borgeren har en bolig. Mister borgeren boligen, fx ved en udsættelse, fortsætter den sociale støtte, hvis borgeren har behov for denne.

2.2 Fra boligparathed til Housing First

Housing First-tilgangen står i modsætning til 'Housing Ready'-tilgangen, hvor boligparathed er en forudsætning for at få tildelt en bolig, det vil sige, at borgeren først tilbydes en bolig, såfremt det vurderes, at borgeren er parat til bo i egen bolig. Housing First-tilgangen står også i modsætning til den såkaldte

¹ Organisationen Pathways to Housing er baseret i New York, og ledes af Sam Tsemberis. Pathways to Housing har i 2010 udgivet en manual for Housing First: Tsemberis, S. (2010) *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* (Center City, Minnesota: Hazelden).

trappetrinstilgang ('Staircase approach'), hvor individet ligeledes skal kvalificere sig til en bolig gennem at udvise parathed og boevne, og hvor der sker en gradvis overgang mellem trin på en boligtrappe, fx gennem herberger, udslusningsboliger og træningslejligheder, og hvor egen bolig er sidste trin på boligtrappen. Housing First står ligeledes i modsætning til 'Treatment First'-tilgangen (behandling først), det vil sige en tilgang baseret på, at borgeren først skal gennemføre en succesfuld behandling, fx af misbrugsproblemer, for at kunne få en bolig.

Forskning viser, at Housing Ready-, Staircase- og Treatment First-tilgangene kan have en række uintenderede konsekvenser i form af, at borgeren utilsigtet fastholdes i en ustabil livs- og boligsituation (Sahlin, 1998, 2005; Busch-Geertsema & Sahlin, 2007). Særligt er der et stort frafald på de forskellige trin på boligtrappen, herunder uplanlagte udskrivninger fra herberger, og borgere der ikke kvalificerer sig til overgangen fra udslusningsboliger til egen bolig. Det betyder, at der er mange borgere, der aldrig kvalificerer sig til egen bolig, og ligeledes mange der falder tilbage til tidligere trin på trappen eller falder helt ud, og ender i gadehjemløshed, eller må benytte nødovertagning som natherberger. At borgeren bevæger sig ind og ud af akut hjemløshed, kan medføre en forværring af både borgerens fysiske helbred, misbrugsproblemer eller psykisk sygdom.

Ifølge Housing First-tilgangen er det lettere at lære at bo, hvis man rent faktisk har et sted at bo. En stabil og sikker boligsituation er vigtig for, at borgeren kan føle et element af sikkerhed i en ofte ustabil tilværelse. Samtidig kan en stabil boligsituation være en forudsætning for stabilisering eller forbedring af symptombilledet ved psykisk sygdom og for, at borgeren har mulighed for at fokusere på andre aspekter af sit liv, fx forhold omkring misbrug og socialt netværk. Housing First-tilgangen gør således ikke brug af udslusningsboliger eller andre midlertidige boligtilbud. Borgeren flytter i stedet direkte i en permanent, selvstændig bolig.

2.4 Recovery og empowerment

Housing First-metoden er baseret på forståelser af socialt og terapeutisk arbejde, som man finder i recovery-tilgangen, teorien om psykiatrisk rehabilitering, skadesreduktionstilgangen, den styrkebaserede tilgang og teorier om social inklusion og integration i lokalsamfundet (community integration). Heri ligger en opfattelse af, at hjemløshed ikke er en 'endelig' tilstand eller social endestation, men en situation individet befinder sig i, og som det er muligt at komme ud af igen.

Ifølge recovery-tilgangen er det muligt at 'komme sig' over psykisk sygdom eller at opnå betydelige forbedringer i livssituationen på trods af psykosociale vanskeligheder. Der er en gensidig påvirkning mellem

psykisk sygdom, misbrug og andre vanskeligheder som et svagt socialt netværk, en usikker boligsituation og en presset økonomisk situation. Når borgeren befinder sig i en akut hjemløshedssituation, slider det på kroppen, risikoen for fysisk sygdom øges, og psykiske symptomer kan forværres. Psykisk sygdom forstærkes af manglen på socialt netværk, ligesom psykiske symptomer kan vanskeliggøre at danne og fastholde sociale relationer. Ligeledes kan hjemløshed og en ustabil boligsituation være med til at forværre misbrugsproblemer. En stabilisering af boligsituationen og et fokus på at opbygge socialt netværk samt mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen kan være med til at reducere psykiske symptomer og kan ligeledes være med til at understøtte en reduktion af alkohol- eller stofmisbrug. Samtidig betyder en stabilisering af boligsituation, at kroppen kan få mulighed for at regenerere, og at borgeren kan få mulighed for at fokusere på fysiske helbredsproblemer og på at påbegynde relevante behandlingsforløb. Housing First-tilgangen bygger således også på skadesreduktionsprincippet.

Housing First-tilgangen kan endvidere kombineres med en 'styrkebaseret tilgang'. Den styrkebaserede tilgang er baseret på, at alle mennesker har styrker, ressourcer og kompetencer, men at disse måske ikke har været brugt i lang tid og er trængt i baggrunden af psykosociale vanskeligheder, og af at befinde sig i en hjemløshedssituation. Ifølge den styrkebaserede tilgang er det vigtigt at bygge på og arbejde med at styrke borgerens ressourcer og kompetencer frem for at fokusere på borgerens problemer og mangel på ressourcer. Heri ligger også et empowerment perspektiv, hvor arbejdet med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner antages, at gøre borgeren bedre i stand til selv at klare sig i hverdagen og i boligen. Et fokus på recovery, empowerment og borgerens styrker må ikke forskydes til 'krav' om mål, udvikling og forandring. Der stilles således ikke krav til borgeren om reduktion eller ophør af misbrug, eller ændret adfærd, hverken i forhold til at blive tilbudt en bolig eller at modtage den sociale støtte. Tværtimod vil både en stabilisering af boligsituationen og en intensiv social støtte være en forudsætning, for at sådanne forandringer kan ske.

Det sociale arbejde tager udgangspunkt i borgerens ønsker, mål og drømme for sit liv og bygger på respekt, empati og indføling. Der skal samtidig tages hensyn til, at mange borgere efter et mangeårigt liv med psykisk sygdom, misbrug og hjemløshed måske ikke er i stand til at formulere ønsker og mål for sit liv. Det sociale arbejde med borgeren, og indsatsen udformes i en dialog med borgeren, om hvad borgeren oplever at have behov for hjælp til, samtidig med at de medarbejdere, der udfører de sociale indsatser, bidrager med deres faglige indsigt og erfaring og herudfra kan give borgeren brugbare input i dagligdagen.

2.5 Opsøgende og kontaktskabende arbejde forud for Housing First

Typisk vil der gå et opsøgende og kontaktskabende arbejde forud for Housing First-indsatsen og et bostøtteforløb. I det opsøgende og kontaktskabende arbejde er der skabt kontakt med borgeren, og centrale elementer er opbygning af en relation og tillid mellem borgeren og de opsøgende medarbejdere. Der kan være tale om borgere, der kommer direkte fra gaden eller borgere, der opholder sig på en § 110-boform, hvor etablering af bostøtten sker i sammenhæng med, at borgeren flytter ud fra boformen og i egen bolig. Der kan også være borgere, der har befundet sig i andre hjemløshedssituationer – fx har overnattet midlertidigt hos familie, venner eller bekendte.

3. I egen selvstændig bolig i starten af et indsatsforløb

Med boligen som en basal menneskerettighed understreges det, at alle borgere har brug for at have en fast bolig. Housing First-tilgangen er baseret på, at borgere som udgangspunkt tilbydes en selvstændig bolig i almindeligt byggeri. Det vil typisk være en almen bolig, men kan fx også være en privat lejebolig.

3.1 Dialog med borgeren om boligløsningen

Spørgsmålet om, hvilken bolig, der er den rigtige for borgeren, afdækkes i en dialog med borgeren, og borgerens egne ønsker for en boligløsning spiller en central rolle. Der kan være borgere, der helst vil bo i egen bolig, mens der også kan være borgere, der foretrækker at bo i nærheden af andre tidligere hjemløse eller socialt udsatte borgere. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at erfaringerne fra hjemløsestrategien generelt peger på, at egen selvstændig bolig fungerer bedre for de fleste end såkaldte kategoriboliger, det vil sige boligkomplekser, hvor alle eller mange af beboerne er socialt udsatte. I kategoriboliger vil der ofte være et miljø, der er præget af misbrug, og som kan være med til at fastholde borgeren i et misbrugsmiljø, ligesom der let opstår konflikter mellem beboerne. Erfaringen er også, at borgerens udfordringer med ensomhed og mangel på sociale relationer sjældent afhjælpes i 'kategoriboligerne', da kontakter og relationer ofte vil bære stærkt præg af misbrugsadfærd.

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at både borgerens og medarbejderes eventuelle tidligere negative erfaringer med, at borgeren bor i egen bolig, herunder fx tidligere udsættelser, kan være præget af, at den sociale støtte, der har været tilgængelig, ikke har været ligeså intensiv, som det forudsættes i Housing First-tilgangen. Det understreges således, at Housing First-tilgangens gode resultater er opnået under forudsætning af, at der gives en intensiv bostøtte efter evidensbaserede metoder, mens tilsvarende gode resultater ikke kan forventes med en støtte med en lav intensitet, og uden brug af en systematisk metode.

3.2 Housing First som primært tilbud

Erfaringen fra hjemløsestrategien er, at med intensiv bostøtte er langt de fleste af borgere med svære, komplekse støttebehov i stand til at bo i egen bolig og fastholde boligen. Mange borgere med komplekse støttebehov, som er blevet anvist til egen bolig, vil være i stand til at fastholde boligen, på trods af at forventningen på forhånd var, at denne gruppe ville have meget vanskeligt ved at bo i egen bolig. En

væsentlig erfaring er, at det ikke er muligt på forhånd at udpege, hvem der ville kunne bo i egen bolig, og hvem der ikke kan. Derfor bør egen selvstændig bolig med bostøtte være den primære indsats, der afprøves først, og der kan være tilfælde, hvor en borger må tilbydes en bolig flere gang, før det lykkes at fastholde boligen. Det er således vigtigt, at borgeren ikke udelukkes fra fx kommunal boliganvisning efter ét enkelt fejlslagent forsøg på at flytte i egen bolig.

3.3 En differentieret vifte af boligtilbud

Der er også borgere, for hvem det ikke lykkes at bo i egen bolig. For dem, hvor det selv efter gentagne forsøg ikke lykkes at fastholde boligen, er det vigtigt at have alternative boligløsninger. Der bør således tages hensyn til, at de fleste, men ikke alle, vil kunne bo i egen bolig. Nogle af disse borgere har brug for langvarige botilbud eller alternative boligløsninger. Der er således forskel på, hvilken boligløsning der passer bedst til den enkelte. En differentieret vifte af boligløsninger er således en vigtig del af implementeringen af Housing First- princippet. Der er således også hjemløse borgere, der har brug for botilbud (fx efter servicelovens § 108) – pga. svær psykisk sygdom eller ved plejebehov fx efter mange års misbrug. En mindre gruppe blandt de hjemløse har brug for alternative boligløsninger som skæve huse pga. kaotisk og udadreagerende adfærd, der umuliggør fastholdelse af en almen bolig.

3.4 Mindshift i den kommunale boliganvisning

Overgangen fra 'boligparathed' til Housing First kræver et betydeligt 'mindshift'. Det gælder i mange dele af det sociale system, fx i den kommunale forvaltning, blandt medarbejdere, der udfører den socialfaglige indsats, og i boligsektoren. Omstillingen til Housing First indebærer således, at der arbejdes med et mindshift i mange dele af og på tværs af en række aktører, der indgår i indsatsen.

Et særligt opmærksomhedspunkt er praksis i den kommunale boliganvisning. Borgere med komplekse støttebehov vil ofte være helt afhængige af kommunens hjælp til at finde en bolig. Boligløsningen vil skulle tilvejebringes gennem den kommunale boliganvisning. I forbindelse med visitation til en Housing First-indsats og indstilling til en bolig gennem den kommunale boliganvisning, bør der ikke stilles adfærdsmæssige eller behandlingsmæssige krav fx om reduktion/ophør af misbrug eller om at følge misbrugsbehandling. Tværtimod er en stabilisering af boligsituationen med tilhørende social støtte en forudsætning for, at der kan arbejdes med at styrke borgerens livssituation på en række andre områder. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at der i den kommunale boliganvisning kan være en rodfæstet praksis for, at der stilles krav til borgeren om reduktion/ophør af misbrug, behandling, eller på anden vis

stilles krav om boevne, som en forudsætning for at blive indstillet til en bolig. En sådan praksis kan være forstærket af, at der måske ikke har været en praksis for kommunal boliganvisning til borgere med komplekse støttebehov ledsages af intensiv social bostøtte.

En sådan praksis for at stille krav om boligparathed kan også afspejles i en erfaring hos boligforeninger af at borgere med komplekse støttebehov, der er blevet anvist til almene boligafdelinger, ikke har fået en medfølgende støtte. Det er her vigtigt at understrege, at ansvaret for den sociale støtte til borgeren, der anvises til en almen bolig i forbindelse med Housing First-indsatsen, ligger hos kommunen og ikke hos boligorganisationen. Samtidig er det vigtigt, at kommunen og bostøttemedarbejderen indgår i en tæt dialog med boligforeningerne, herunder i forhold til at håndtere spørgsmål om fx naboskab, konflikter, husorden mv., samt endvidere hvordan borgeren eventuelt kan indgå i sociale aktiviteter i lokalområdet.

Mindshiftet fra boligparathed til Housing First kan også gøre sig gældende i andre enheder. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at i nogle kommuner foretages der indstillinger til boliganvisning af myndighedssagsbehandlere på misbrugscentre. Her kan boligparathedstilgangen ligeledes være en fast praksis, hvor det er vigtigt at arbejde med en omstilling til, at der tidligt i et indsatsforløb foretages en anvisning til egen selvstændig bolig med intensiv bostøtte tilknyttet.

3.5 Plan for en boligløsning

I en del kommuner vil der være en betydelig ventetid forbundet med at skaffe en bolig gennem den kommunale boliganvisning, hvilket betyder, at boligløsningen ikke i praksis kan etableres så tidligt i et indsatsforløb som Housing First-tilgangen foreskriver. Housing First-princippet indebærer, at der i tilknytning til visitation til en bestemt bostøttemetode samtidig skal være en plan for, hvordan og hvornår boligløsningen etableres, og for hvor borgeren kan opholde sig og støttes i ventetiden. På samme måde er det vigtigt generelt at tilbyde ydelser ved behov for hjælp, også uagtet at en boligløsning ikke umiddelbart er indenfor rækkevidde.

Der skal være fokus på, hvordan borgeren får mulighed for at betale indskuddet i boligen. Her kan der være behov for indskudslån, og opmærksomhed på ikke at stille urealistiske krav til borgeren, fx om opsparing til indskudslån, mens borgeren har befundet sig i en akut hjemløshedssituation.

I forbindelse med indflytningen i egen bolig modtager borgeren intensiv social støtte fra en bostøttemedarbejder. Det gælder både emotionelle, sociale og psykologiske forhold omkring det at flytte i egen bolig, og det gælder praktiske forhold om boligen, herunder at møblering af lejligheden, og selve flytningen. Disse sociale og praktiske forhold omkring indflytningen i egen bolig beskrives mere indgående i manualerne for de enkelte bostøttemetoder.

4. Individuel bostøtte efter evidensbaserede metoder

Individuel bostøtte ud fra den enkeltes behov er en afgørende forudsætning for, at hjemløse borgere med psykisk sygdom og/eller misbrug kan flytte i egen bolig, og fastholde boligen. Støtten gives som en udgående, ambulante støtte i borgerens eget hjem, eller hvor borgeren ønsker at modtage støtte.

Der stilles et krav til borgeren om at være villig til at modtage bostøtte for at kunne indgå i indsatsen. Dette er det eneste krav, der stilles til borgeren for at indgå i et Housing First-program. I det tilfælde at borgeren i en periode ikke formår at tage imod støtten, har det ikke konsekvenser for borgerens bolig, det vil sige, at manglende kontakt med bostøtten ikke i sig selv kan være grund til en udsættelse fra boligen. Boligen er således permanent og med egen lejekontrakt, og opretholdelse af lejemålet følger udelukkende den almindelige husorden og er reguleret af lejeloven.

Hvis der i en periode ikke har været kontakt med borgeren, fører det ikke til en afslutning af indsatsen. Tværtimod foretages et opsøgende og vedholdende arbejde med at genskabe kontakt til borgeren, og først efter langvarig mangel på kontakt eller eksplicit fravalg af støtten fra borgerens side afsluttes den sociale støtte indsats. Adskillelsen af boligen og den sociale støtte indebærer også, at hvis borgeren mister boligen, opretholdes den sociale støtte, herunder at borgeren hjælpes med at finde en ny bolig.

4.1 Bostøtte efter evidensbaserede metoder

Der anvendes tre forskellige metoder til at individuel, intensiv bostøtte. Det er ACT (Assertive Community Treatment), ICM (Intensive Case Management) og CTI (Critical Time Intervention). Forskning fra udlandet har vist, at disse metoder er til at få hjemløse i egen bolig og til at fastholde boligen (Susser m.fl., 1997; Tsemberis m.fl., 2004; Coldwell & Bendner, 2007; Nelson m.fl., 2007).

Forskningen viser generelt, at det er kombinationen af en bolig og en individuel, intensiv bostøtte, der tilsammen giver en høj chance for, at borgeren kommer ud af hjemløshed. Eksempelvis viser Sam Tsemberis m.fl. (2004) i et randomiseret forsøg, at med en Housing First-baseret indsats med ACT-støtte formår over 80 pct. i en indsatsgruppe at komme ud af hjemløsheden målt over en 2 årig periode, mens det kun gælder ca. 30 pct. i en kontrolgruppe, der ikke modtager denne indsats.

Metoderne er afprøvet i den danske Hjemløshedsstrategi, hvor resultaterne viser, at metoderne også i en dansk kontekst er virksomme til at hjælpe borgere ud af hjemløshed (Rambøll & SFI, 2013). Resultaterne fra den danske hjemløsestrategi viser, at blandt borgere, der både får en bolig, og som samtidig får støtte

gennem de tre metoder, er det en høj andel (ca. 90 pct.), der fastholder boligen over observationsperioden, mens det omvendt er en ret lav andel (ca. 10 pct.), der efterfølgende mister boligen igen.

De tre bostøttemetoder er henvendt til forskellige målgrupper. ACT-metoden er henvendt til de borgere, der har de mest intensive og langvarige støttebehov og kun i meget begrænset omfang er i stand til at benytte støtteindsatser fra det eksisterende sociale system. ICM-metoden er til en mellemgruppe med langvarige støttebehov, men som nogen grad kan benytte eksisterende tilbud. CTI-metoden er henvendt til de borgere, der i betydelig grad er i stand til at benytte det eksisterende støttesystem, og som primært har brug for støtte i en korterevarende overgangsperiode, herunder til at få opbygget et støttenetværk i det eksisterende system.

Fælles for de tre metoder er en høj intensitet af støtten, der gives efter behov. Alle tre metoder er baseret på en lav caseload, det vil sige et forholdsvist lavt antal borgere tilknyttet den enkelte bostøttemedarbejder. For alle tre metoder anvendes en relativt lav case-load, det vil sige at der er relativt få borgere tilknyttet den enkelte bostøttemedarbejder. Borgerens behov for støtte kan variere over tid, og vil typisk være særligt høj i perioden omkring indflytning i egen bolig. Hvis en bostøttemedarbejder har adskillige borgere, der er under indflytning på samme tid, kan det være nødvendigt med en lavere caseload for den enkelte medarbejder. Der opereres i de tre metoder ikke med et visiteret antal timer. Derimod kan der fleksibelt skrues op og ned for indsatsen i perioder, alt efter hvordan borgerens støttebehov varierer over tid.

De enkelte metoder beskrives nærmere i afsnit 5.3 og beskrives detaljeret i de manualer, der er udarbejdet for hver enkelt metode.

4.2 Udredning og handleplan

I den indledende fase foretages en udredning af borgerens behov fx ud fra Voksenudredningsmetoden (VUM) eller gennem udredningsmetoden Udredning og Plan. Her afdækkes både borgerens ressourcer og støttebehov på en række dimensioner, som bolig, økonomi, fysisk helbred, psykisk helbred, misbrug, socialt netværk, aktiviteter i hverdagen, uddannelse og arbejde og andre forhold, der vurderes at være relevante for borgerens situation. Det afdækkes i en dialog med borgeren, i hvilket omfang borgeren har behov for social og praktisk støtte i hverdagen og hvilke behov for støtte borgeren har inden for de forskellige dimensioner. Det afdækkes ligeledes, i hvilken grad borgeren er i stand til at benytte eksisterende sociale tilbud, misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling mv., og i hvilken grad borgeren har brug for en koordinerende og støttende indsats i forhold til at benytte disse indsatser.

Den indledende udredning er et udgangspunkt for, hvilken type af bostøtte borgeren har behov for, og hvilke øvrige indsatser og aktiviteter der er behov for at sætte i gang for borgeren. Behovet for indsatser, og hvordan disse indsatser sættes i værk, bør beskrives og forankres i en § 141-handleplan.

Samtidig med behovet for at foretage en udredning og afklaring af borgerens behov for støtte, og hvilken af de tre metoders målgrupper borgeren tilhører, er det også vigtigt at denne proces ikke unødigt forsinker etableringen af en hurtig boligløsning og social indsats for borgeren. Samtidig er det vigtigt, at en fuldstændig udredning og afklaring af borgerens behov ikke kan foretages på forhånd, og at den egentlige afprøvning af, hvordan den sociale støtte og andre iværksatte indsatser fungerer, foregår i praksis, det vil sige, efterhånden som indsatsen iværksættes. Der vil således ske en fortsat afprøvning og tilpasning af støtten til borgerens behov undervejs gennem et støtteforløb.

4.3 ACT – Assertive Community Treatment

ACT-metoden er henvendt til borgere, der har brug for en langvarig indsats og som fx pga. svært misbrug og/eller psykisk sygdom har meget vanskeligt ved at benytte støttemuligheder i det øvrige sociale system og ved at følge behandlingsforløb i fx misbrugsbehandlingssystemet eller psykiatrien. Typisk vil der være tale om personer, der har livslange og negative erfaringer med de etablerede hjælpesystemer.

ACT er en særlig intensiv indsats i form af et ambulat/udgående tværfagligt indsatsteam, der både giver social og praktisk støtte i hverdagen og samtidig også tilbyder specialiserede indsatser i form af misbrugsbehandling og psykiatrisk/psykologisk behandling. ACT-metoden består som den eneste af de tre metoder af et tværfagligt team, sammensat af både socialpædagoger, sundhedsfaglige medarbejdere, og medarbejdere med myndighedskompetence. I ACT-teamet kan indgå både socialpædagoger, psykiater/psykolog, misbrugsbehandler, sygeplejersker, socialrådgivere og jobcenterkonsulenter med myndighedskompetencer samt peer support, dvs. personer med egen hjemløshedserfaring. Der er i ACT-metoden en case-load på maksimalt 8 borgere, per medarbejder i teamet.

Det tværfaglige indsatsteam betyder, at ACT-metoden giver mulighed for en mere specialiseret indsats for borgeren end de to øvrige bostøttemetoder. Med ACT-teamet er det muligt at give både social støtte og behandling direkte til borgeren – i eget hjem, eller hvor borgeren aktuelt befinder sig. ACT-metoden integrerer således både den almindelige sociale og praktiske bostøtte med en specialiseret sundhedsfaglig indsats, der gives af teamets sundhedsfaglige medarbejdere, dvs. fx sygeplejerske, psykiater, misbrugs læge og misbrugsbehandler. Sygeplejersken kan tage hånd om både dagligdags sundhedsmæssige behov som fx sårbehandling og agere, hvis der opstår behandlingskrævende sygdomme. Sygeplejersken kan også støtte borgeren i kontakt til praktiserende læge og i forbindelse med behandlingsforløb på hospital, herunder

støtte op ved både indlæggelse og ambulante behandlingsforløb. Psykiateren bidrager med at diagnosticere behandlingskrævende psykiske lidelser og understøtter borgeren ved indlæggelse i det psykiatriske behandlingssystem, og bistår ved forhold omkring medicinering. Psykiateren og misbrugs lægen kan være samme person eller være to forskellige funktioner i teamet. Misbrugs lægen bidrager i forbindelse med behov for substitutionsbehandling og den lægelige del af anden medicinsk og social misbrugsbehandling. Misbrugsbehandleren giver mulighed for, at social misbrugsbehandling for stof- og/eller alkoholmisbrug kan gives til borgeren direkte i eget hjem, hvis borgeren ønsker dette, men ikke er i stand til at følge behandling på et almindeligt misbrugscenter. Tilgængeligheden af de forskellige specialfunktioner i teamet udelukker dog ikke, at borgeren kan benytte behandling i det eksisterende system, hvis borgeren er i stand til dette.

ACT indsatsen er udviklet med henblik på langvarig støtte og behandling. ACT-støtten gives så længe, borgeren har behov for støtten. Såfremt borgerens støttebehov mindskes med tiden, eller borgeren i højere grad bliver i stand til at benytte det eksisterende støttesystem (fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling mv.) kan borgeren overgå til fx en ICM-indsats eller til kommunens øvrige § 85-indsatser.

4.4 ICM – Intensive Case Management

ICM-metoden er for borgere, der har brug for en langvarig indsats, men som til en vis grad er i stand til at benytte støttemuligheder i det øvrige sociale system. ICM-indsatsen består af en casemanager, der giver social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen og samtidig har en tovholderfunktion i forhold til at etablere kontakten med og understøtte brugen af øvrige sociale støtteindsatser, offentlige myndigheder, behandlingsindsatser mv.

Støtten, der gives gennem ICM-metoden, har en lighed med den form for støtte, som mange socialt udsatte borgere modtager i regi af Servicelovens § 85, som fx støtte fra en hjemmevejleder. Typisk er ICM-støtten dog af en højere intensitet, idet der er tale om en caseload på maksimalt 1:8. Det vil sige, at en støttemedarbejder maksimalt har tilknyttet 8 borgere, hvis individuelle støttebehov typisk vil variere efter, hvor borgeren er i sit forløb.

Ligesom ACT-indsatsen er ICM-indsatsen typisk langvarig og gives så længe, borgeren har et behov for støtten. Såfremt borgerens behov for støtte mindskes væsentligt med tiden, eller borgeren i vid udstrækning bliver i stand til at benytte øvrige støtte- og behandlingstilbud, kan borgeren overgå til at benytte sådanne tilbud, eller til at benytte den almindelige § 85 indsats i kommunen.

4.5 CTI – Critical Time Intervention

CTI er en intensiv støtte til borgeren i en tidsafgrænset 'kritisk' overgangsfase – typisk ved udflytning fra en § 110-boform til egen bolig. Metoden kan også benyttes ved udskrivning fra psykiatriske hospitaler eller døgnbehandling på misbrugsbehandlingsteder, ligesom CTI-støtten også kan gives i forbindelse med indflytning i egen bolig efter at have boet midlertidigt hos familie eller venner. CTI er begrænset til 9 måneder. Ligesom ICM-indsatsen består CTI-indsatsen af en bostøttemedarbejder, der giver social og praktisk støtte i hverdagen og samtidig har en tovholderfunktion i forhold til at understøtte borgerens brug af øvrige sociale støtteindsatser. Case-loaden for CTI-indsatsen er maksimalt 10 borgere pr. CTI-medarbejder.

CTI-metoden er den eneste af de tre bostøttemetoder, som ikke i udgangspunktet har været forbundet med Housing First-tilgangen. Det skyldes særligt tidsbegrænsningen på støtten. I den danske hjemløsestrategi, er CTI-metoden imidlertid anvendt som en metode under Housing First ud fra et princip om målgruppedifferentiering. CTI-metoden er således henvendt til borgere, der i et betydeligt omfang er i stand til at benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser. Ligesom målgruppen for ICM-indsatsen har borgerne brug for støtte til at etablere og opretholde kontakten med øvrige indsatser, men målgruppen for CTI-indsatsen vurderes at have brug for denne intensive støtte i en kortere periode. CTI-indsatsen er således ikke henvendt til borgere med behov for langvarig intensiv støtte. Ved institutionel udslusning, hvor det skønnes, at der er et intensivt støttebehov af længerevarende eller permanent karakter, bør ICM- eller ACT-støtte i stedet iværksættes. CTI-indsatsen er således til de borgere, der forventes efter indsatsperioden på de 9 måneder at være i stand til enten helt at klare sig selv eller i fuldt omfang få dækket deres behov for videre støtte fra det eksisterende støttesystem, det vil sige, at støtten overgår til tilbud i borgerens lokalmiljø. Heri kan også ligge, at borgeren overgår til at modtage støtte fra den eksisterende § 85 indsats, i form af en hjemmevejleder. Der bør dog være fokus på, at der ved en sådan overgang typisk vil ske et skift i borgerens støtteperson og i det tilfælde, et sådant brud ikke skønnes hensigtsmæssigt, vil borgeren i udgangspunktet snarere være i målgruppen for den længerevarende ICM-indsats.

Et CTI-forløb består af tre faser, hver af ca. 3 måneders varighed. Den første er en overgangsfase, hvor borgeren flytter i egen bolig, og hvor kontakt til øvrige sociale tilbud og indsatser etableres og bygges op. Den anden fase er en afprøvnings- og tilpasningsfase, hvor det afprøves i praksis, hvordan støtten omkring borgeren fungerer. Den tredje fase er en overdragelsesfase, hvor støtten omkring borgeren gradvist overdrages til det støttenetværk, der er bygget op om borgeren, og CTI-forløbet afsluttes.

4.6 Udgangspunkt i borgerens behov

Borgerens behov og eget tilvalg af støtte udgør et centralt element i Housing First-princippet. Et vigtigt element er at give borgeren en høj grad af indflydelse på, hvilken boligløsning der passer til den enkelte, og hvilket indhold og omfang af støtte borgeren har brug for i hverdagen. Ved opstarten af indsatsen og undervejs i forløbet er det vigtigt, at bostøttemedarbejderen spørger borgeren om, hvad borgeren har behov for. Centrale spørgsmål til borgeren er således ”Hvad kan vi gøre for dig?” og ”Hvad har du behov for hjælp til?”. Bostøttemedarbejderen indgår i en dialog med borgeren om at udforme den sociale støtte, så den bedst muligt opfylder borgerens behov.

Det er vigtigt, at borgeren ikke mødes med ydre krav om forandringsparathed og udvikling, men at den sociale støtte tager udgangspunkt i borgerens aktuelle situation. Det betyder dog ikke, at bostøttemedarbejderen skal afholde sig fra at bibringe borgeren nye indsigter om sit liv. Det kan, afhængigt af den enkeltes forhold, være vigtigt at konfrontere borgeren med fx adfærd, der giver borgeren problemer, eller fastholdende tankemønstre, ud fra hvad borgeren skønnes at kunne rumme og håndtere.

Bostøtten retter sig også mod praktiske, dagligdagsfunktioner. Der kan fx i perioder være brug for, at bostøttemedarbejderen hjælper borgeren med at holde styr på lejligheden, rydde op, vaske op og vaske tøj, hvis borgeren ikke er i stand til at varetage disse funktioner selv. Her hjælper bostøttemedarbejderen borgeren med at lære at udføre disse hverdagslige opgaver. Bostøttemedarbejderen skal således ikke overtage hverdagslige funktioner for borgeren, hvis borgeren er i stand til at varetage dem selv.

I det omfang borgeren ikke selv oplever at være parat til at flytte i egen bolig, kan der være behov for sammen med borgeren at se på, hvad der skal til, for at borgeren kan føle sig parat til livet i en bolig. Manglende følelser af parathed kan (også) hænge sammen med tidligere erfaringer af mangel på støtte i forbindelse med at flytte i egen bolig.

Der bør ved udflytning til egen bolig fra en § 110-boform tages behørigt hensyn til individets aktuelle sociale og psykiske tilstand. Der kan være hensyn, der betinger, at en udflytning først foretages efter en stabiliseringsperiode. På den ene side indebærer Housing First-princippet således, at der ikke bør stilles ydre krav til parathed fx i form af afholdenhed fra misbrug eller lignende som betingelser for en udflytning, og ligeledes at borgeren ikke først skal opøve boevne og færdigheder gennem fx et langvarigt herbergsophold eller ophold i udslusningsboliger/træningslejligheder. På den anden side kan der være hensyn til både individet og til omgivelserne, der nødvendiggør en stabilisering før en indflytning i egen bolig. Hvis der er behov for en stabiliseringsperiode inden udflytning, er det vigtigt, at der ikke stilles unødige krav om motivation og forandringsparathed ud fra trappetrinstankegangen/Housing Ready-

tankegangen, da individets chancer for 'recovery' blandt andet påvirkes af, om der findes en god boligløsning. Her er det vigtigt, at der etableres en boligløsning, der passer til individets behov og problemstillinger jf. muligheden for enten egen bolig, botilbud eller skæv bolig. Det er ligeledes vigtigt, at den intensive sociale støtte iværksættes tidligt i forløbet, da muligheden for at flytte i egen bolig og for et godt forløb i høj grad afhænger af, at borgeren gives en intensiv social støtte. I det tilfælde, at borgeren i udgangssituationen befinder sig på en § 110-boform, bør bostøtten efter ACT, ICM eller CTI-metoden opstartes allerede, mens borgeren befinder sig på boformen.

Der kan undervejs i et forløb opstå problemer med, at borgeren fravælger den sociale støtte, eller at borgerens psykosociale tilstand gør, at borgeren ikke er i stand til at modtage hjælp. Her er det væsentligt med vedholdenhed i støtten, da fravalg af støtte først og fremmest kan afspejle en vanskelig situation. Ved problemer med at modtage støtten bør det også overvejes, om borgeren har brug for en anden indsatsform. Langvarigt fravalg af støtten kan betyde, at det er vanskeligt for borgeren at opretholde boligen. Også her er det vigtigt, at være opmærksom på, om der er behov for, at boligløsningen tilpasses borgeren, fx i form af muligheden for alternative boligløsninger som en skæv bolig.

4.7 Forebyggende bostøtte

Den sociale bostøtte rummer et betydeligt element af forebyggelse, idet bostøtten medvirker til, at færre mister boligen. Implementeringen af Housing First-tilgangen med den tilhørende bostøtte forventes således alt andet lige at kunne mindske tilgangen til hjemløshed, herunder mindske risikoen for tilbagefald og gentagne episoder af hjemløshed. Bostøtte efter ACT, ICM og CTI metoden kan ligesom øvrig § 85 støtte også benyttes til en bredere gruppe af socialt udsatte borgere, eller borgere som vurderes at være hjemløshedstruede. Med en bred implementering af metoderne på udsatteområdet vil det for mange borgere kunne undgås, at de overhovedet kommer i en akut hjemløshedssituation.

5. Indsatser i en række dimensioner af borgerens liv

Arbejdet med at støtte borgeren og styrke borgerens livssituation foregår inden for en række dimensioner i borgerens liv som bolig, økonomi, socialt netværk, aktiviteter i hverdagen, fysisk og psykisk helbred, misbrug, uddannelse og arbejde.

I de foregående afsnit er indsatsen omkring borgerens boligsituation blevet beskrevet indgående. Ligeledes er den sociale støtte og de forskellige støttemetoder blevet beskrevet. I dette afsnit beskrives en række forhold, det kan være vigtigt at arbejde med i indsatsen, inden for forskellige dimensioner af borgerens liv.

Det vil være forskelligt, hvordan der kan arbejdes med de enkelte dimensioner inden for de enkelte bostøttemetoder. I ACT-indsatsen indgår de helbredsfaglige og administrative medarbejdere i specifikke opgaver inden for de enkelte dimensioner, mens casemanageren i ICM-metoden og CTI-metoden varetager de nødvendige støtteopgaver og koordinerer og støtter op om brugen af øvrige nødvendige indsatser.

5.1 Økonomi

Økonomi spiller i mange tilfælde en afgørende rolle for, at borgeren kan flytte i egen bolig. Hovedparten af de hjemløse borgere er kontanthjælpsmodtagere, mens den næststørste gruppe udgøres af borgere på førtidspension. Det er et vilkår for, at borgeren kan tilbydes en bolig, at der fx gennem kommunal boliganvisning er boliger rådighed med et huslejeniveau, som borgeren har råd til at betale. Borgerens økonomi kan være presset af misbrugsproblemer, ligesom borgeren kan have gæld til offentlige myndigheder, banker eller andre private aktører. Derfor er det vigtigt, at bostøttemedarbejderen sammen med borgeren skaber et overblik over borgerens økonomi, således at borgeren forstår og bliver i stand til at agere inden for sit økonomiske råderum.

Hvordan der arbejdes med borgerens økonomi er individuelt og kan variere fra at søge ydelser hos kommunen sammen med borgeren, gå til møder med skattemyndigheder og bank fx med henblik på at lave aftaler om afvikling af gæld, til at åbne borgerens rudekuverter sammen med borgeren og understøtte, at borgeren får betalt sine regninger, herunder foretage tilmelding til betalingservice af faste udgifter. Herudover vil det for nogle være relevant at tilknytte borgeren til forskellige tilbud såsom gældsrådgivning i kommunen eller hos en NGO. For en del borgere kan det være hensigtsmæssigt, at kommunen efter aftale med borgeren administrerer borgerens økonomi, og herved sikrer, at udgifter til husleje og andre faste udgifter betales, før borgeren får udbetalt resten af sin ydelse. Der må ud fra Housing First-princippet ikke stilles krav om, at borgeren selv skal kunne administrere sin økonomi for at indgå i et Housing First-program.

Endvidere er der behov for en særlig opmærksomhed på kontinuiteten i borgerens økonomiske ydelser, herunder i forhold til at undgå en situation, hvor borgeren pga. en sanktion ikke får udbetalt sin kontanthjælp og ikke kan betale huslejen, hvorved en udsættelse fra boligen kan være en risiko. Her kan borgere have brug for hjælp til at overholde aftaler med jobcenteret/ydelseskontoret, ligesom der kan være behov for en kontakt med de relevante myndighedsenheder i det tilfælde, at borgeren ikke er i stand til at overholde en aftale med henblik på, at borgeren ikke unødigt udsættes for en økonomisk sanktion.

5.2 Netværk og sociale relationer

Mange hjemløse borgere har et svagt socialt netværk, og mange har svage eller helt fraværende kontakter til deres familie. Endvidere kan borgerens eksisterende netværk i høj grad bestå af kontakter i herbergs- og misbrugsmiljøet. Ligeledes kan det være vanskeligt at opbygge nye sociale relationer og fastholde eksisterende relationer, mens man befinder sig i en hjemløshedssituation. Det er vigtigt, at bostøttemedarbejderen er opmærksom på denne forskellighed i forbindelse med inddragelse af netværk. Der kan være borgere, der har gamle relationer fra tidligere i deres liv, som måske er trådt i baggrunden eller er beskadigede, men som kan genetableres og genopbygges. For eksempel kan det være svært at have besøg af familie, herunder børn, så længe borgeren bor på et herberg, men overgangen til egen bolig kan give en ny ramme og nye muligheder for kontakt til familie og andre relationer.

Bostøttemedarbejderen indgår i en dialog med borgeren om, hvilke ønsker borgeren har for fx at genetablere relationer til familie og eventuelle børn, og om hvordan en sådan proces med at genetablere og genopbygge relationer bedst gribes an, og hvordan kontakten kan tages. Ligeledes kan bostøttemedarbejderen bistå med råd og vejledning, hvis der opstår konflikter undervejs i processen. Bostøttemedarbejderen kan også være med til at understøtte, at der skabes mulighed for at danne nye relationer og netværk fx gennem deltagelse i sociale aktivitets- og samværstilbud, aktiveringsforløb, uddannelsestilbud, frivilligt arbejde etc.

5.3 Daglige aktiviteter

For nogle vil det være relevant at finde aktiviteter, som kan give indhold og mening i borgerens liv, og som hverdagen kan fyldes ud med. Det kan være uddannelse eller aktiveringstilbud, aktivitets- og samværstilbud, fysiske aktiviteter eller aktiviteter i forhold til borgerens interesser. Der kan eksempelvis for nogle være et ønske om at deltage i sociale aktiviteter hos en NGO eller i kommunale aktivitetstilbud. For nogle kan det også være en mulighed at lave frivilligt arbejde, hvor de oplever at kunne gøre en forskel for

andre. Det er vigtigt at tage hensyn til, at borgerne kan have et meget forskelligt udgangspunkt for at deltage i sådanne aktiviteter. Nogle har det måske fysisk eller psykisk så dårligt, at de ikke føler at være i stand til at deltage i sådanne tilbud. Andre giver udtryk for et behov, men er måske usikre på, hvad de kan magte. Her er det vigtigt, at bostøttemedarbejderen i en dialog med borgeren hjælper med at finde ud af, hvilke aktiviteter der kunne passe til borgerens behov, understøtter en proces med at få sat disse aktiviteter i gang for borgeren og støtter borgeren i at komme i gang med at deltage i aktiviteterne. Det kan være borgeren har behov for en telefonopringning eller en SMS, der minder borgeren om, når aktiviteten foregår, og måske har borgeren behov for, at bostøttemedarbejderen følger med borgeren hen til det sted, hvor aktiviteten foregår.

5.4 Fysisk helbred

Mange hjemløse borgere har alvorlige helbredsproblemer som følge af et opslidende liv med gadehjemløshed, misbrug mv. Fysisk helbred kan ud over generelle helbredsmæssige forhold omfatte mere specifikke sygdomstilstande som infektionssygdomme, lungesygdomme, hjerteproblemer, skader i bevægeapparatet mv. Der kan også være sundhedsmæssige problematikker relateret til fx usund kost og mangel på motion. Der kan være betydelige barrierer forbundet med at opsøge og følge behandling både hos almen læge og i hospitalssystemet. Bostøttemedarbejderen har her en væsentlig opgave med at understøtte borgerens kontakt med og brug af sundhedssystemet og sikre, at borgeren får den fornødne behandling for sygdomme. Der kan være behov for, at medarbejderen hjælper borgeren med at bestille tid hos lægen og tager med til lægen. Ved henvisning til behandling hos speciallæge eller på hospital vil der ligeledes ofte være et behov for at følge med borgeren og sikre, at borgeren kommer til aftalte undersøgelser, behandling etc. Det gælder ikke mindst ved længerevarende ambulante forløb, der kræver et regelmæssigt fremmøde til behandling. Der kan også være behov for øvrige tilbud i kommunalt regi som et genoptræningsforløb.

5.5 Psykisk helbred

Mange hjemløse borgere lider af psykisk sygdom. Det kan være et bredt spektrum af lidelser som skizofreni, bipolar lidelse, øvrige psykoser, personlighedsforstyrrelser eller depressioner. Ligeledes kan der være borgere med post-traumatisk stress syndrom (PTSD) eller kognitive forstyrrelser som ADHD. En del borgere vil allerede have haft langvarige forløb i det psykiatriske behandlingssystem. Andre borgere har måske ikke fået stillet en egentlig diagnose, og der kan for disse borgere være behov for en psykiatrisk

udredning. Det er endvidere vigtigt, at bostøttemedarbejderen er opmærksom på, at det for nogle borgere kan være en længerevarende proces for borgeren at blive klar til at gå i dialog omkring sit psykiske helbred.

I forbindelse med arbejdet med det psykiske helbred kan det være relevant, at borgerens tilknyttede forskellige tilbud. Først og fremmest kan der være borgere med psykiske lidelser, der er behandlingskrævende, og hvor der kan være behov for at understøtte behandlingsforløb i det psykiatriske behandlingssystem, herunder både hospitalspsykiatrien eller distriktskykiatrien. For nogle kan psykologsamtaler eller individuelle terapiforløb være en hjælp, mens gruppeterapi og netværksgrupper kan være relevante for andre.

For mange hjemløse borgere med psykisk sygdom kompliceres deres situation af de også har misbrugsproblemer. Disse borgere vil ofte have oplevet at falde mellem to stole mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet. De kan have vanskeligt ved at få den nødvendige behandling i det psykiatriske behandlingssystem pga. barrierer ved at rumme og arbejde med gruppen af psykisk syge misbrugere i det psykiatriske behandlingssystem. Ligeledes kan disse borgere også have oplevet vanskeligheder ved at følge misbrugsbehandling, hvor der lokalt kan være mangel på specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. For denne gruppe er særligt ACT-indsatsen velegnet, da de specialiserede funktioner i teamet gør det muligt at give støtte både i forhold til psykiske problemstillinger og misbrugsproblemer.

5.6 Misbrug

Alkohol- og/eller stofmisbrug kan være et problem, som vil være relevant at arbejde med for nogle borgere. Misbruget kan være en årsag til hjemløsheden, fx ved at misbruget har været en væsentlig årsag til, at borgeren er blevet sat ud af en bolig. Samtidig kan misbruget være relateret til psykisk sygdom. Endvidere kan misbruget forstærkes af hjemløsheden som et middel til at dulme et hårdt liv. Mange hjemløse borgere vil aktuelt være tilknyttet misbrugsbehandling, men der vil også være en del, der tidligere er ophørt med forløb i misbrugsbehandlingssystemet blandt andet fordi det kan være vanskeligt at følge regelmæssig misbrugsbehandling, mens man befinder sig i en hjemløshedssituation. Der vil endvidere være en del hjemløse borgere, som er i substitutionsbehandling for opiatmisbrug.

Et væsentligt princip i Housing First-tilgangen er som tidligere nævnt, at der ikke stilles krav om ophør eller reduktion af misbrug som en betingelse for at få anvist en bolig. Det skyldes, at en ustabil boligsituation i sig selv i høj grad vanskeliggør, at borgeren kan følge misbrugsbehandling og få et udbytte heraf. En stabilisering af boligsituationen er således en forudsætning for overhovedet at kunne arbejde med at styrke

borgerens livssituation, herunder fx at forholde sig til et misbrug. Der stilles heller ikke krav om, at borgeren skal arbejde med ophør/reduktion af misbrug efter anvisning til en bolig. Medarbejderen indgår i en dialog med borgeren om, hvad borgeren ønsker for sit liv, herunder hvad borgeren ønsker at arbejde med i forhold til et misbrug. Afhængigt af borgerens ønsker og behov kan borgeren tilknyttes et behandlingsforløb på et misbrugscenter. Her spiller bostøttemedarbejderen en vigtig rolle i forhold til at hjælpe med at få igangsat et behandlingsforløb, finde et tilbud der passer til borgeren, og understøtte borgeren i at følge et behandlingsforløb. I ACT-indsatsen er der som nævnt mulighed for, at misbrugsbehandleren i teamet direkte kan tilbyde borgeren misbrugsbehandling i eget hjem.

En erfaring fra arbejdet med hjemløshedsstrategien er, at der for en del borgere kan ske en intensivering af misbruget i perioden efter at de er flyttet i egen bolig. En sådan stigning i omfanget af misbruget er dog sjældent vedvarende, og efter en periode aftager misbruget typisk igen. Ligeledes er det en erfaring, at der er en del borgere, der efter stabiliseringen af boligsituationen begynder at efterspørge støtte til, at mindske misbruget. Der er dog også en del borgere, der fortsætter med et misbrug, og der er nogle der giver udtryk for, at de ønsker at fortsætte fx deres misbrug af alkohol. Her er det vigtigt at være opmærksom på eventuelle gener for omkringboende og arbejde med at borgeren bliver i stand til at undgå adfærd, der virker generende for naboerne og som kan give en risiko for en udsættelse.

5.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer

Mange af borgerne, der udgør målgruppen for Housing First-indsatsen er meget langt fra både uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. For de af borgerne som er mere velfungerende, som fx en del af målgruppen for CTI-indsatsen, eller som oplever en mærkbar forbedring i løbet af et indsatsforløb, kan der være ønske om at påbegynde uddannelse eller finde arbejde. Nogle har måske været i gang med en eller flere uddannelser tidligere, men har af forskellige grunde ikke færdiggjort disse, og andre vil have brug for opkvalificering eller hjælp til at søge job. Borgeren kan ønske støtte til at finde frem til de muligheder, der eksisterer, og for nogle vil det være en afgørende hjælp, at bostøttemedarbejderen tager med til møder med eksempelvis jobcentret eller formidler kontakt til kompetenceafklaringsforløb i såvel kommunalt som privat regi. Det kan være relevant at kigge på muligheden for revalidering, hvilket kan lette processen med at komme i gang med uddannelse og/eller ind på arbejdsmarkedet.

6. Fortsat behov for akuttilbud

I forbindelse med implementering af Housing First-princippet er det vigtigt, at der er opmærksomhed på behovet for fortsat af kunne tilbyde ophold på § 110-boformerne i en akut hjemløshedssituation. Det er forventningen, at mange hjemløse kan hjælpes ud af hjemløshed gennem Housing First baserede indsatser. Gruppen af hjemløse er imidlertid ikke en statisk gruppe af individer, da der sker en løbende tilgang til hjemløshedsgruppen i form af mennesker, der gennemlever en social marginalisering fx pga. psykisk sygdom eller misbrug og på et tidspunkt mister boligen og står i en akut hjemløshedssituation. De nationale hjemløsetællinger viser, at en fjerdedel af de individer, der på et givent tidspunkt befinder sig i en hjemløshedssituation, har været hjemløse i under 3 måneder, og at halvdelen har været hjemløse i mindre end 1 år (Benjaminsen & Lauritzen, 2013). Det peger på en betydelig nytilgang til hjemløshed. Det samme gælder et fortsat højt og stigende antal unge hjemløse. Tilgangen til hjemløsegruppen påvirkes også af en række samfundsmæssige forhold eksempelvis tilgængeligheden af almene boliger til socialt udsatte borgere. Det betyder, at det er vigtigt at opretholde et akutberedskab på § 110-boformerne, da der ellers kan opstå en situation, hvor der ikke kan tilbydes overnatning til akut hjemløse.

Litteratur

Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen (2013): *Hjemløshed i Danmark. National kortlægning*. København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 13:21.

Busch-Geertsema, V. (2013): *Housing First Europe. Final report*. Bremen/Brussels.

Busch-Geertsema, V. & I. Sahlin. (2007): "The Role of Hostels and Temporary Accommodation". *European Journal of Homelessness*, Vol. 1, s. 67-93.

Coldwell, C. & W. Bendner (2007): "The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis." *American Journal of Psychiatry*, 164(3).

Nelson, G., T. Aubry & A. Lafrance (2007): "A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management for Persons with Mental Illness Who Have Been Homeless". *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, s. 350-361.

Sahlin, I. (1998): *The Staircase of Transition. National Report to the European Observatory on Homelessness 1997* (Brussels: Feantsa).

Sahlin, I. (2005): "The Staircase of Transition: Survival through Failure." *Innovation – The European Journal of Social Science Research* 18 (2) s. 115-135.

Susser, E., E. Valencia, S. Conover, A. Felix, W. Tsai & R. Wyatt (1997): "Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A "Critical Time" Intervention After Discharge from a Shelter." *American Journal of Public Health*, 87, s. 256-262.

Tsemberis, S., L. Gulcur & M. Nakae (2004): "Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis". *American Journal of Public Health*, 94, 4, s. 651-656.

Tsemberis, S. (2010): *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* (Center City, Minnesota: Hazelden).