

# Effektutvärdering av Stockholms stads version av Bostad Först. Jämförelse med boendetrappan.

---

2018-09-04

Håkan Källmén

STAD, Centrum för psykiatriforskning

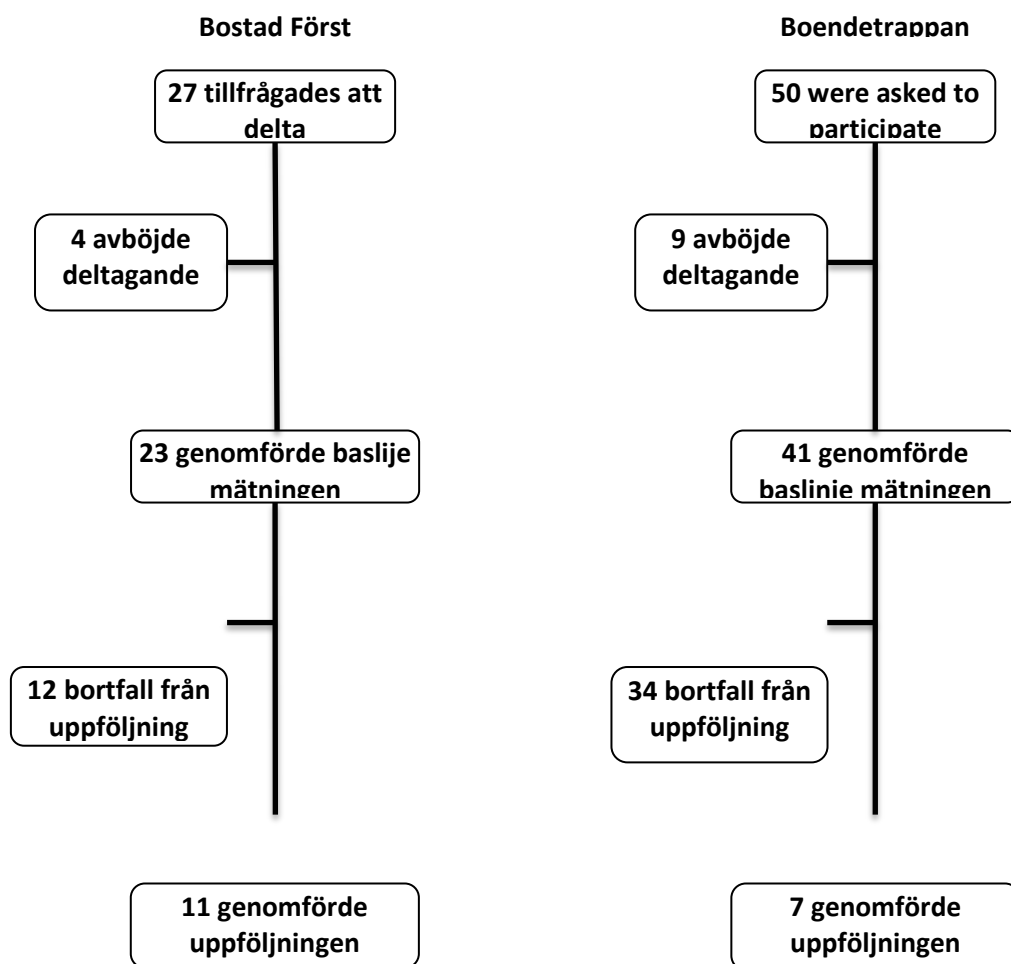
Stockholms Läns Sjukvårdsområde/Karolinska Institutet

## *Inledning*

Bostad Först (BF) är ett program som utvecklades i New York för att skapa stabilt boende för hemlösa (Tsemberis, 1999). BF består av två komponenter, bostad och ett högkvalitativt stöd som ges i form av case-management. Enligt den ursprungliga modellen ska brukaren erbjudas ett eget kontrakt med besittningsrätt på bostaden omedelbart. I Sverige finns hittills ingen kommun som erbjuder en sådan upplåtelseform utan de flesta har en form av andrahandskontrakt den första tiden eller ett förstahandskontrakt där besittningsrätten förhandlats bort. Vad gäller stödet ska det erbjudas som case-management och en form är ACT (Assertive Community Treatment) som innebär en aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling som ges av flerprofessionella team där samverkan mellan socialtjänst och sjukvård betonas. ACT-modellen bygger på antagandet att om psykiskt sjuka personer får träning i att kunna delta i samhället så minskar även stress, ångest och psykiska symptom. ACT är ofta kopplat till ICM (Intensive Case Management) som medför att varje case-manager ska ha ett litet antal klienter och stödet ska vara tillgängligt 24 timmar per dygn (Dieterich et al, 2017). ACT-modellen syftar således till en ökad integration i samhället, minskade substansbruksproblem och minskade psykiska problem och återhämtning till ett aktivt medborgarskap. Ett aktivt deltagande i samhället och upplevelsen att ingå i sociala sammanhang betonas även av Recovery- modellen (Best et al., 2017). Det har dock visats att samverkan förekommer i liten utsträckning i Stockholm (Källmen et al, 2017) beroende på både strukturella och individuella faktorer. Det innebär att stödet till brukarna boende i BF i Stockholm inte är optimalt enligt ACT-modellen. BF- programmet har tidigare visats vara effektivt med avseende på stabilt boende men har inte visats mildra övriga problem (Tsemberis et al., 2004; Padget, 2006). Shinn (2015) menar däremot att BF, om det är rätt implementerat, ökar individens "Capability", vilket innebär frihet att engagera sig i valfria sociala aktiviteter och betonas av vikten av socialt stöd. Det sociala stödet har även gynnsam påverkan på återhämtningen till aktivt medborgarskap hos klienter med mentala problem (Corrigan & Phelan, 2004) Capability är i överensstämmelse med filosofin om "skadereducering" och ökat brukar inflytande som i sin tur innebär minimering av skadan individens droganvändning medför och klientens inflytande över sin vård. Capability inkluderar, enligt Shinn, egenmakt och autonomi som medför att individen känner sig ha en viss grad av kontroll över den omgivande miljön vilket kan vara stress-reducerande

BF-programmet provades som ett projekt i Stockholms stad och i Helsingborg med början i augusti 2010 och varade till och med maj 2016. Projektet har utvärderats under perioden 2011-2015 . Emellertid medförde det stora bortfallet att resultatet efter 2013 inte var tillförlitligt, och därför har resultaten för utvecklingen 2011-2013 publicerats (Källmen & Blid, 2016). Ingen statistiskt säkerställd skillnad visades föreligga mellan boende i BF och en kontrollgrupp (BT) som fick den traditionella omsorgen i Boendetrappan avseende utveckling över tid av konsumtion av alkohol-och droger, egenmakt eller känsla av sammanhang. Studien omfattade dock ett för litet antal respondenter för att nå tillräcklig statistisk power men resultatet tolkades som en konsekvens av en otillräcklig implementering av BF och framförallt stödet som varken var ACT eller ICM utan ett förstärkt boendestöd med Stockholms Stadsmission som huvudman. Trots bristen på statistiskt signifikanta skillnader över tid mellan grupperna upplevdes Bostad Först som "kliniskt" relevant beroende på det höga kvarboendet bland individer som förut inte klarat av att behålla en placering.

Bostad Först övergick i en kommunal verksamhet i juni 2016 och det beslutades då att följa upp verksamheten under några år. Stödet i BF har förstärkts genom att speciella case-managers anställts vilket lett till att stödet i BF bedömts fungera bättre än i BT och i högre grad leder till återhämtning. Syftet med föreliggande studie är att så långt möjligt utvärdera effekten av BF avseende konsumtion av alkohol och droger, socialt stöd för återhämtning och grad av återhämtning till aktivt medborgarskap och därmed besvara frågeställningen om BF är effektivare än den traditionella BT när det gäller återhämtning till aktivt medborgarskap. Hypotesen som är baserad på tidigare preliminära resultat är att brukarna i BF i genomsnitt ökar sitt aktiva medborgarskap (recovery) medan brukarna i BT minskar. Vad gäller alkohol- och drogkonsumtion och upplevelse av stöd har vi inga riktade hypoteser utan prövar hypotesen att det finns skillnader.



## Metod

### Deltagare

Personer som kan bli aktuella för en Bostad Först lägenhet ska ha en långvarig period med hemlöshet och ha haft svårigheter att behålla en placering i ett tillfälligt boende i boendetrappan. Personer som uppfyller dessa kriterier har ofta psykiatriska problem och/eller substansmissbruk. Ur denna population har både hyresgästerna i Bostad Först och personerna i kontrollgruppen rekryterats, de senare har fortfarande ett tillfälligt boende i den traditionella boende trappan. Utvecklingen i dessa två grupper kommer att jämföras i denna studie. Under oktober-november 2016 genomfördes en baslinjemätning och data från klienter boende i socialtjänstens regi samlades in. Data insamlades dels från Bostad Först (BF) som då haft 27 hyresgäster och dels från kontrollgruppen (BT) där 50 personer erbjudits att delta. Det inkom 23 svar från BF (85 %) och 41 svar från BT (82 %). I den aktuella 18 månaders uppföljningen som genomfördes under mars-april 2018 planerades en upprepade mätning på dem som deltog vid baslinjen men endast ett fåtal i kontrollgruppen bodde kvar och övriga hade lämnat bristande kontaktuppgifter vilket medförde att de flesta inte var möjliga att spåra och ett antal personer boende i BF avstod att svara på uppföljningen. På grund av internt bortfall på enskilda skalor är frekvensen lägre på dessa. Ett flödesdiagram som visar deltagandet visas ovan.

### Mätinstrument

I studien mäts brukarnas alkohol- och drogvanor, deras upplevelse av socialt stöd och deras aktiva medborgarskap/återhämtning. Alkoholvanor mäts med frågeformuläret Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Bergman & Källmén, 2002) som består av 10 frågor om frekvens alkoholkonsumtion (ex Hur ofta dricker du alkohol?), beroendetecken (ex Hur ofta har det hänt att du behövt en återställare på morgonen efter att du druckit alkohol?) och alkoholrelaterade skador (ex Har du eller någon annan blivit skadad som ett resultat av att du druckit alkohol?). AUDIT har använts vid studier av förändringar av alkoholkonsumtionen i Sverige 1997-2014 efter harmoniseringen till EU (Källmén et al., 2011, 2015). Konsumtion av icke förskrivna droger har mätts med hjälp av Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) (Bergman et al, 2005). Testet innehåller 11 frågor om drogvanor, frekvens (ex Hur ofta tar du andra droger än alkohol?), beroende tecken (Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta sedan du börjat ta droger?) och skador (ex Har du eller någon annan blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) på grund av att du använt droger?). DUDIT kan användas parallellt med AUDIT och det finns en svensk användarmanual (Berman et al, 2012). Både AUDIT och DUDIT användes i en föregående utvärdering av Bostad Först (Källmén & Blid, 2016). Svaren ges på en 5 gradig skala från aldrig till dagligen eller nästan varje dag. Social Support for Recovery (SSR, Zimet et al, 1988) och Recovery Assessment Scale (RAS, Giffort et al., 2000)) har använts för att mäta socialt stöd respektive aktivt medborgarskap. SSR är en modifierad version av "Multidimensional scale for perceived social support" och innehåller 13 påståenden om upplevt socialt stöd från vänner, släktingar (ex Mina vänner och släktingar bryr sig inte så mycket om mig) och personal (ex Den personal jag möter uppmuntrar och stöder mig). Svaren ges på en 4 gradig Likert skala från tar helt avstånd till instämmer helt. RAS består av 19 frågor om hur individen tänker om aktivt deltagande i sociala sammanhang (ex Jag har ett syfte med mitt liv, det finns människor jag kan räkna med).

### Tillvägagångssätt

Som  
sagts  
ovan  
besluta  
des att  
samla in  
50  
enkätsv

Variabel	Intervention	baslinjen -16	Uppf. -18	p-värde
----------	--------------	---------------	-----------	---------

ar från kontrollgruppen (BT). Antalet beräknades på grundval av kontrollgruppens svarsfrekvens vid den föregående utvärderingen (Källmén & Blid, 2016). Först kallades cheferna för varje deltagande enhet till ett möte, där syftet med studien gick igenom och information om studien gavs. Cheferna informerades om att de som tillfrågades att delta skulle ha en lång period av hemlöshet bakom sig och haft svårigheter att behålla en boendeplacering. Då boende i Bostad Först huvudsakligen var drogmissbrukare borde deltagarna i kontrollgruppen också ha drogmissbruk. Problemet med en kontrollgrupp är att skademinimeringsprincipen bara råder på en av fem deltagande enheter. Detta medför att droganvändningen sannolikt är större inom BF.

De personer från både BF och hemlösa i BT som matchar kriterierna ovan har tillfrågats om de vill besvara en enkät. Vid uppföljningen följdes samma procedur kompletterad med ett aktivt uppsökande av personer som svarat vid baslinjen men inte svarat vid uppföljningen. Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2017/835-31/1) och registrerad enligt personuppgiftslagen på Karolinska Institutet (dnr [KI 2-3833/2017](#)).

#### Statistiska analyser

Vi testade om utfallsvariablerna kan anses som normalfördelade med Kolmogorov-Smirnovs test och även Shapiro-Wilks test. Jämförelser mellan baslinjen och uppföljningen gjordes separat per grupp med Wilcoxon Signed Rank Test. På grund av den riktade hypotesen användes ensidiga test avseende återhämtning men tvåsidiga test avseende övriga variabler. Bortfallsanalysen, jämförelsen mellan bortfallet och deltagarna vid uppföljningen med avseende på data från 2016 gjordes med Mann-Whitney U-test. Alla analyser gjordes i SPSS 24.0.

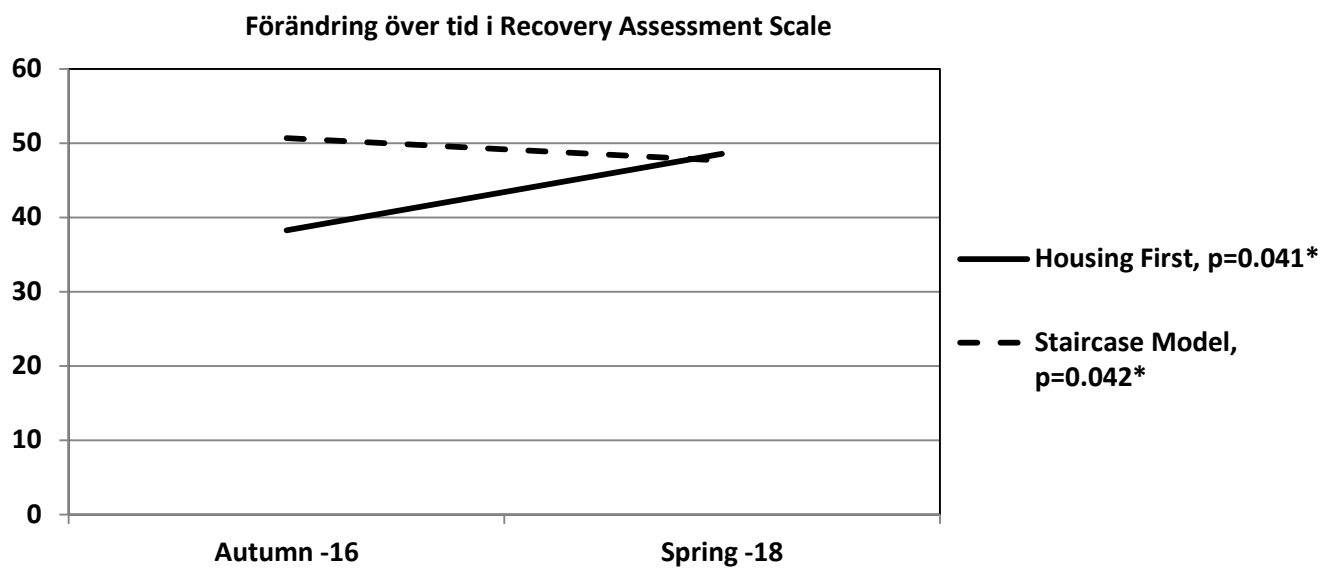
#### Resultat

Det visades att det var en statistiskt signifikant förbättring i aktivt medborgarskap hos brukare i BF medan boende i BT försämrades signifikant (tabell 1, figur 2), inga andra skillnader var signifikanta. Ingen förändring i konsumtionen av alkohol eller droger och inte i uppfattningen av stödet.

. Tabell 1. Förändringar i utfallsvariablerna mellan baslinjen och uppföljningen

<b>Recovery Assessment Scale</b>	Bostad Först	38.27	48.55	0.041*
	Boendetrappan	50.67	47.67	0.042*
<b>Social Support for Recovery</b>	Bostad Först	24.00	24.27	1.00
	Boendetrappan	24.67	20.50	0.25
<b>Alcohol Use Disorder Identification Test</b>	Bostad Först	7.00	6.00	0.72
	Boendetrappan	6.83	7.83	0.34
<b>Drug Use Disorder Identification Test</b>	Bostad Först	14.55	17.91	0.33
	Boendetrappan	10.33	7,83	0.69

**Tabell 1.** Genomsnittliga poäng på skalorna vid båda mätningarna. The *p*-values were obtained from Wilcoxon Signed Rank Test, \* indikerar statistisk signifikans.



**Figure 2.** Förändringar i den genomsnittliga skattningen av aktivt medborgarskap för båda grupperna. P-värdena erhöles från m Wilcoxon Signed Rank Test, \* indikerar statistisk signifikans

Eftersom över hälften (52%) av BF gruppen och 83 % från BT föll bort från uppföljningen gjordes en bortfalls analys genom att jämföra dem som inte svarade med dem som svarade på uppföljningen avseende deras svar vid baslinjen. Det visades att det inte var någon signifikant skillnad mellan svarande och bortfall i BT-gruppen men i BF så hade bortfallet en signifikant högre DUDIT poäng men ingen skillnad i någon annan variabel. Detta innebär att bortfallet inte påverkar resultatet för BT men att i BF så innebär bortfallet att det skattade medelvärdet i tabell 1 för DUDIT vid uppföljningen är lägre än det sanna värdet, dvs de som använde mest droger hösten 2016 bland de boende i BF svarade inte på uppföljningen 2018.

## Diskussion

Föreliggande studie genomfördes i syfte att utvärdera om boende och stöd i Stockholms stads Bostad Först (BF) program mer effektivt leder till återhämtning till aktivt medborgarskap (integration) än boende och stöd i den traditionella boendetrappan (BT) gör. Utvärderingen har skett över en 18 månaders uppföljningsperiod. Dessutom undersökte vi om det fanns skillnader i utvecklingen av uppfattat socialt stöd och bruk av alkohol och droger mellan BF och BT.

En longitudinell analys av upprepade mätningar på individer i de båda grupperna var bara möjlig att genomföra på ett litet antal personer men resultaten visade att brukarna i BF skattade en signifikant ökning av det aktiva medborgarskapet och att brukarna i BT skattade en signifikant minskning i aktivt medborgarskap under uppföljningsperioden. Det innebär att BF mer effektivt leder till återhämtning bland långvarigt hemlösa personer med aktivt missbruk och/ eller psykiska problem än vad BT gör. Att det inte visades några skillnader i bruket av alkohol och droger är i enlighet med föregående studie (Källmen & Blid, 2016) och kan bero på skademinimeringsprincipen som tillämpas inom BF. Principen innebär att användning av alkohol och droger inte är ett hinder för boende i BF. Bortfallsanalysen visade att de i BF som föll bort från uppföljning hade högre droganvändning vid baslinjen än de som svarade på uppföljningen. Antagandet att hög droganvändning medför sämre återhämtning leder till slutsatsen att även den uppmätta bättre återhämtningen i BF skulle kunna bero på att de med sämre återhämtning inte svarat.

Kriterierna som ska vara uppfyllda för att erbjudas en lägenhet i BF är att vara hemlös sedan en längre period och ha svårt att behålla en placering. Om socialtjänsten har följt instruktionerna och fördelat brukare med tyngst problematik till BF-gruppen i högre grad än till kontrollgruppen så kan det förklara resultatet med högre droganvändning i BF.

BF i Stockholmsstads regi arbetar delvis med ICM och därför borde stödet skattas som bättre i BF än i BT. Att detta inte bekräftades i den longitudinella analysen kan indikera att stödet fortfarande inte är så mycket bättre än det som ges av boendestödjarna i BT. Trots detta förbättras återhämtningen.

## Begränsningar

Urvalet i denna studie har varit långvarigt hemlösa som tidigare misslyckats att få stabilt boende genom BT. Dessa har ofta ett aktivt missbruk och/eller psykiska problem. Resultatet kan därför inte till fullo generaliseras till andra grupper hemlösa.

En baslinjemätning ska helst göras före interventionens start men i denna studie har den genomförts ett halvår efter att interventionen startat. Det innebär att BF var påverkad av interventionens möjliga effekter redan vid baslinjen .

Stödet och vilka beståndsdelar som är verksamma är ämnet för vidare forskning.

#### Referenser

Bergman, H., & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol and Alcoholism*, 37, 245-251.

Bergman, H., Berman, A. H., Palmstierna, T., & Schlüter, 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(1):22-31

Berman, A. H., Wennberg, P., & Källmén, H. *Audit och Dudit – Identifiera problem med alkohol och droger*. Stockholm: Gotia förlag, 2012

Best, D., De Alwis, S. ., & Burdett, D. (2017). The recovery movement and its implications for policy, commissioning and practice. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 34(2), 107-111.

Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 6, 513-523

Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 6;1.

Giffort D, Schmook A, Woody C, Vollendorf C, Gervain M. The Recovery Assessment Scale. In: Ralph RO, Kidder KA, & The Recovery Advisory Group. *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute, 2000:7–8.

Källmén, H., Wennberg, P., Lefman, H., Bergman, H., & Berman, A. H. (2011). Alcohol habits in Sweden during 1997-2009 with particular focus on 2005 – 2009, assessed with the AUDIT: a repeated cross sectional study. *European Addiction Research*, 17, 90-96.

Källmén, H., Wennberg, P., Ramstedt, M., & Hallgren, M. (2015). Changes in alcohol consumption between 2009 and 2014 assessed with the AUDIT. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 381-384.

Källmén, H., Blid, M. (2016). Free from homelessness: Is “housing first” the solution. ? - A comparison with the Staircase Model. A feasibility study. *International Archives of Addiction Research and Medicine*. 2:1

Utvärderingsrapporten saknas här!



Källmén, H., Hed, A., Elgán, T.(2017). Collaboration between community social services and health care institutions – the use of a Collaborative Individual Plan. *Nordic Journal of Alcohol and Drugs*.34(2), 119-130..

Padgett DK (2006) There is no place like(a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the united states. *Social Science and Medicine* 64: 1925-1936.

Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 80: 1-28.

Tsemberis S (1999) From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of community psychology* 27: 225-241.

Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M (2004) Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 94: 651-656.

Zimet, G., Dalem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, (1), 30-41.