



Insatser för att minska hemlöshet för personer med missbruk, beroende och psykisk ohälsa

SBU KOMMENTERAR | SAMMANFATTNING OCH KOMMENTAR AV ANDRA AKTÖRERS KUNSKAPSÖVERSIKTER

JUNI 2018 | WWW.SBU.SE/2018_04

Inledning

Hemlöshet är ett problem både i Sverige och internationellt. Den kan negativt påverka en persons livskvalitet samt fysiska och psykiska hälsa [1–3]. Det är därför av stor vikt att försöka minska hemlösheten, både genom förebyggande insatser och insatser för att minska antalet dagar en individ är utan boende.

Personer som befinner sig i hemlöshet är en heterogen grupp i olika åldrar, där vissa enbart behöver stöd i form av en bostad medan andra har problem med missbruk, psykisk ohälsa och behov av försörjningsstöd för att klara sin ekonomi [4]. I Socialstyrelsens definition av hemlöshet ([Faktaruta 1](#)) ingår akut hemlöshet, avsaknad av boende efter institutionsvistelse, kortsiktiga boenden hos familj, släkt eller andra privatpersoner samt den sekundära bostadsmarknaden. Den sekundära bostadsmarknaden innebär att kommunen står för bostaden och hyr ut i andra hand, till exempel i form av träningslägenhet. Den svenska definitionen av hemlöshet är bredare än många andra länders definitioner, bland annat på grund av den sekundära bostadsmarknaden. Det avspeglar sig i statistiken över hemlöshet i Sverige där 33 250 personer bedöms som hemlösa, i jämförelse med Norge där mellan 5 000–6 500 personer bedöms som hemlösa [5].

Här sammanfattar och kommenterar SBU en [systematisk litteraturoversikt](#) från Folkehelseinstituttet i Norge [5]. Översikten har jämfört insatser för hemlösa, och för de som riskerat att bli hemlösa, och sedan analyserat insatsernas effekter på hemlöshet. I Sverige bistår socialtjänsten personer i hemlöshet med de insatser som beskrivs i översikten: Case management, ”bostad-först” där case management ingår som en del, drogfria boenden, boenden utan krav på nykterhet och behandlingshem ([Faktaruta 2](#)). Undantaget är bostadskuponger (housing vouchers). Resultaten av denna insats ingår därför inte heller i vår kommentar. Det finns även andra insatser som de svenska kommunerna kan bistå personer med,

bland annat skuldsanering och vräkningsförebyggande arbete. Dessa insatser ingår dock inte i den kommenterade översikten.

Kommenterad rapport

Munthe-Kaas H, Berg RC, Blaasvær N. [Effectiveness of interventions to reduce homelessness. A systematic review](#). Folkehelseinstituttet. Research overview 2016.

Publicerad: December 2016

Senaste sökning: Januari 2016

SBU:s sammanfattning

Den systematiska översikten omfattar 43 randomiserade kontrollerade studier, varav alla utom en bedömdes ha hög risk för systematisk snedvridning, så kallad bias ([Faktaruta 4](#)). Huvudfynden i översikten är att case management med hög intensitet troligen är effektivare än traditionella insatser när det gäller att minska antalet personer som befinner sig i hemlöshet (måttlig tillförlitlighet enligt GRADE, se [Faktaruta 4](#)). De traditionella insatserna i översikten är dagcentraler/kontaktpunkter, såsom ”drop in centers”, viss tillgång till case management och ”peer coaching”.

”Bostad-först” är möjligen effektivare än traditionella insatser för att minska hemlösheten (låg tillförlitlighet enligt GRADE, se [Faktaruta 4](#)) och troligen effektivare än traditionella insatser för att öka stabiliteten i boende (måttlig tillförlitlighet enligt GRADE, se [Faktaruta 4](#)).

Det finns inga indikationer på att ”bostad-först” eller case management skulle leda till sämre utfall än traditionella insatser för dem som är hemlösa eller befinner sig i en riskgrupp för att bli hemlösa.

SBU:s kommentarer

- ▶ SBU:s bedömning av den systematiska översiktens huvudfynd är att case management med hög intensitet troligen är effektivare än traditionella insatser när det gäller att minska antalet personer som befinner sig i hemlöshet. ”Bostad-först” är möjligen effektivare än traditionella insatser för att minska hemlöshet och troligen effektivare för att öka stabiliteten i boende.
- ▶ Alla studier i den systematiska översikten, utom en, bedömdes ha hög risk för systematisk snedvridning, vilket Folkehelseinstituttet tagit hänsyn till i bedömningen av sin tillförlitlighet till resultaten. I vissa bedömningar lägger SBU större vikt vid studieunderlagens bristande storlek, se avsnittet Resultat. Det resulterar i att SBU bedömer dessa resultat som mindre tillförlitliga än Folkehelseinstituttet.
- ▶ Personer i hemlöshet i Sverige har i relativt hög grad en beroendeproblematik. Översikten adresserar inte frågan om ”bostad-först” eller case management kan minska beroendeproblematiken.
- ▶ Ingen av de 43 studierna är genomförda i Sverige. Ett stort antal är genomförda i Nordamerika, därför kan det finnas problem med resultatens överförbarhet till svenska förhållanden. Det finns därför behov av effektutvärderingar i Sverige. Namngivna insatser i Sverige bör jämföras med varandra, snarare än att jämföra med det som benämns som traditionella insatser (vilka var bristfälligt beskrivna i studierna).
- ▶ Det finns behov av studier om kostnader och kostnadseffektivitet för insatserna, men översikten inkluderar inte detta. Översikten inkluderar inte heller hemlösas upplevelser av insatserna, vilket borde inkluderas i kommande översikter, liksom eventuella negativa effekter av insatserna.

Sammanfattning av den systematiska översikten

Studierna i den systematiska översikten

Den systematiska översikten sammanfattade resultat från 43 randomiserade kontrollerade studier. I majoriteten av studierna var deltagarna hemlösa personer som bedömdes ha psykisk ohälsa och/eller substansberoende, eller tillhörde en grupp som riskerade att

bli hemlösa (på grund av psykisk ohälsa och/eller substansberoende, nyligen utkomna från fängelse eller med ett instabilt/kortvarigt boende). Hemlöshet definierades i översikten som personer vilka bor på gatan, härbärgen eller i tillfälliga boenden. Tiden för uppföljning i studierna var minst 12 månader.

I översikten utvärderades effekterna av insatserna case management och/eller skilda former av boendeprogram, bland annat ”bostad-först” i jämförelse med traditionella insatser. De traditionella insatserna i översikten är dagcentraler/kontaktpunkter, såsom ”drop in centers”, viss tillgång till case management och ”peer coaching”.

De primära utfallsmåtten var hemlöshet och stabilitet i boende.

Cirka 10 570 individer var inkluderade i studierna. Majoriteten av studierna hade genomförts i USA (n=37), tre i England och en var i Danmark, Kanada och Australien. 13 studier var publicerade efter 2010, 13 studier mellan 2000 och 2009, och 17 studier före 2000. Kostnadseffektivitetsstudier avseende interventionerna ingick inte i översikten.

Resultat

Case management

Case management med hög intensitet visade bättre effekt än traditionella insatser, mätt som självrapporterad hemlöshet 12–18 månader efter insatsen, [relativ risk \(RR\)](#) 0,59 (95 % [KI](#), 0,41 till 0,87). Underlaget baserades på tre studier (n=806). [Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som måttligt](#)¹.

Case management med hög intensitet ökade antalet personer med stabilt boende jämfört med traditionella insatser, mätt med självrapportering efter 12–18 månader, [RR](#) 1,26 (95 % [KI](#), 1,07 till 1,49). Underlaget baserades på två studier (n=226). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt.

Case Management med hög intensitet reducerade antal dagar som personerna var hemlösa i jämförelse med traditionella insatser, mätt som självrapporterad hemlöshet efter 12–24 månader, [standardiserad medelvärdeskillnad \(SMD\)](#) –0,27 (95 % [KI](#), –0,46 till –0,09). Underlaget baserades på sex studier (n=1 198). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt.

¹ Evidensgradering av samtliga redovisade resultat är utförda av författarna till den systematiska översikten.

Case management med hög intensitet var inte bättre än traditionella insatser när det gällde antalet personer som upplevde någon form av hemlöshet under uppföljningstiden på två år, RR 1,08 (95 % KI, 0,69 till 1,72). Underlaget baserades på tre studier (n=1 635). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt.

Vid jämförelse mellan hög och låg grad av intensitet i case management sågs ingen signifikant skillnad vad gällde tiden som personerna hade ett stabilt boende efter 36 månader, SMD 0,1 (95 % KI, -0,1 till 0,29). Underlaget baserades på tre studier (n=458). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt.

Boendeprogram

Den systematiska översikten utvärderade även drogfria boenden, boenden utan krav på nykterhet eller drogfrihet, ”bostad-först” samt behandlingshem.

Det är oklart om drogfria boenden (förbud mot intag av alkohol och droger) tillsammans med case management medförde fler dagar i stabilt boende efter 12 månader, jämfört med traditionella insatser. Medelskillnad 6,4 dagar (95 % KI, 6,18 till 6,62). Underlaget baserades på en studie (n=323). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som mycket lågt.

Drogefria boenden i kombination med dagbehandling minskade antalet hemlöshetsdagar i jämförelse med traditionella insatser (52 dagar färre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen). Underlaget baserades på en studie (n=131). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt².

Boenden utan krav på nykterhet eller drogfrihet i kombination med en högintensiv case management minskade hemlöshet i jämförelse med traditionella insatser. Hemlöshet definierades som andel av tid i hemlöshet vid uppföljning efter 24 månader. Interventionsgruppen tillbringade i genomsnitt 26,7 procent mindre tid som hemlös jämfört med kontrollgruppen (95 % KI, 39,2 till 14,2). Underlaget baserades på en studie (n=168). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt².

² Bedömningen av evidensstyrkan i resultatet skattas lägre av SBU än av norska Folkehelseinstituttet, styrkan i resultatet bedöms av SBU som mycket lågt (inte lågt). SBU bedömer att evidensstyrkan är mycket låg på grund av att resultaten enbart bygger på en studie med få deltagare (bristande precision), samt att studien har hög risk för systematisk snedvridning.

”Bostad-först”, där case management ingår som en del, minskade hemlöshetsdagar i jämförelse med traditionella insatser. ”Bostad först” hade 62,5 dagar färre i hemlöshet än traditionella insatser mätt som självrapporterad hemlöshet efter 18 månader (86,86 dagar till 38,14 dagar). Underlaget baserades på en studie (n=405). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som måttligt³.

”Bostad-först”, där case management ingår som en del, hade fler personer i stabilt boende under en uppföljningstid på 24 månader (73 % jämfört med 32 % i den traditionella insatsen). Underlaget baserades på en studie (n=2 148). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som måttligt.

”Bostad-först”, där case management ingår som en del, ökade antalet personer i permanent boende vid uppföljning efter 20 månader, i jämförelse med traditionella insatser, RR 1,93 (95 % KI, 1,19 till 3,15). Underlaget baserades på en studie (n=260). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt⁴.

Behandlingshem i kombination med case management ökade bostadsstabiliteten efter 12 månader i jämförelse med traditionella insatser (69 % i interventionsgruppen rapporterade att de var i ett permanent boende, jämfört med 30 % som fått traditionella insatser). Underlaget baserades på en studie (n=49). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes som lågt⁴.

Den systematiska översikten innehåller utöver dessa resultat en mängd olika utfallsmått. För ytterligare information hänvisas till denna.

³ Bedömningar av evidensstyrkan i resultatet skattas här lägre av SBU än av norska Folkehelseinstituttet, styrkan i resultatet bedöms av SBU som låg tillförlitlighet (inte måttlig). SBU bedömer att evidensstyrkan är låg på grund av resultaten enbart bygger på en studie med få deltagare (bristande precision), och att det finns viss risk för systematisk snedvridning.

⁴ Bedömningar av evidensstyrkan i resultatet skattas här lägre av SBU än av norska Folkehelseinstituttet, styrkan i resultatet bedöms av SBU som mycket lågt (inte lågt). SBU bedömer att evidensstyrkan är mycket låg på grund av resultaten enbart bygger på en studie med få deltagare (bristande precision), samt att studien har hög risk för systematisk snedvridning.

Den systematiska översiktens slutsatser

”Bostad-först” och case management förbättrar troligen stabiliteten i boende och minskar hemlöshet jämfört med traditionella insatser.

Behov av framtida forskning enligt den systematiska översikten

Det behövs ytterligare forskning om insatserns effekter på hemlöshet i andra länder än i USA. Författarna identifierade även hemlösa ungdomar och familjer som en viktig grupp att studera.

SBU:s granskning av den systematiska översikten

Vid SBU:s genomgång av översikten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [6]. SBU:s bedömning av översikten är att den uppfyller definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt, såsom redovisad litteratursökning och dataextraktion. Översiktens författare har genomfört en gradering av resultatens evidensstyrka enligt GRADE, som är ett system för strukturerad professionell bedömning, och som genomförs transparent, med möjlighet för mottagaren att bedöma tillförlitligheten till delresultaten delvis annorlunda.

Faktaruta 1 Hemlöshet i Sverige

Enligt socialstyrelsens kartläggning (2017) var 33 250 personer (cirka en tredjedel var kvinnor) hemlösa. En av tio hade varit hemlös i mer än tio år och över 50 procent hade befunnit sig i hemlöshet i minst ett år. Den största gruppen, drygt 15 800 personer, hade socialtjänsten ordnat en boendelösning för, såsom försöks- och träningslägenhet, kommunalt kontrakt eller motsvarande, varav cirka 250 personer hade fått ”Bostad-först”. Denna grupp bestod av ungefär lika många män som kvinnor. Relativt många hade en beroendeproblematik (33 % av männen och 14 % av kvinnorna) eller psykisk ohälsa (25 % av männen och 24 % av kvinnorna).

Den näst största gruppen, cirka 5 900 personer, befann sig i akut hemlöshet (59 % män och 41 % kvinnor). De kunde befinna sig på ett härbärge, vara uteliggare eller bo i bilar etc. I denna grupp bedömdes 42 procent av männen och 18 procent av kvinnorna ha en beroendeproblematik samt 30 procent av männen och 23 procent av kvinnorna ha en psykisk ohälsa.

Cirka 5 700 personer hade ett eget ordnat kortsiktigt boende. De bodde hos familjer, vänner, hade andrahandskontrakt eller liknande. Gruppen bestod av 66 procent män och 34 procent kvinnor. I denna grupp bedömdes 34 procent ha ett missbruk eller ett beroende och 30 procent en psykisk ohälsa.

Den sista gruppen, cirka 4 900 personer, bodde på institution. Det kunde vara ett hem för vård och boende (HVB), ett familjehem eller en kriminalvårdsanstalt och utan egen ordnad bostad inför utskrivningen. Majoriteten i den gruppen bestod av män (79 %). En stor andel i denna grupp bedömdes ha en beroendeproblematik (64 %) eller en psykisk ohälsa (43 %).

Faktaruta 2 Interventionerna i den systematiska översikten

Syftet med översikten var att sammanfatta empirisk forskning och bedöma effekten på hemlöshet och bostadsstabilitet vid olika former av boenden, samt hög- och lågintensiv case management.

Nedan beskrivs insatserna i översikten som kan ges enskilt eller i kombination:

Case management

Case management innebär att personen tilldelas en utvald case-manager som bedömer, planerar och främjar de insatser som personen har behov av utifrån hälsa och sociala situation. Intensiteten i insatsen kan variera. En specifik form av case management är ”critical time intervention” där insatsen ges i perioder om tre månader och minskar i intensitet under tiden. I översikten särskiljs även intensiteten i insatsen, där den delas in i låg- och högintensiv. Med högintensiv case management avses utöver ”critical time intervention” även en form som kallas Assertive community treatment (ACT). Då samarbetar ett team som består av bland annat socialarbetare, sjuksköterskor och psykiatriker runt personen. ACT kan ges 24 timmar om dygnet, 7 dagar per vecka, vilket liknar intensiv case management. Den lågintensiva formen avses när case-managern har fler än 15 klienter, träffar klienten mer sällan än en gång i veckan, alternativt när intensiteten inte alls är beskriven, eller omnämns som standard.

”Bostad-först”

”Bostad-först” är en boendemodell utan krav på nykterhet eller drogfrihet som ger hemlösa med beroendeproblematik och/eller psykisk ohälsa en permanent bostad och inkluderar case management.

Drogfria boenden

(abstinence-contingent housing programs)

Ett boende eller en boendeinstitution för hemlösa med krav på att personen ska vara nykter och drogfri under boendet.

Boenden utan krav på nykterhet eller drogfrihet (non-abstinence-contingent housing programs)

Ett boende för hemlösa där det inte finns några krav på nykterhet eller drogfrihet.

Behandlingshem där case management ingår

Ett boende för hemlösa med en beroendeproblematik och/eller psykisk ohälsa där behandling ingår.

Faktaruta 3

Systematisk litteraturoversikt

Rapport där man systematiskt sökt vetenskaplig litteratur, kvalitetsgranskat denna och vägt samman forskningsresultat från hela världen. Studierna som ingår är randomiserade och kontrollerade (RCT).

Riskkvot

Risk ratio (RR) är ett jämförelsetal som utgör kvoten mellan risktalen hos två undersökta grupper: 1 = ingen skillnad, <1 risken med interventionen var lägre än kontrollalternativet, > risken med interventionen var högre.

Standardiserad medelskillnad

Standardised mean difference (SMD) är ett generellt standardiserat mått för att visa skillnader i effekt när man använt olika skalor och mått i olika studier. Medelvärdeskillnaden divideras med en vägd spridning (standarddeviation) avseende interventions- respektive kontrollgrupp. Vanligtvis uppfattas 0,2 till 0,5 som en liten skillnad, 0,5 till 0,8 som en måttlig skillnad och >0,8 som en stor skillnad.

Konfidensintervall (KI)

Ett talintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet av till exempel ett medeltal eller oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet.

Faktaruta 4 Evidensstyrka utifrån GRADE

En systematisk litteraturoversikt väger samman resultat från olika studier. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) för att redovisa bedömning av tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos varje sammanvägt delresultat (utfall) i översikten.

Bedömningen innefattar, för varje sådant delresultat:

- hur stor risken är för systematiska fel i studierna (eng. bias, snedvridning),
- hur mycket studierna motsäger varandra (eng. inconsistency, bristande samstämmighet),
- i vilken grad som de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan (engelska: indirectness, bristande överförbarhet),
- hur stor den statistiska osäkerheten är (eng. imprecision, bristande precision) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (eng. publication bias).

Hänsyn tas också till storleken på delresultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt i vilken riktning som tänkbara snedvridande faktorer kan förväntas verka.

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- Det sammanvägda resultatet har **hög tillförlitlighet** (⊕⊕⊕⊕)
- Det sammanvägda resultatet har **måttlig tillförlitlighet** (⊕⊕⊕○)
- Det sammanvägda resultatet har **låg tillförlitlighet** (⊕⊕○○)
- Det sammanvägda resultatet har **mycket låg tillförlitlighet** (⊕○○○)

Faktaruta 5

Campbell Collaboration har påbörjat ett arbete med att samla alla systematiska översikter på hemlöshetsområdet, se <https://campbellcollaboration.org/blog/homelessness-evidence-and-gap-map.html>

Referenser

1. Beijer U, Wolf A, Fazel S (2012). Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 12, 859-70.
2. Beijer U, Bruce D, Burström B (2016). Changes over time in the risk of hospitalisation for physical diseases among homeless men and women in Stockholm? A comparison of two cohorts. *Scand J Public Health*. 44:784-790.
3. Fazel S, Kosla V, Doll H, Geddes J (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PloS Med* 2008; 5:e225
4. Socialstyrelsen (2017) Hemlöshet 2017-omfattning och karaktär
5. Munthe-Kaas H, Berg RC, Blaasvær N. Effectiveness of interventions to reduce homelessness. A systematic review. Rapport – 2016. Oslo: Folkhelseinstituttet, 2016.
6. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.

Projektgrupp

Sakkunnig

Ulla Beijer, Med.dr/PhD, forskare, Klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

SBU

Therese Åström, projektledare

Granskare

Hans Swärdh, professor, Lunds Universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saktlighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU kommenterar och sammanfattar andra aktörers kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

SBU Kommenterar nr 2018_04

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU
Grafisk produktion: Anna Edling, SBU

SBU – Statens beredning för
medicinsk och social utvärdering
Telefon: 08-412 32 00
E-post: registrator@sbu.se
Webbplats: www.sbu.se

Innehållsdeklaration

- ✓ Utvärdering av ny/etablerad metod
- ✓ Systematisk litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- ✓ Sammanvägning av resultat
- ✓ Evidensgradering gjord av SBU
- ✓ Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturöversikt

- Konsensusprocess
- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
Patienter/brukare medverkat
Etiska aspekter
Ekonomiska aspekter
- ✓ Sociala aspekter
Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
Godkänd av SBU:s nämnd