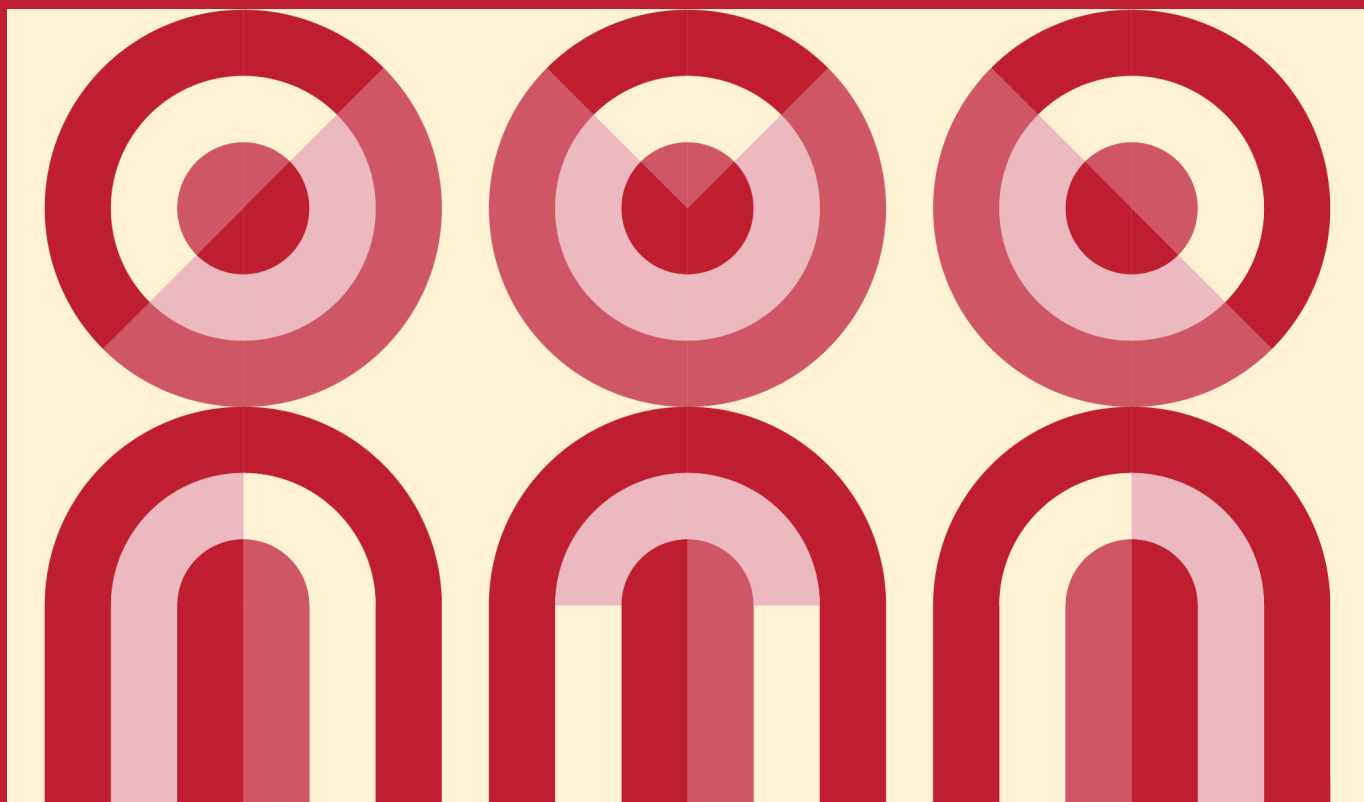


Brug af velfærdssystemet blandt borgere i hjemløshed

En registerbaseret undersøgelse af brug af velfærdssystemets
indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed



Brug af velfærdssystemet blandt borgere i hjemløshed – En registerbaseret undersøgelse af brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed

© VIVE og forfatterne, 2024

Version 1.1 – Rettelser til kapitel 3 og 4 samt Hovedresultater

e-ISBN: 978-87-7582-339-0

Projekt: 302747

Finansiering: Social- og Boligstyrelsen. Publikationen er udarbejdet for Det Nationale Partnerskab mod Hjemløshed. Social- og Boligstyrelsen og Social-, Bolig- og Ældreministeriet har sekretariatsfunktionen for Det Nationale Partnerskab mod Hjemløshed.

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed. I rapporten tegnes en profil af borgere i hjemløshed, og brugen af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer afdækkes for forskellige grupper af borgere i hjemløshed, herunder brugere af § 110-boformerne.

Undersøgelsen er udarbejdet for Det Nationale Partnerskab mod Hjemløshed, der består af en bred vifte af aktører på hjemløshedsområdet og er nedsat til at følge omlægningen af indsatsen på hjemløshedsområdet ud fra Housing First-tilgangen. Undersøgelsen har til formål at bidrage med et vidensgrundlag, der kan understøtte denne omlægning.

Seniorforsker Lars Benjaminsen har været projektleder for undersøgelsen og er rapportens hovedforfatter. Senioranalytiker Morten Holm Enemark har været projektmedarbejder.

Vi retter en tak til to anonyme reviewere, der har kommenteret på rapporten.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Social- og Boligstyrelsen, der sammen med Social-, Bolig- og Ældreministeriet har sekretariatsfunktionen for Det Nationale Partnerskab mod Hjemløshed.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
Afrapportering	16
1 Indledning	17
1.1 Baggrund	17
1.2 Formål	23
1.3 Metode	24
1.4 Læsevejledning	25
2 Profil af borgere i hjemløshed	27
2.1 Forskellige typer af hjemløshedssituationer	27
2.2 Profil af boformsbrugere	29
2.3 Gadesovere og sofasovere	50
2.4 Opsamling	55
3 Brug af velfærdssystemets indsatser	57
3.1 Sociale indsatser	58
3.2 Sundhedsydelser	68
3.3 Misbrugsbehandling	84
3.4 Hjemmehjælp og hjemmesygepleje	88
3.5 Fængsel og retsvæsen	92
3.6 Beskæftigelsesindsatser	97
3.7 Overførselsydelser	100
3.8 Opsamling	105
4 Omkostninger ved brug af velfærdssystemets indsatser	107
4.1 Gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser	108
4.2 Samlede udgifter til indsatser og ydelser	119
4.3 Udgifter opdelt på stat/region og kommune	121
4.4 Opsamling	124
5 Perspektiver på udbredelsen af Housing First	126

Dokumentation	136
<hr/>	
6 Metode og data	137
6.1 Undersøgelsesdesign	137
6.2 Analysepopulationer	139
6.3 Analyser	141
6.4 Undersøgelsens indikatorer	143
<hr/>	
Litteratur	149
<hr/>	
Bilag 1 Bilagstabeller	152

Hovedresultater

I denne rapport præsenteres resultaterne af en registerbaseret undersøgelse af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed. Undersøgelsen har til formål at tilvejebringe viden, der kan understøtte omlægningen af indsatsen på hjemløshedsområdet ud fra Housing First-tilgangen og bidrage til at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for borgerne.

Undersøgelsen afdækker, hvad der kendetegner forskellige grupper af borgere i hjemløshed, herunder borgere i langvarig hjemløshed. Rapporten beskriver også, hvad der kendetegner brugen af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer i de forskellige grupper. Derved opnås et indblik i det samlede ressourceforbrug til borgere i hjemløshed og sammensætningen heraf på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer og områder. Ud fra disse analyser – og sammenholdt med eksisterende viden om indsatser til borgere i hjemløshed – peges der på opmærksomhedspunkter i forhold til omlægningen af indsatsen mod hjemløshed ud fra Housing First-tilgangen, herunder potentialer for at optimere den samlede ressourceanvendelse på området.

Forskellige grupper af boformsbrugere

Undersøgelsens primære analysefokus er på brugere af § 110-boformer (herberger og forsorgshjem for borgere i hjemløshed). Boformsbrugerne udgør generelt den største gruppe blandt borgere i hjemløshed og er identificeret gennem den løbende registrering af brugen af boformerne året rundt i Danmarks Statistiks boformsregister. Rapportens analyser viser, at boformsbrugerne kan opdeles i tre forskellige grupper – dem med henholdsvis kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold. Boformsbrugere med kortvarigt ophold er kendetegnet ved få og korte ophold på boformerne. Selvom denne gruppe antalmæssigt er den største gruppe med 64,4 % af boformsbrugerne, står de sammenlagt kun for 21,6 % af det samlede antal opholdsdage på boformerne. Gruppen med episodisk ophold er kendetegnet ved mange kortere ophold på boformerne. Antalmæssigt er de den mindste af de tre grupper med 8,5 % af alle boformsbrugere, og de står sammenlagt for 17,9 % af alle opholdsdage på boformerne. Gruppen med langvarigt ophold er kendetegnet ved forholdsvis få, men lange ophold på boformerne. De udgør 27,1 % af alle boformsbrugerne, men står for størstedelen, 60,5 %, af opholdsdagene på boformerne. I forhold til målsætningen om at gøre op med langvarig hjemløshed bidrager disse resultater således med en viden om, at gruppen med mange opholdsdage på § 110-boformerne fordeler sig på to forskellige grupper. Grupperne med episodisk ophold og langvarigt ophold har således et nogenlunde lige stort antal opholdsdage på boformerne, men mønstret i brugen af boformerne er meget forskelligt i de to grupper.

Høj kompleksitet i udsatheden blandt en stor del af boformsbrugere

I rapporten tegnes en profil af de tre grupper af boformsbrugere og af gruppen af boformsbrugere som helhed. Analyserne viser, at en betydelig del af boformsbrugere har en forholdsvis høj kompleksitet i udsatheden. I den samlede gruppe af boformsbrugere er det 80 %, der er registreret med en psykisk lidelse og/eller et misbrugsproblem, mens 45 % af boformsbrugere er registreret med en dobbeltproblematik mellem både en psykisk lidelse og et misbrugsproblem. Særligt blandt de midaldrende og ældre boformsbrugere er der også en forholdsvis høj andel, der har fysiske helbredsproblemer.

Profilanalysen for de tre grupper af boformsbrugere viser, at gruppen med episodisk ophold skiller sig ud fra de to øvrige grupper, idet denne gruppe har tegn på en særligt høj kompleksitet i udsatheden. Blandt andet finder vi den højeste andel, 65 %, med både en psykisk lidelse og et misbrugsproblem. Denne profil hos brugere med episodisk ophold kan være med til at forklare mønstret i brugen af boformerne i denne gruppe med gentagne, korte ophold. Den høje kompleksitet i udsatheden medvirker formentlig til, at de har svært ved at benytte § 110-boformerne, der samtidig ikke udgør et specialiseret støtte- og behandlingstilbud til denne gruppe.

Når vi ser på de individuelle risikofaktorer, er der derimod ikke væsentlig forskel på profilen af brugere med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold. Eksempelvis er der i begge grupper stort set samme andel, der enten har en psykisk lidelse eller et misbrugsproblem eller er registreret med begge dele. Selvom der ikke er væsentlige observerbare forskelle i udsathedensprofilen mellem de to grupper i de tilgængelige oplysninger i registrene, kan der dog alligevel være forskelle (fx i graden af udsathed), som vi ikke kan se.

En væsentlig forskel gør sig imidlertid gældende i forhold til den geografiske fordeling af grupperne, idet andelen af boformsbrugere med langvarigt ophold er væsentligt højere i hovedstadsområdet end i resten af landet. Det tyder på, at strukturelle forhold, der knytter sig til geografiske forskelle, har en betydelig indvirkning på varigheden af et boformsophold. Selvom det ikke ud fra registeroplysningerne er muligt nærmere at belyse karakteren af denne forskel, er det nærliggende, at boligsituationen i hovedstadsområdet spiller en væsentlig rolle, idet manglen på betalbare boliger gør det vanskeligere at skaffe boliger til borgere i hjemløshed. Dette udgør en barriere for, at borgerne kan komme videre i egen bolig efter et boformsophold, hvilket formentlig er med til at forlænge opholdstiden på boformerne.

Omfattende brug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer

Rapportens analyser viser, at borgere i hjemløshed har et forholdsvis stort forbrug af en række indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. Tabel 1 viser andelen, der er registreret med forskellige udvalgte indsatser og ydelser på forskellige områder for de tre grupper af boformsbrugere – med henholdsvis kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold. Opgørelsen af brugen af indsatser og ydelser er generelt foretaget for kalenderåret 2021, da dette er det seneste år med tilgængelige registeroplysninger om (stort set) alle de indsatser og ydelser, der indgår i analyserne.

Tabel 1 Andel med brug af udvalgte indsatser og ydelser, særskilt for grupper af boformsbrugere, 2021. Procent.

	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021
Sundhedsydelser			
Somatisk heldøgnsindlæggelse	30,3	43,0	25,2
Psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	25,7	28,7	18,0
Hjemmesygepleje	19,3	21,9	13,2
Sociale indsatser			
Individuel social støtte	17,9	19,4	12,5
Social stofmisbrugsbehandling	18,9	29,0	20,2
Kriminalforsorg og retsvæsen			
Fængselsophold	5,7	16,0	6,5
Retssag	32,3	53,2	29,7

Anm.: Kortvarigt ophold: N=2.066; Episodisk ophold: N=975; Langvarigt ophold: N=2.103.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Der ses en forholdsvis høj andel af boformsbrugerne, der er registreret med somatiske eller psykiatriske heldøgnsindlæggelser, social stofmisbrugsbehandling og brug af hjemmesygepleje. Eksempelvis har 28,7 % af boformsbrugerne med episodisk ophold haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse i løbet af 2021, mens det gælder 25,7 % i gruppen med kortvarigt ophold og 18,0 % i gruppen med langvarigt ophold. I gruppen med episodisk ophold har 16,0 % haft et fængselsophold i løbet af 2021, mens denne andel er lavere i de to øvrige grupper. Der er også en forholdsvis høj andel af boformsbrugerne, der er registreret med retssager. Tallene understreger generelt, at borgere i hjemløshed er i kontakt med og benytter indsatser og ydelser i mange forskellige dele af velfærdssystemet og andre offentlige instanser.

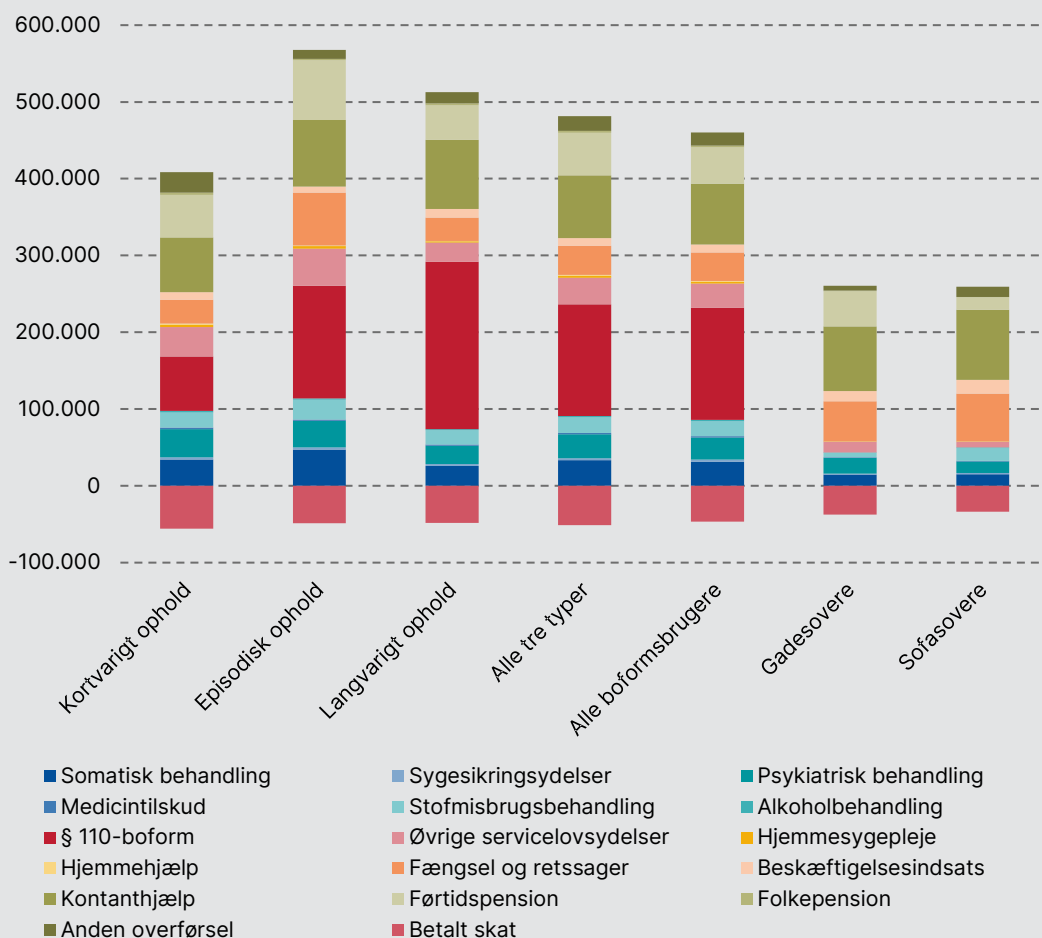
I Tabel 1 vises også den andel, der er registreret med individuel social støtte efter serviceloven (SEL § 85), der i daglig tale ofte benævnes "bostøtte". I gruppen af boformsbrugere med kortvarigt ophold i 2021 er 17,9 % registreret med individuel social støtte i samme år, mens de tilsvarende andele i grupperne med episodisk og langvarigt ophold er henholdsvis 19,4 % og 12,5 %. Her skal man være opmærksom på, at den individuelle sociale støtte som regel først bliver iværksat efter opholdet på boformen, og at borgeren derfor typisk ikke modtager denne støtte, så længe borgeren stadig er indskrevet. Det kan være med til at forklare, at andelen er lavest blandt boformsbrugere med langvarigt ophold, der har befundet sig på boformen en betydelig del af året. Rapportens analyser viser imidlertid, at også når man ser på andelen med individuel social støtte året efter boformsopholdet, er denne andel forholdsvis lav.

Det er bemærkelsesværdigt, at andelen med individuel social støtte efter servicelovens § 85 er så forholdsvis lav. Det gælder ikke mindst, når det tages i betragtning, at den specialiserede sociale støtte (ACT, M-ACT, ICM og CTI), der som led i en indsats ud fra Housing First-tilgangen kan gives til borgeren efter et boformsophold, sædvanligvis vil blive givet under servicelovens § 85. Samtidig omfatter den individuelle sociale støtte også den "almindelige" bostøtte, der typisk ikke er lige så intensiv og fleksibel som den specialiserede støtte efter Housing First-tilgangen. Det er i de nuværende registerdata om brug af servicelovsydelser ikke muligt at skelne mellem den almindelige og den specialiserede bostøtte, men det må antages, at den almindelige bostøtte formentlig udgør hovedparten af den støtte, der er registreret som § 85-bostøtte. Registeranalyserne baseret på de senest tilgængelige registerdata viser således, at i 2021 var det kun omkring en femtedel af boformsbrugerne, der var registreret med individuel social støtte efter serviceloven. Det tyder generelt på, at Housing First-tilgangen med de specialiserede støttemetoder kun i begrænset grad har været udbredt og anvendt i 2021, når vi ser på gennemsnitstallene på landsplan.

Høje gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser pr. borger i hjemløshed

Undersøgelsen afdækker også udgifterne til indsatser og ydelser til borgere i hjemløshed på tværs af velfærdssystemets sektorer. I Figur 1 vises de gennemsnitlige udgifter pr. person til forskellige typer af indsatser og ydelser for forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Gennemsnitligt set er der tale om forholdsvis høje udgifter pr. borger. For alle brugere af § 110-boformer som helhed er den gennemsnitlige bruttoudgift til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer 460.421 kr. pr. person om året (2022-priser). Fraregnes den skat, borgerne betaler (herunder skat af overførselsindkomst), er nettoudgiften på 413.710 kr. pr. person om året på tværs af alle de indsatsområder, der indgår i opgørelsen.

Figur 1 Gennemsnitlige udgifter til indsatser pr. person, særligt for forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Kroner.



Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. Opgørelsen vedrører de indsatser og ydelser, der er registreret i de centrale registre. Analysegruppen 'Alle tre typer' udgøres af de boformsbrugere, der indgår i opdelingen af brugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold. Denne gruppe er afgrænset til boformsbrugere, der var 18 år og derover i 2016. Analysegruppen 'Alle boformsbrugere' udgøres af samtlige borgere, der har haft ophold på en § 110-boform i 2021, og som var 18 år og derover i 2021. Øvrige servicelovsydelser udgøres blandt andet af individuel social støtte (§ 85) samt midlertidige og længerevarende botilbud (§§ 107 og 108). Kortvarigt ophold: N=2.066; Episodisk ophold: N=975; Langvarigt ophold: N=2.103; Alle tre typer: N=5.144; Alle boformsbrugere: N=6.380; Gadesovere: N=146; Sofasovere: N=716.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Blandt boformsbrugerne som helhed fordeler udgifterne sig med cirka en tredjedel af udgifterne til ophold på § 110-boformerne og en tredjedel af udgifterne til de overførselsindkomster, som langt de fleste af boformsbrugerne modtager. Den sidste tredjedel af udgifterne går til indsatser og ydelser i det øvrige velfærdssystem i form af øvrige sociale indsatser, somatisk og psykiatrisk behandling, beskæftigelsesindsatser og udgifter i forbindelse med fængselsophold og retssager.

For alle boformsbrugere set under ét er den gennemsnitlige årlige udgift til ophold på § 110-boformerne på 146.186 kr. pr. person pr. år (i 2021). Udgiften til øvrige servicelovsindsatser udgør 31.733 kr. pr. år, somatisk behandling udgør 31.319 kr. pr. år, psykiatrisk behandling 29.108 kr. pr. år, social stofmisbrugsbehandling 19.504 kr. pr. år, mens udgifter til fængselsophold og retssager i gennemsnit udgør 37.119 kr. pr. år.

Analysen viser også, at udgifterne er højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold med en gennemsnitlig nettoudgift på 518.947 kr. pr. år, efterfulgt af gruppen med langvarigt ophold, hvor den gennemsnitlige nettoudgift er 464.532 kr. pr. år. For boformsbrugere med kortvarigt ophold er nettoudgiften til indsatser og ydelser 352.865 kr. om året.

Udgifterne til ophold på § 110-boformerne er højest blandt boformsbrugere med langvarigt ophold med gennemsnitlige udgifter på 217.764 kr. pr. person pr. år, efterfulgt af boformsbrugere med episodisk ophold med gennemsnitlige årlige udgifter til boformsophold på 146.560 kr. pr. år. I gruppen med kortvarigt ophold er de gennemsnitlige udgifter til ophold på § 110-boformerne 71.190 kr. pr. år.

Gadesovere og sofasovere

Ud over det primære analysefokus på gruppen af boformsbrugere er der i rapportens analyser også et sekundært fokus på gadesovere og sofasovere, hvor den sidstnævnte gruppe er personer, der overnatter midlertidigt hos familie, venner og bekendte på grund af hjemløshed. For begge disse grupper er datagrundlaget dog væsentligt mindre end blandt boformsbrugerne, idet disse grupper er identificeret ud fra "ugetællingen" i den landsdækkende kortlægning af hjemløshed i uge 6, 2022. Det betyder også, at der i modsætning til boformsbrugerne er en tidsforskydning mellem identifikationen af analysegrupperne (uge 6, 2022) og opgørelsen af indsatser og ydelser, baseret på registerdata for 2021.

Også blandt gadesovere og sofasovere er der generelt en høj andel, der er registreret på de risikoindikatorer for udsathed, der indgår i rapportens opgørelser. Der er dog samtidig en tendens til, at færre blandt gadesoverne og sofasoverne end blandt boformsbrugerne har benyttet de forskellige indsatser og ydelser, herunder færre, der er registreret med individuel social støtte efter serviceloven. Det afspejler sig også ved, at de gennemsnitlige udgifter til brugen af indsatser og ydelser generelt er noget lavere blandt gadesovere og sofasovere end blandt boformsbrugerne (jf. Figur 1).

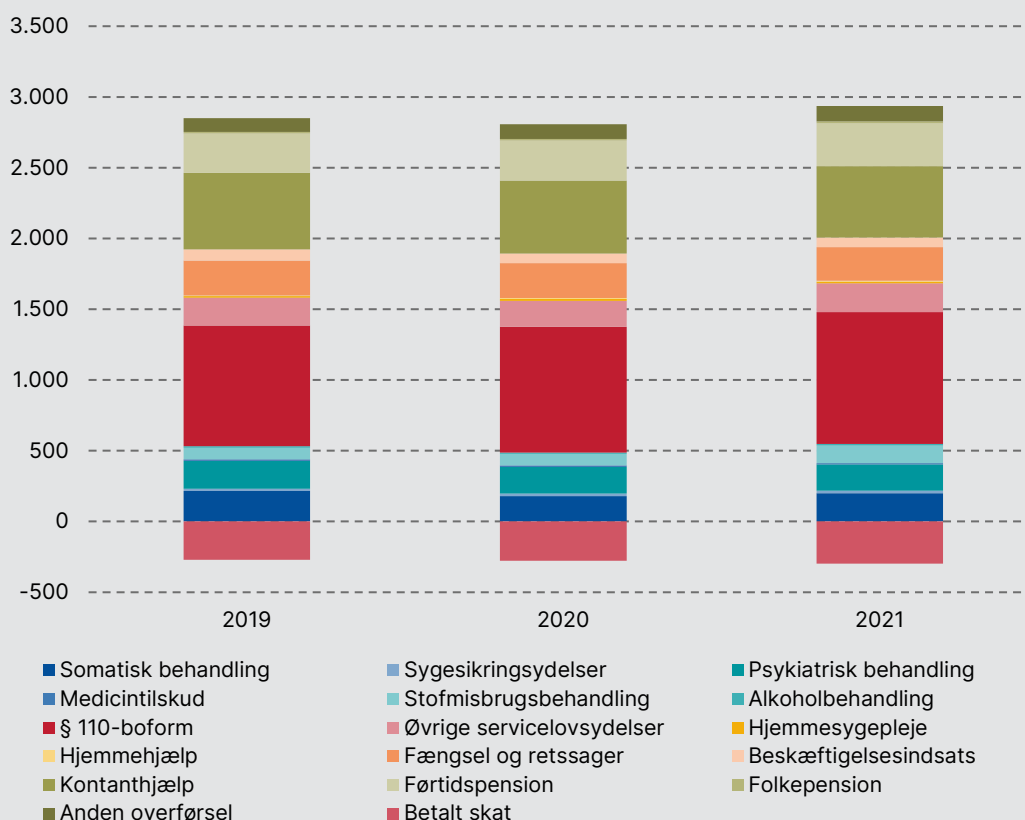
Når de gennemsnitlige udgifter er lavere blandt gadesoverne og sofasoverne end blandt boformsbrugerne, skyldes det blandt andet, at der i disse analysegrupper ikke er udgifter til § 110-boformerne, der som tidligere nævnt andrager cirka en tredjedel af de samlede udgifter blandt boformsbrugerne. Der er dog også et lavere forbrug af forskellige øvrige ydelser blandt gadesoverne og sofasoverne, herunder et lavere forbrug af både somatiske og psykiatriske behandlingsydelser. Den lavere andel med brug af en række forskellige ydelser blandt gadesovere og sofasovere giver anledning til en opmærksomhed på, at disse grupper formentlig i højere grad står uden for velfærdssystemets indsatser og ydelser, og at der er et generelt behov for at sikre, at disse grupper kommer i kontakt med velfærdssystemets støtteindsatser, og at de får den indsats, de har behov for.

Høje samlede udgifter til indsatser og ydelser

I rapportens analyser opgøres også de samlede udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer. Disse opgørelser er udelukkende foretaget for gruppen af boformsbrugere, mens en tilsvarende beregning ikke er foretaget for gadesovere og sofasovere. Det skyldes, at vi for boformsbrugerne kan identificere totalpopulationen af alle personer, der har benyttet § 110-boformerne i løbet af et år. For grupperne af gadesovere og sofasovere er der derimod ikke tale om en sådan totalpopulation, idet disse grupper som nævnt er identificeret på baggrund af data fra ugetællingen i kortlægningen af hjemløshed. I Figur 2 vises det samlede forbrug af indsatser og ydelser til den samlede gruppe af de ca. 6.000 personer, der er indskrevet på § 110-boformerne i løbet af et år. Opgørelserne er foretaget for årene 2019, 2020 og 2021.

Figur 2 viser, at de samlede udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige områder og sektorer i alt udgør knap 3 mia. kr. om året for den samlede gruppe af boformsbrugere. Figuren viser også, at det samlede udgiftsniveau til indsatser og ydelser til denne gruppe er nogenlunde konstant opgjort over de 3 år.

Figur 2 Samlede udgifter til indsatser for brugere af § 110-boformer. Mio. kroner.



Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. 2019: N=6.336; 2020: N=6.201; 2021: N=6.380.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Udgifterne fordeler sig mellem forskellige offentlige kasser

Rapportens analyser viser endvidere, hvorledes udgifterne til indsatser og ydelser til borgere i hjemløshed fordeler sig mellem staten/regionerne og kommunerne. Analyserne viser, at ca. 41 % af de samlede udgifter til indsatser og ydelser, svarende til bruttoudgifter på 1.210 mio. kr., afholdes af staten/regionerne, mens ca. 59 % af udgifterne, svarende til 1.727 mio. kr., afholdes af kommunerne. I den forbindelse skal det påpeges, at denne fordeling er beregnet ud fra brugen af indsatser og ydelser i 2021, og således før de ændrede refusionsregler mellem staten og kommunerne på hjemløshedsområdet, der trådte i kraft i 2023.

Perspektiver for at styrke sammenhængen i indsatsen

Undersøgelsen viser, at borgere i hjemløshed har et forholdsvis stort forbrug af indsatser og ydelser på tværs af forskellige dele af velfærdssystemet. Det skal ses i sammenhæng med, at de fleste borgere i hjemløshed tilhører samfundets allermest udsatte grupper, og at en stor del har tegn på en høj kompleksitet i udsathed. Det er således borgere, der generelt har brug for støtte, hjælp og behandling i forhold til en række sociale og sundhedsmæssige problematikker. Rapportens analyser viser dog også, at en betydelig del af brugen af indsatser og ydelser retter sig mod forskellige former for akutte indsatser – fx brug af § 110-boformer, psykiatriske heldøgnsindlæggelser og fængselsophold. Det afspejler, at borgerne befinder sig i en vanskelig livssituation, og kan samtidig være tegn på, at der mangler sammenhæng og helhed i den samlede indsats for borgeren.

Selvom brugen af indsatser og ydelser samlet set er forholdsvis omfattende, viser analyserne samtidig, at kun cirka en femtedel af borgerne i hjemløshed er registreret med individuel social støtte efter servicelovens § 85. Det er bemærkelsesværdigt, fordi den sociale støtteindsats ud fra Housing First-tilgangen til borgere i hjemløshed, der flytter i egen bolig, typisk gives ud fra denne paragraf. Her peger undersøgelsens resultater således på et generelt behov for en styrkelse af indsatsen. Igen skal det bemærkes, at rapportens analyser – baseret på de senest tilgængelige registerdata – vedrører året 2021, der således er, før en række lovændringer på hjemløshedsområdet trådte i kraft i 2023, og som har til formål at bidrage til udbredelse af Housing First-tilgangen og de specialiserede støttemetoder. Et af de centrale initiativer er, at kommunerne kan få refunderet 50 % af udgifterne til de specialiserede støttemetoder, ACT, M-ACT, ICM og CTI, samtidig med at disse indsatser har fået deres egen paragraf i serviceloven (§ 85 a). Rapportens analyser understøtter i den forbindelse, at der generelt er behov for at øge udbredelsen og anvendelsen af de specialiserede støttemetoder med henblik på at skabe bedre sammenhæng og helhed i indsatsen for borgere i hjemløshed. Analysens resultater giver således anledning til en generel opmærksomhed på, hvorvidt borgere i hjemløshed i tilstrækkelig grad visiteres til individuel social støtte, herunder de specialiserede støttemetoder ud fra Housing First-tilgangen, og om der er en tilstrækkelig kapacitet i disse indsatser i kommunerne.

Analyserne af profilen af borgere i hjemløshed viser, at en betydelig del af borgerne har en forholdsvis høj kompleksitet i udsathed, herunder at en betydelig andel tilhører gruppen med en dobbeltproblematik mellem en psykisk lidelse og et misbrug. Selvom analyserne ikke én til én kan pege på, hvilke af de specialiserede støttemetoder de enkelte borgere har behov for, indikerer resultaterne, at en betydelig del af borgerne vil have behov for en forholdsvis intensiv og langvarig social støtte.

Fakta om undersøgelsen

Registerbaseret undersøgelse af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed.

Identifikation af brugere af § 110-boformer med kortvarigt, episodisk eller langvarigt ophold gennem boformsdata fra Danmarks Statistik og identifikation af gadesovere og sofasovere gennem data fra de nationale kortlægninger af hjemløshed.

Analyser af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser på tværs af sektorer blandt borgere i hjemløshed ved hjælp af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Analyserne er foretaget for 2021, der er det seneste år med registerdata for (stort set) alle de indsatser og ydelser, der indgår.

Den høje andel med både sociale og sundhedsmæssige problematikker – herunder kombinationen mellem hjemløshed, psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsproblemer – peger på behovet for at samtænke de sociale og sundhedsmæssige indsatser i en samlet integreret støtteindsats. I forhold til de specialiserede støttemetoder i Housing First-tilgangen peger dette særligt i retning af et behov for at bringe ACT-metoden i spil, idet denne metode bygger på et integreret, tværfagligt støtteam med både sociale og sundhedsfaglige medarbejdere. Indsatsen benyttes imidlertid kun i meget begrænset grad i det eksisterende velfærdssystem i dag. En væsentlig barriere for at anvende ACT-metoden i det eksisterende velfærdssystem er, at de forskellige fagligheder og medarbejdere, der

indgår i en sådan integreret, tværfaglig indsats, er placeret i flere forskellige sektorer i velfærdssystemet i både regioner og kommuner samt i forskellige kommunale forvaltninger. Samtidig kan en ACT-indsats opfattes som forholdsvis dyr at etablere. Det eksisterende ressourceforbrug til borgere i hjemløshed – herunder udgifter til en række akutte tilbud – er imidlertid forholdsvis højt og overstiger formentlig allerede omkostningerne ved at give en ACT-indsats til borgere i hjemløshed med komplekse støttebehov.

Rapportens analyser giver ikke mulighed for at opstille en egentlig "business case" for brugen af de forskellige indsatser, men der er grund til en opmærksomhed på, at brugen af velfærdssystemets samlede indsatser og ydelser formentlig kan optimeres, herunder at det er vigtigt, at kommunerne har den rette, differentierede vifte af boligtilbud og anvender de specialiserede støttemetoder. Rapportens analyser indikerer i den forbindelse, at udfordringerne med at etablere en sammenhængende og helhedsorienteret individuel støtte i stedet resulterer i et højt forbrug af en række akutte indsatser og ydelser på tværs af det øvrige velfærdssystem for målgruppen af borgere i hjemløshed som helhed. Rapportens resultater peger på et behov for at etablere en bedre sammenhæng og helhed i indsatsen for samfundets mest udsatte borgere i hjemløshed ved i højere grad at benytte de specialiserede støttemetoder til denne gruppe, og at der derved formentlig også ville være et potentiale for at opnå en bedre udnyttelse af samfundets samlede ressourceforbrug til indsatser og ydelser for disse borgere.

> **Afrapportering**

1 Indledning

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed. I dette kapitel opridses undersøgelsens baggrund, formål og centrale problemstillinger. Undersøgelsens metode og datagrundlag gennemgås kort, og der gives en læsevejledning til rapportens kapitler.

1.1 Baggrund

Undersøgelsen tager sit udspring i arbejdet med omlægningen af indsatsen mod hjemløshed ud fra Housing First-tilgangen, hvilket skal bidrage til en målsætning om at reducere antallet af mennesker i hjemløshed og gøre op med langvarig hjemløshed.

Housing First-tilgangen

Housing First-tilgangen er oprindeligt udviklet i USA, og er siden da afprøvet i en række forskellige lande (Tsemberis, 2010; Padgett m.fl., 2016). Housing First-tilgangen går grundlæggende ud på at tilvejebringe sammenhængende bolig- og støtteløsninger for borgere i hjemløshed med henblik på at skabe forudsætninger for, at borgerne kan komme ud af hjemløsheden.

Housing First-tilgangen er generelt baseret på recovery-tilgangen, ifølge hvilken borgere med psykosociale udfordringer (fx psykiske lidelser eller rusmiddelproblematikker) er i stand til helt eller delvist at komme sig, hvis indsatsen tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker for sit liv, og borgeren får en tilstrækkelig støtte og hjælp, der løbende tilpasses de aktuelle støttebehov (Anthony, 1993; Jensen m.fl., 2004; Davidson m.fl., 2009).

De to centrale elementer i Housing First-tilgangen er, at borgeren tilbydes en permanent boligløsning i en egen, selvstændig bolig, og samtidig gives en individuel og fleksibel social støtte ud fra specialiserede støttemetoder. I den amerikanske Housing First-tilgang blev den sociale støtte til borgerne givet ud fra de to metoder Assertive Community Treatment (ACT) og Intensive Case Management (ICM). ACT-metoden er baseret på et integreret, tværfagligt indsatsteam, der er sammensat af både social- og sundhedsfaglige medarbejdere i form af fx bostøttemedarbejdere, sygeplejersker, en psykiater og en misbrugsbehandler. I modsætning til ACT-metoden er ICM-metoden ikke baseret på et tværfagligt indsatsteam, men på støtte fra en casemanager, der yder borgeren social og praktisk støtte i hverdagen, og som brobygger og ko-

ordinerer i forhold til brug af øvrige indsatser i forskellige dele af velfærdssystemet. I Housing First-tilgangen anvendes de to metoder i samspil med hinanden, således at ACT-metoden anvendes til borgere med de mest komplekse støttebehov, mens ICM-metoden anvendes til de borgere, der ikke har lige så komplekse støttebehov, og derfor ikke har behov for støtte fra ACT-teamet. I det tilfælde, at borgerens støttebehov aftager over tid, kan støtten overgå fra ACT til ICM.

Der er generelt en omfattende evidens for effekten af Housing First-tilgangen og de tilhørende støttemetoder ACT og ICM (Tsemberis m.fl., 2004; Coldwell & Bender, 2007; Nelson m.fl., 2007; Busch-Geertsema m.fl., 2010; Pleace, 2011; Busch-Geertsema, 2013; Goering m.fl., 2014). Således viste det første randomiserede kontrollerede forsøg med en indsats baseret på Housing First-tilgangen i New York, at ca. 80 % af borgerne i indsatsen kom i egen bolig og fastholdt boligen over en forsøgsperiode på 2 år, sammenlignet med kun ca. 35 % i en kontrolgruppe, der ikke modtog denne indsats (Tsemberis m.fl., 2004). Ud over i USA er der også i Canada og Frankrig gennemført randomiserede kontrollerede forsøg, der generelt viser, at borgere i hjemløshed, der får en indsats baseret på Housing First-tilgangen, har en markant øget chance for at komme i bolig og fastholde boligen sammenlignet med kontrolgrupper, der ikke får denne indsats (Goering m.fl., 2014). I det canadiske forsøg blev der også gennemført en omkostningsanalyse. Den viste, at for målgruppen med de mest komplekse støttebehov, der modtog en ACT-indsats, blev omkostningerne til indsatsen fuldt ud modsvaret af reducerede omkostninger til øvrige indsatser, herunder ophold på herberger ("homeless shelters"). For målgruppen med knap så komplekse støttebehov, som havde modtaget en ICM-indsats, blev omkostningerne delvist modsvaret af en reduceret brug af andre indsatser, om end der ikke var en fuld omkostningsudligning ("cost-offset") af udgifterne til indsatsen (Goering m.fl., 2014).

Housing First-tilgangen i Danmark

Housing First-tilgangen har generelt været det bærende princip for udviklingen af indsatsen på hjemløhedsområdet i Danmark siden 2009, hvor Housing First-tilgangen blev introduceret i en dansk sammenhæng gennem Hjemløsestrategien (2009-2013). Hjemløsestrategien havde således fokus på at udvikle og afprøve Housing First-tilgangen og de tilknyttede specialiserede støttemetoder i en dansk kontekst. Ud over ACT- og ICM-metoderne blev også CTI-metoden (Critical Time Intervention) inkorporeret i den danske Housing First-tilgang. CTI-metoden var ligesom ACT- og ICM-metoderne udviklet i USA og havde et særligt fokus på at støtte borgere i kritiske overgangsperioder. Ud over overgangen fra boform til egen bolig er CTI-metoden også blevet anvendt ved andre kritiske overgange, som ved udskrivning fra et psykiatrisk hospital til eget hjem. CTI-metoden er ligesom ICM-metoden baseret på støtte fra en casemanager, men er i modsætning til ICM-metoden tidsbegrænset og

gives i 9 måneder fordelt på tre faser, hvor der systematisk arbejdes med at understøtte forskellige trin i den kritiske overgang (Susser m.fl., 1997; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2011; Tomita & Herman, 2012). Baggrunden for at inddrage CTI-metoden i den danske afprøvning var at differentiere støttemetoderne, ved at CTI-metoden kunne anvendes til de borgere, der ikke havde et lige så intensivt og langvarigt støttebehov som målgruppen for ACT- og ICM-metoderne. Ud over ACT-, ICM- og CTI-metoderne har den danske Housing First-tilgang senest også inkorporeret den såkaldte M-ACT-metode ("Modificeret ACT"), der blev udviklet af Socialstyrelsen (nu Social- og Boligstyrelsen) i samarbejde med udvalgte kommuner (Socialstyrelsen, 2023). Denne metode kan ses som en tilpasset version af ACT-metoden, hvor der ikke er tale om et fuldt integreret ACT-team, men om en tværfaglig indsats, der inkorporerer nogle af de tværfaglige elementer fra ACT-metoden (fx at der indgår bostøttemedarbejdere, en myndighedsrådgiver og en misbrugsbehandler i et M-ACT-team).

Resultaterne fra den danske Hjemløsestrategi stemte generelt overens med resultaterne fra de internationale forsøg, da også en stor del af de borgere, der modtog en indsats gennem Hjemløsestrategien, kom i bolig og fastholdt boligen (Rambøll & SFI, 2013). Evalueringen af Hjemløsestrategien pegede dog også på, at der var betydelige barrierer for at implementere indsatsen, herunder særligt udfordringer med at skaffe boliger til indsatsen. I Implementerings- og Forankringsprojektet (2014-2016), der fulgte efter Hjemløsestrategien, blev der derfor sat særligt fokus på implementeringen og forankringen af indsatsen i kommunerne (Benjaminsen m.fl., 2017). På baggrund af en kraftig stigning i hjemløsheden blandt unge igangsattes også 'Ungeprojektet' (2014-2017), der havde til formål at udvikle og afprøve Housing First-tilgangen til unge (Rambøll & VIVE, 2018). Housing First-tilgangen blev også videreført i flere efterfølgende indsatsprogrammer, herunder 'Udbredelsen af Housing First' (2017-2019), og 'Housing First for Unge' (2020-2021) (Benjaminsen m.fl., 2020; Benjaminsen & Grønfeldt, 2022).

Hvor de tidlige danske indsatsprogrammer således primært havde fokus på at udvikle indsatsen og støttemetoderne og dokumentere deres virkning for borgere, har de senere programmer haft fokus på forudsætningerne for en succesfuld udbredelse af indsatsen i kommunerne. Evalueringen af Udbredelsen af Housing First pegede i den forbindelse på vigtigheden af tre overordnede faktorer – 1) at have en systematik i forhold til at skaffe boliger til indsatsen, 2) at benytte de specialiserede støttemetoder, herunder at have en tilstrækkelig kapacitet i indsatserne i forhold til dække behovet i målgruppen, samt 3) at etablere en tværsektoriel organisering, der støtter op om indsatsen, herunder at håndtere en række snitfladeproblematikker i forhold til andre kommunale afdelinger som fx jobcentret og ydelsesafdelingen (Benjaminsen m.fl., 2020). Der tegnede sig således efterhånden en forståelse af, at implementeringen af Housing First-tilgangen kræver en omfattende tværsektoriel omstillingsproces

i den enkelte kommune, som involverer et samspil mellem forskellige afdelinger i kommunen og med ikke-kommunale aktører som § 110-boformerne og de almene boligorganisationer. Samtidig var det også tydeligt, at det kun i begrænset grad var lykkedes at udbrede Housing First-tilgangen til en større del af målgruppen af borgere i hjemløshed. En undersøgelse fra Socialstyrelsen (nu Social- og Boligstyrelsen) fra 2021 baseret på en spørgeskemaundersøgelse til landets kommuner viste i den forbindelse, at kun ca. 8 % af borgere i hjemløshed havde modtaget en Housing First-baseret indsats med en af de specialiserede støttemetoder (Socialstyrelsen 2021, s. 9). Undersøgelsen viste også, at blandt disse 8 % modtog størstedelen, 51 %, en CTI-indsats, der er den mindst omfattende af de specialiserede støttemetoder, 36 % modtog en ICM-indsats, og kun 13 % modtog en ACT-indsats (Socialstyrelsen 2021, s. 9). Der aftegnede sig således et stort behov for at understøtte udbredelsen af Housing First-tilgangen og de specialiserede støttemetoder.

Senest er der med en række lovændringer, som trådte i kraft oktober 2023, lagt yderligere vægt på at understøtte omstillingen af indsatsen på hjemløshedsområdet til Housing First-tilgangen. Det sker blandt andet ved, at den statslige refusion til kommunerne for ophold på § 110-boformerne (efter en indfasningsperiode) afkortes fra hidtil at udgøre 50 % af udgifterne til ophold på boformerne på ubestemt tid til at bortfalde efter 3 måneders ophold. I stedet er introduceret en refusion på 50 % for brugen af de specialiserede støttemetoder (ACT, M-ACT, ICM og CTI) i en periode på op til 2 år efter et ophold på en boform. Disse specialiserede støttemetoder udgør sammen med en boligløsning hovedelementerne i Housing First-tilgangen. Samtidig har de specialiserede støttemetoder fået deres egen paragraf (§ 85 a) i serviceloven. De specialiserede støttemetoder har hidtil også kunnet gives under den almindelige bostøtteparagraf (§ 85) i serviceloven, men med den nye § 85 a signaleres generelt vigtigheden af at benytte de specialiserede støttemetoder, når borgere i hjemløshed flytter i egen bolig. Formålet med de ændrede refusionsregler er at øge det økonomiske incitament for kommunerne til at sikre, at borgere i hjemløshed kommer i egen bolig med den rette sociale støtte. Lovændringerne har således til formål at understøtte, at kommunerne etablerer varige bolig- og støtteløsninger til borgerne efter et ophold på en § 110-boform og derved bidrage til at reducere opholdstiden på boformerne. Med lovændringerne er der endvidere givet mulighed for, at kommunerne kan modtage 50 % refusion på ophold på et § 107-botilbud i en periode på op til et halvt år efter ophold på en § 110-boform. Desuden er der med lovændringerne fokus på at styrke arbejdet med at udarbejde individuelle handleplaner med et krav om, at kommunen udarbejder en handleplan, når borgeren har ophold på en § 110-boform (SEL § 142).

Samtidig blev der med Fonden for Blandede Byer (vedtaget i 2022) sat initiativer i værk, der skal øge udbuddet af boliger til borgere i hjemløshed. Det gælder muligheden for nedsættelse af huslejen i op til 1.800 eksisterende almene

boliger, der øremærkes til borgere i hjemløshed, hvor kommunerne sammen med de almene boligorganisationer har kunnet ansøge om tilskud gennem en statslig pulje. Der blev også sat midler af til byggeri af op til 2.250 nye almene boliger med en lav husleje ligeledes henvendt til borgere i hjemløshed.

I forbindelse med omlægningen af indsatsen mod hjemløshed er der nedsat et Nationalt Partnerskab mod Hjemløshed (herefter "Partnerskabet") til at følge og understøtte denne omlægning. Partnerskabet kan i den forbindelse igangsætte undersøgelser eller analyser, der skal give ny viden om indsatsen mod hjemløshed og understøtte udbredelsen af Housing First-tilgangen. Indeværende undersøgelse er igangsat af Partnerskabet, der har bestilt undersøgelsen gennem Social- og Boligstyrelsen, der sammen med Social-, Bolig- og Ældreministeriet varetager sekretariatsfunktionen for Partnerskabet. Partnerskabet har i forbindelse med igangsættelsen af undersøgelsen fremhævet, at for at omlægningen af indsatsen på hjemløshedsområdet ud fra Housing First-tilgangen skal blive en succes både i et menneskeligt og økonomisk perspektiv, er det afgørende at kende målgruppens støttebehov for at kunne tilvejebringe den rette støtte. Da en betydelig del af målgruppen har omfattende og komplekse sociale og helbredsmæssige problemer, vil støtten ofte gå på tværs af forskellige sektorer, herunder både kommunale forvaltninger og regionale behandlingsindsatser i både det somatiske og psykiatriske sundhedssystem. Partnerskabet har i den forbindelse ønsket, at der gennemføres en registerbaseret undersøgelse af, hvad der kendetegner profilen af borgere i hjemløshed i forhold til kompleksiteten på tværs af en række forskellige problematikker, og af hvad der kendetegner brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser på tværs af sektorer blandt borgere i hjemløshed, herunder i forskellige delgrupper blandt borgere i hjemløshed. Partnerskabet har med analysen ønsket at understøtte, at omlægningen på hjemløshedsområdet opnår den ønskede effekt ved at tilvejebringe nuanceret viden om behovet for støtte, sammenhæng og samarbejde på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. Partnerskabet har endvidere ønsket, at registeranalysens resultater om kompleksiteten af problematikkerne blandt borgere i hjemløshed og brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser sættes i forhold til eksisterende viden om indsatser på hjemløshedsområdet, herunder særligt viden om de specialiserede støttemetoder ACT, M-ACT, ICM og CTI, der benyttes som led i Housing First-tilgangen.

Udgangspunkt i tidligere undersøgelser

Undersøgelsesdesignet for indeværende undersøgelse tager særligt udgangspunkt i to tidligere VIVE-undersøgelser, nemlig *Veje ind og ud af hjemløshed* (Benjaminsen & Enemark, 2017) og *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet* (Benjaminsen m.fl., 2018).

Undersøgelsen *Veje ind og ud af hjemløshed* afdækkede karakteren og profilen af brugere af §-110 boformer (Benjaminsen & Enemark, 2017). Resultaterne viste, at denne gruppe bestod af tre forskellige delgrupper med et forskelligt mønster i forhold til ophold på boformerne, nemlig grupperne af boformsbrugere med henholdsvis kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold på boformerne. Undersøgelsen viste, at gruppen med kortvarigt ophold antalsmæssigt var den største gruppe, der udgjorde to tredjedele af boformsbrugerne, men at denne gruppe kun stod for en relativt mindre andel (cirka en fjerdedel) af det samlede antal opholdsdage på boformerne. Gruppen med episodisk ophold var derimod kendetegnet ved mange men korte ophold på boformerne. Denne gruppe udgjorde antalsmæssigt en forholdsvis lille andel på cirka en tiendedel af boformsbrugerne og stod for lidt under en femtedel af det samlede antal opholdsdage på boformerne. Den tredje gruppe – boformsbrugere med langvarigt ophold – var kendetegnet ved få, men lange ophold på boformerne. Denne gruppe udgjorde i alt cirka en femtedel af boformsbrugerne, men stod for over halvdelen af alle opholdsdage på boformerne. Et centralt resultat af undersøgelsen var således, at en forholdsvis lille andel af boformsbrugerne stod for en betydelig del af forbruget af opholdsdage på boformerne. Derudover tegnede undersøgelsen også et billede af profilen af de forskellige grupper. Eksempelvis viste analyserne, at stort set alle i gruppen med episodisk ophold (med mange korte ophold) havde en psykisk lidelse og/eller et misbrugsproblem, og mange havde begge dele. Profilen med den høje problemkompleksitet var med til at forklare de mange, gentagne ophold på boformerne, da denne gruppe formentlig har så høj en kompleksitet i udsathed, at de har vanskeligt ved at benytte boformerne, samtidig med at § 110-boformerne ikke har karakter af behandlingstilbud, og således fx i forhold til personaleressourcer, specialkompetencer mv. ikke er rustet til denne målgruppe. Analyserne af målgruppeprofilen gav dermed en viden, der også kunne være med til at forklare forskellene mellem grupperne i brugen af boformerne.

Den anden undersøgelse som har inspireret udformningen af indeværende undersøgelse, er undersøgelsen *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet* (Benjaminsen m.fl., 2018). Denne undersøgelse afdækkede mønstre i brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i social udsathed. Den viste blandt andet, at særligt borgere med en høj kompleksitet i udsathed, der blandt andet indbefattede hjemløshed som en mulig parameter, havde et meget højt forbrug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer og navnlig et stort forbrug af "akutte indsatser" som fx ophold på §-110-boformer, døgnindlæggelser i både psykiatri og somatik, samt et højt omkostningsforbrug i kriminalforsorgen. Undersøgelsen konkluderede blandt andet, at den omfattende brug af sådanne akutydelser i grupperne med kompleks udsathed generelt er tegn på, at det for disse grupper er vanskeligt at få en helhedsorienteret og sammenhængende hjælp på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer og "siloer". Denne tidligere undersøgelse havde

dog ikke et særskilt fokus på borgere i hjemløshed, endside forskellige delmålgrupper inden for denne gruppe.

I indeværende undersøgelse kombineres tilgangene fra de to tidligere undersøgelser i en analyse af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed og i forskellige delmålgrupper af borgere i hjemløshed, herunder de forskellige grupper af boformsbrugere. Derved opstår muligheden for et nyt vidensgrundlag om profilen af støttebehov i forskellige dele af målgruppen og viden om, hvad der kendetegner brugen af indsatser og ydelser i det eksisterende velfærdssystem for borgere i hjemløshed og de forskellige delmålgrupper. Det er viden, der kan understøtte arbejdet med at implementere Housing First-tilgangen på hjemløshedsområdet, blandt andet ved at give en mere detaljeret viden om målgruppens støttebehov set i forhold til de specialiserede støttemetoder, der indgår i Housing First-tilgangen.

1.2 Formål

Undersøgelsens formål er at afdække brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser i målgruppen af borgere i hjemløshed og i forskellige delmålgrupper inden for denne gruppe. Det primære analysefokus er på gruppen af boformsbrugere, herunder boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold på boformerne. Sekundært ses også på grupperne af gadesovere og sofasovere, hvor datagrundlaget dog er væsentligt mindre end blandt boformsbrugerne. Undersøgelsen afdækker, hvad der kendetegner brugen af indsatser og ydelser på tværs af sundhedsvæsnen, socialområdet, beskæftigelsesområdet, kriminalforsorgen mv. i de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Undersøgelsens formål er at:

- Tegne et billede af målgruppen af borgere i hjemløshed og deres sociale og helbredsmæssige profil
- Afdække brugen af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer blandt borgere i hjemløshed og i forskellige dele af målgruppen (boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, samt gadesovere og sofasovere)
- Opgøre de økonomiske omkostninger forbundet med brugen af indsatser og ydelser inden for forskellige sektorer, samt i forhold til stat/region og kommuner
- Sammenholde resultaterne om målgruppens profil og brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser med eksisterende viden om indsatser til målgruppen herunder særligt viden om de specialiserede støttemetoder i Housing First-tilgangen og disse indsatsers rolle i forhold til at skabe sammenhæng og helhed i indsatsen.

Med sit analysefokus bidrager undersøgelsen med en viden om, hvilke mønstre der kendetegner brugen af indsatser og ydelser i målgruppen af borgere i hjemløshed. Det gælder fx brugen af akutte indsatser og lignende, som fx heldøgnsindlæggelser, boformsophold og fængselsophold, der typisk er tegn på en vanskelig og kaotisk livssituation. Undersøgelsen tegner derved et billede af den eksisterende brug af velfærdssystemet i form af, hvilke typer af indsatser og ydelser der benyttes og i hvilket omfang. Undersøgelsen har derved til formål at bidrage til at tydeliggøre karakteren af støtte- og indsatsbehov i målgruppen. Resultaterne giver dermed viden, der kan understøtte anvendelsen af Housing First-tilgangen og udbredelsen af de specialiserede støttemetoder ved at afdække indsatsforbruget og omkostningsstrukturer knyttet til den eksisterende brug af indsatser på tværs af velfærdssystemets sektorer i forskellige dele af målgruppen af borgere i hjemløshed. Denne viden kan benyttes af nøgleaktører på området, som de centrale statslige aktører, kommuner, boformer, civilsamfundsorganisationer og sociale tilbud, i arbejdet med at omlægge indsatsen på hjemløshedsområdet ud fra Housing First-tilgangen. Dermed tilvejebringer undersøgelsen et vidensgrundlag, der kan understøtte aktører på hjemløshedsområdet i arbejdet med at indfri de nationale mål om at nedbringe hjemløsheden og at undgå langvarig hjemløshed.

1.3 Metode

Undersøgelsen er baseret på registerdata, hvor der foretages en samkøring af data fra en række centrale dataregistre fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, herunder data fra Danmarks Statistik om brug af § 110-boformerne ("boformsdata"). Desuden inddrages data fra de nationale kortlægninger af hjemløshed, der identificerer målgrupperne af gadesovere og sofasovere. Boformsdata og en række øvrige registerdata benyttes til at karakterisere målgruppen og til at afdække brugen af indsatser og ydelser på forskellige områder af velfærdssystemet. For at kunne opgøre de økonomiske omkostninger ved brugen af indsatser og ydelser anvendes dels eksisterende oplysninger herom i registrene, ligesom oplysninger om brugen af ydelser kombineres med oplysninger om enhedspriser baseret på oplysninger fra SØM-modellen for de omkostninger, hvor der ikke er direkte udgiftsoplysninger i de centrale registre. Rapportens analyser bygger overordnet set på kalenderåret 2021, der er det seneste år, hvor der er tilgængelige registeroplysninger om stort set alle de forhold, der indgår i rapportens analyser, herunder brugen af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer. For en nærmere gennemgang af undersøgelsens data og metode henvises til rapportens metodedel i Kapitel 6.

Boks 1.1 Data og metode

Datagrundlag

- Data om brug af § 110-boformer (herberger og forsorgshjem) fra Danmarks Statistik
- Data fra kortlægningerne af hjemløshed om gadesovere og sofasovere
- Øvrige registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen om sociale og helbredsmæssige forhold og om brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser på tværs af sektorer.

Metode og analyser

- Statistiske analyser af forskellige grupper af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold
- Deskriptive opgørelser af udsathedensprofilen blandt de forskellige grupper af boformsbrugere, samt gadesovere og sofasovere
- Deskriptive opgørelser af brugen af sociale indsatser, sundhedsydelser, fængsel og retssager, beskæftigelsesindsatser og overførselsydelser
- Deskriptive analyser af udgifter forbundet med brugen af indsatser og ydelser på tværs af de forskellige sektorer og områder.

1.4 Læsevejledning

I rapportens Kapitel 2 foretages en analyse af forskellige typer af hjemløshed, herunder de tre grupper af boformsbrugere, samt en analyse af grupperne af gadesovere og sofasovere. Der tegnes en demografisk profil og en profil af risikofaktorer for udsathed i hver af grupperne. Derved opnås et indblik i problematikker og støttebehov i de forskellige grupper af borgere i hjemløshed.

I Kapitel 3 afdækkes brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser i de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Der ses på brugen af sociale indsatser, brug af sundhedsydelser i både det somatiske og psykiatriske sundhedssystem, brugen af sygesikringsydelser, brugen af kriminalforsorg og retsvæsen, brugen af beskæftigelsesindsatser samt andelen med forskellige typer af overførselsindkomst i hver af grupperne.

I Kapitel 4 afdækkes udgifterne, der er forbundet med brugen af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. Der foretages opgørelser af de gennemsnitlige udgifter pr. borger i hjemløshed til indsatser og ydelser i forskellige dele af velfærdssystemet, ligesom også de samlede udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer beregnes.

I Kapitel 5 sættes analysens resultater om brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed i relation til den eksisterende viden om indsatser på hjemløshedsområdet, herunder særligt viden om Housing First-tilgangen og de specialiserede støttemetoder, der sammen med en boligløsning udgør hovedelementerne i Housing First-tilgangen. Ud fra analysens resultater identificeres opmærksomhedspunkter og potentialer for at styrke indsatsen og skabe bedre sammenhæng i indsatsen på tværs af velfærdssystemets sektorer. Derved ses der i bred forstand på potentialerne for at styrke indsatsen til borgere i hjemløshed og samtidig forbedre den samlede anvendelse af velfærdssystemets ressourcer til borgere i hjemløshed.

Kapitel 6 udgør rapportens metodekapitel, hvor datagrundlaget og de anvendte analysemetoder gennemgås.

2 Profil af borgere i hjemløshed

I dette kapitel tegnes en profil af målgruppen af borgere i hjemløshed. Vi belyser den demografiske profil og forekomsten af forskellige risikofaktorer for udsathed blandt personer i hjemløshed. Vi gennemgår også de analysegrupper, som anvendes i rapportens analyser af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed.

2.1 Forskellige typer af hjemløshedssituationer

I analysen tager vi udgangspunkt i de hjemløshedssituationer, der defineres i de nationale kortlægninger af hjemløshed, hvor der sondres mellem, om man overnatter på gaden, på en natvarmestue, på herberg/forsorgshjem (§ 110-boformer) eller hos familie, venner eller bekendte, samt forskellige øvrige kategorier af hjemløshedssituationer (Benjaminsen, 2022). I tabel 2.1 vises de forskellige hjemløshedssituationer samt antallet af personer registreret i hver kategori ved kortlægningen i uge 6, 2022.

Tabel 2.1 Antal borgere i hjemløshed fordelt på hjemløshedssituationer, uge 6, 2022

Hjemløshedssituation	Antal	Procent
Overnatter på gaden, i trappeopgang, i et skur eller lignende	535	9
Overnatter på natvarmestue/værested med nødovernatning eller lignende	248	4
Overnatter på akut/midlertidigt botilbud som herberger og forsorgshjem	2.736	47
Opholder sig på hotel, vandrerhjem eller lignende pga. hjemløshed	121	2
Bor midlertidigt og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte	1.152	20
Bor i midlertidig udslusningsbolig uden permanent kontrakt	98	2
Afsoner under Kriminalforsorgen, skal løslades inden for 1 måned og mangler en boligløsning	49	1
Opholder sig på hospital/behandlingstilbud, skal udskrives inden for 1 måned og mangler en boligløsning	146	3
Andet	319	6
Uoplyst	385	7
I alt	5.789	100

Anm.: På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke til 100.

Kilde: Kortlægning af hjemløshed, 2022.

Den største gruppe af borgere i hjemløshed er dem, der overnatter på § 110-boformer (herberger og forsorgshjem), som vi i indeværende rapport vil betegne som "boformsbrugere". Det er også for denne gruppe, at der findes langt det største datagrundlag for rapportens analyser, idet alle brugerne af § 110-boformer registreres året rundt med indrapportering til Danmarks Statistiks boformsregister, der er anvendt til at identificere gruppen af boformsbrugere i analysen. I den sammenhæng er det vigtigt at være opmærksom på, at antallet af boformsbrugere, der er registreret i kortlægningen af hjemløshed, er baseret på kortlægningens ugetælling, og at dette antal adskiller sig væsentligt fra antallet af personer, der benytter boformerne i løbet af et helt år. Mens knap 3.000 personer har benyttet boformerne i løbet af kortlægningens tælleuge, er det over 6.000 personer, der benytter boformerne i løbet af et år. Det afspejler, at der løbende er en tilgang og afgang af borgere i hjemløshed med ophold på boformerne.

Den næststørste gruppe af borgere i hjemløshed – ifølge de nationale kortlægninger af hjemløshed – er gruppen af "sofasovere", det vil sige dem, der overnatter hos familie, venner og bekendte, mens den tredjestørste gruppe er "gadesovere" – der er en samlet betegnelse for dem, der overnatter på gaden, i trappeopgange og lignende. Disse to grupper – gadesovere og sofasovere – inddrages også som analysegrupper i rapportens analyser baseret på data fra kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022, da der i disse grupper er et tilstrækkeligt antal personer til at gennemføre de analyser, som rapporten bygger på. Det skal i den forbindelse påpeges, at datagrundlaget (antallet af personer) i disse grupper er væsentligt mindre end for gruppen af boformsbrugere, da datagrundlaget for grupperne af gadesovere og sofasovere således udelukkende er baseret på kortlægningens ugetælling, mens datagrundlaget for boformsbrugerne som nævnt er baseret på den løbende registrering af brugerne på boformerne året rundt.

De øvrige hjemløshedssituationer, der anvendes i de nationale kortlægninger – herunder fx natvarmestuebrugerne – vil derimod ikke blive anvendt som analysegrupper i indeværende undersøgelse, idet der er for få personer i disse grupper til at gennemføre rapportens registeranalyser.

I forhold til boformsbrugerne sonderer vi endvidere mellem forskellige grupper af boformsbrugere i form af boformsbrugere med henholdsvis kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold på boformerne. Her bygger vi videre på analyser af disse grupper fra tidligere undersøgelser (Benjaminsen & Andrade, 2015; Benjaminsen & Enemark, 2017). Analysen af de forskellige grupper af boformsbrugere kan ses i forhold til den aktuelle målsætning om at reducere antallet af mennesker i hjemløshed og at gøre op med langvarig hjemløshed. Særligt i forhold til fokus på at undgå langvarig hjemløshed bidrager analysen af de forskellige grupper af boformsbrugere med en viden om, at gruppen af boforms-

brugere er sammensat af grupper med ret forskelligt mønster i brugen af boformerne, idet flertallet af boformsbrugere har forholdsvis kortvarige ophold, mens boformsbrugerne med et højt antal opholdsdage på boformerne fordeler sig på to forskellige grupper – dem med episodiske ophold og dem med langvarige ophold. I indeværende kapitel foretager vi en detaljeret analyse af, hvad der kendetegner profilen af de forskellige grupper, ligesom vi i de efterfølgende kapitler (Kapitel 3 og 4) foretager en detaljeret analyse af, hvad der kendetegner de forskellige gruppers brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser.

Til at identificere undersøgelsens analysegrupper (boformsbrugere, gadesovere og sofasovere) anvendes en kombination af data fra Danmarks Statistiks boformsregister og data fra kortlægningerne af hjemløshed. For en detaljeret gennemgang af rapportens data og metode henvises til rapportens metodedel (Kapitel 6).

Ud over de forskellige typer af hjemløshed og forskellige grupper af boformsbrugere inddrages i analyserne også forskellige sammenligningsgrupper i den øvrige befolkning, der ikke samtidig er registreret med hjemløshed. Det drejer sig dels om 1) borgere, der både er registreret med en psykisk lidelse og et misbrug, 2) borgere, der er registreret med en psykisk lidelse men ikke et misbrug, 3) borgere, der er registreret med et misbrug og ikke en psykisk lidelse, og 4) den øvrige befolkning, der hverken er registreret med hjemløshed, en psykisk lidelse eller et misbrug. I både analyserne af profilen af borgere i hjemløshed og analyserne af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser i de efterfølgende kapitler, sammenlignes borgere i hjemløshed således med borgere i den øvrige befolkning, der er registreret med væsentlige risikofaktorer for udsathed (psykiske lidelser og misbrugsproblemer) samt resten af befolkningen, der ikke er registreret med disse risikofaktorer.

2.2 Profil af boformsbrugere

I dette afsnit tegner vi en profil af brugerne af § 110-boformerne, der udgør servicelovens tilbud om midlertidigt ophold til borgere i hjemløshed. I den forbindelse skal vi gøre opmærksom på, at der også findes forskellige typer af botilbud på det sociale område (SEL §§ 107, 108), og som ikke indgår i denne gruppe, ligesom også borgere med ophold på kvindekrisecentre (SEL § 109) ikke indgår i analysen.

2.2.1 Boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold

Tidligere forskning har vist, at brugerne af § 110-boformerne kan inddeles i tre forskellige grupper: boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold. Disse grupper er kendetegnet ved et forskelligt mønster i brugen af boformerne i forhold til antal ophold og længden af opholdene. Denne typologi blev oprindeligt udviklet i USA (Kuhn & Culhane, 1998), hvor forskning viste, at herbergsbrugere ("shelter users") i amerikanske storbyer kunne inddeles i disse tre grupper, hvor de kortvarige herbergsbrugere var kendetegnet ved få og forholdsvis kortvarige ophold på herberger, de episodiske herbergsbrugere var kendetegnet ved mange, korte ophold på herberger, mens de langvarige herbergsbrugere var kendetegnet ved forholdsvis få, men langvarige ophold på herberger. Tidligere danske undersøgelser (Benjaminsen & Andrade, 2015; Benjaminsen & Enemark, 2017) har vist, at de samme grupper kan identificeres blandt brugere af § 110-boformer i Danmark. En forskel er dog, at mens gruppen med kortvarigt ophold på herbergerne i USA primært består af mennesker, der er kommet i en hjemløshedssituation på grund af fattigdom og manglende boligmuligheder og uden at have væsentlige helbredsmæssige problematikker, så har denne gruppe i en dansk kontekst en forholdsvis høj andel med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblematikker. Det skyldes, at i et land som USA med et forholdsvis højt omfang af økonomisk fattigdom og en mindre veludbygget velfærdsstat omfatter hjemløshed i højere grad bredere grupper af økonomisk fattige, mens hjemløshed i et land som Danmark med en forholdsvis lav grad af økonomisk fattigdom og en veludbygget velfærdsstat overvejende er koncentreret blandt borgere med (mere eller mindre) komplekse sociale og helbredsmæssige problemer (Stephens & Fitzpatrick, 2007; Benjaminsen & Andrade, 2015).

Typologien mellem de tre grupper af boformsbrugere er velegnet som udgangspunkt for analysen af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt brugere af boformerne, da det viser sig, at også brugen af indsatser og ydelser og udgifterne forbundet hermed varierer mellem de tre grupper af boformsbrugere. Som udgangspunkt for rapportens analyser har vi derfor opdateret analysen af de tre grupper af boformsbrugere ud fra de senest tilgængelige boformsdata.

Analysen af grupperne af boformsbrugere kræver en forholdsvis lang observationsperiode for at kunne placere brugerne af boformerne i de forskellige grupper. Det skyldes kombinationen af, at der for en del af borgerne kan være tale om både lange og gentagne ophold. Det kræver således en analyseperiode på flere år at kunne foretage opdelingen. I Tabel 2.1 er vist fordelingen på de tre grupper af boformsbrugere for perioden 2016 til 2022, sammenlignet med perioden fra 2009 til 2015, der var analyseperioden i den tilsvarende analyse i undersøgelsen *Veje ind og ud af hjemløshed* (Benjaminsen & Enemark, 2017).

En forudsætning for at kunne indgå i analysen er, at borgeren er fyldt 18 år ved analyseperiodens start. Det skyldes, at på næsten alle § 110-boformer (undtagen enkelte § 110-boformer henvendt til familier med børn) er det et krav, at borgeren er fyldt 18 år for at kunne blive indskrevet på boformen. Analysepopulationen for perioden 2016 til 2022 er derfor afgrænset til borgere, der har været indskrevet på en § 110-boform i denne periode, og som var fyldt 18 år pr. 1. januar 2016. På tilsvarende vis er analysepopulationen for perioden 2009 til 2015 afgrænset til de borgere, der har været indskrevet på en § 110-boform i denne periode, og som var fyldt 18 år pr. 1. januar 2009. Det betyder, at der er en gruppe af unge boformsbrugere, som først fylder 18 år i løbet af analyseperioden og som ikke indgår i de af rapportens analyser, der er baseret på opdelingen i de tre grupper. I en række af rapportens opgørelser vil vi derfor inkludere to "totalgrupper" af boformsbrugere, dels alle boformsbrugere i de tre grupper tilsammen, dels samtlige boformsbrugere, der også inkluderer de (unge) boformsbrugere, der er udeladt af de analyser, der er baseret på de tre grupper af boformsbrugere.

Tabel 2.1 viser, at ser vi på den seneste periode (2016-2022), udgør boformsbrugere med kortvarigt ophold 64,4 % af brugerne. Denne gruppe er således antalsmæssigt den største gruppe, men står samtidig kun for 21,6 % af det samlede antal opholdsdage i perioden. I perioden 2016-2022 har gruppen med kortvarigt ophold i gennemsnit haft 1,3 ophold med en gennemsnitlig længde pr. ophold på 64,9 dage, svarende til gennemsnitligt 84,0 opholdsdage pr. person.

Det er derimod gruppen med langvarigt ophold, der står for flertallet af opholdsdagene på boformerne med 60,5 % af opholdsdagene i perioden 2016-2022, selvom denne gruppe forholdsmæssigt udgør et mindretal af boformsbrugere med 27,1 % af brugerne. I perioden 2016-2022 har denne gruppe i gennemsnit haft 2,0 ophold med en gennemsnitlig længde pr. ophold på 284,4 dage, svarende til gennemsnitligt 557,6 opholdsdage pr. person i denne gruppe.

Gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold udgør den mindste af de tre grupper. I perioden 2016-2022 udgør denne gruppe 8,5 % af boformsbrugere og står for 17,9 % af opholdsdagene i perioden. Sammenlignet med de to andre grupper har gruppen med episodisk ophold haft langt flere ophold med gennemsnitligt 8,3 ophold pr. person (2016-2022) af gennemsnitligt 63,0 dages varighed, svarende til gennemsnitligt 524,1 opholdsdage i alt pr. person i denne gruppe målt over hele perioden fra 2016 til 2022. Dermed er det gennemsnitlige antal opholdsdage i alt pr. person i gruppen med episodisk ophold nogenlunde lige så stort som blandt dem med langvarigt ophold, men det er fordelt over væsentligt flere og kortere ophold. I forbindelse med gruppen med episodisk ophold skal det endvidere understreges, at det er opholdene på boformerne, der har en episodisk karakter, og dermed ikke nødvendigvis

deres hjemløshed, der er af episodisk karakter. Disse personer vil således formentlig også være i en hjemløshedssituation i en del af de perioder, hvor de ikke er indskrevet på en § 110-boform.

Tabel 2.2 Boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, særskilt for perioderne 2016-2022 og 2009-2015

	Kortvarigt ophold	Episodisk ophold	Langvarigt ophold	I alt
Boformsbrugere 2016-2022				
Antal personer	11.419	1.515	4.809	17.743
Andel af alle boformsbrugere (pct.)	64,4	8,5	27,1	100,0
Gennemsnitligt antal ophold	1,3	8,3	2,0	2,1
Gennemsnitligt antal opholdsdage	84,0	524,1	557,6	249,9
Gennemsnitligt antal opholdsdage pr. periode	64,9	63,0	284,4	120,4
Samlet antal opholdsdage	959.245	793.965	2.681.521	4.434.732
Andel af alle opholdsdage (pct.)	21,6	17,9	60,5	100,0
Boformsbrugere 2009-2015				
Antal personer	10.865	2.031	3.159	16.055
Andel af alle boformsbrugere (pct.)	67,7	12,7	19,7	100,0
Gennemsnitligt antal ophold	1,3	7,8	2,1	2,3
Gennemsnitligt antal opholdsdage	69,8	277,0	655,1	211,2
Gennemsnitligt antal opholdsdage pr. periode	51,9	35,7	309,4	91,5
Samlet antal opholdsdage	758.193	562.579	2.069.524	3.390.296
Andel af alle opholdsdage (pct.)	22,4	16,6	61,0	100,0

Anm.: De tre grupper af boformsbrugere er identificeret ud fra en statistisk klyngeanalyse baseret på henholdsvis antallet af ophold og antallet af opholdsdage på en § 110-boform.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabel 2.1 viser endvidere, at når vi sammenligner resultaterne fra de to analyseperioder, er der grundlæggende det samme mønster i brugen af § 110-boformerne i begge perioderne i forhold til det generelle mønster i brugen af boformerne i de tre grupper. I perioden 2016-2022 er der dog en højere andel, 27,1 %, der er klassificeret i gruppen med langvarigt ophold, sammenlignet med 19,7 % i perioden 2009-2015. Tilsvarende er der i perioden 2016-2022 en lidt lavere andel i både grupperne med kortvarigt og episodisk ophold sammenlignet med 2009-2015. Når vi sammenligner grupperne med langvarigt og

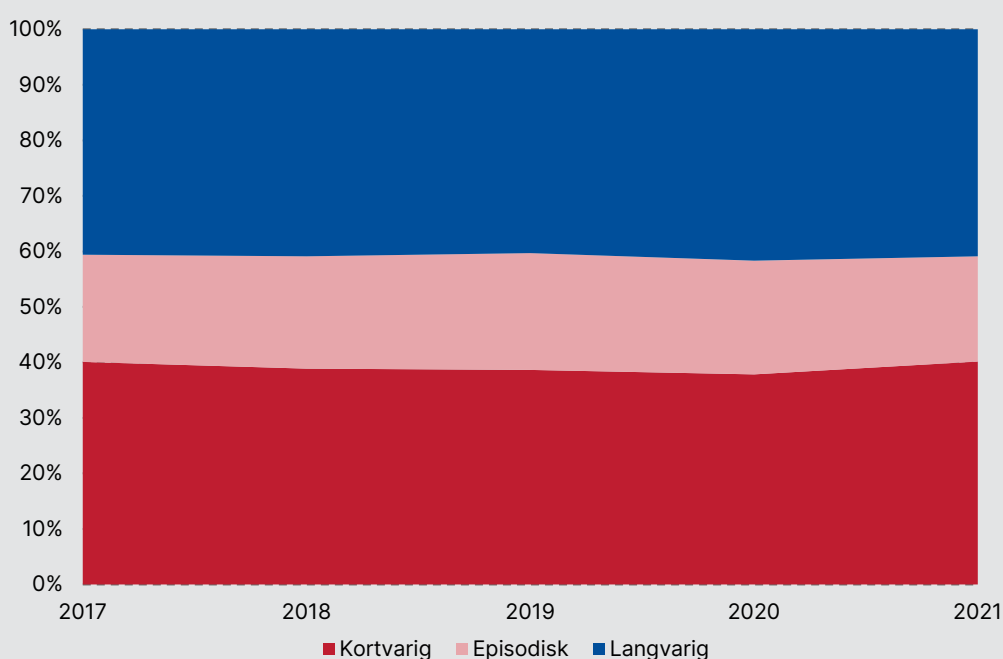
episodisk ophold i hver af de to perioder, ses det samtidig, at det gennemsnitlige antal opholdsdage i alt i gruppen med langvarigt ophold er lidt lavere i 2016-2022 end i 2009-2015, mens det samlede gennemsnitlige antal opholdsdage i gruppen med episodisk ophold er højere i perioden 2016-2022 end i 2009-2015. I den sammenhæng er det vigtigt at være opmærksom på, at grupperne er identificeret gennem en statistisk model, og at "grænsedragningen" mellem grupperne – hvilke personer der klassificeres i hver af grupperne – også bestemmes af modellen. Noget af forskydningen mellem grupperne kan således formentlig tilskrives den statistiske bestemmelse af grupperne i modellen. Trods dette metodiske forbehold peger resultaterne dog samlet set på – at gruppen af langvarigt ophold er større i perioden 2016-2022 sammenlignet med 2009-2015.

Som tidligere nævnt kræver identifikationen af grupperne en forholdsvis lang observationsperiode, og klassifikationen af grupperne i Tabel 2.1 oven for er baseret på en måleperiode på 7 år for hver af de to perioder. Vi er imidlertid også interesserede i at opgøre fordelingen på de tre grupper blandt boformsbrugerne i det enkelte år. I Figur 2.1 er opgjort fordelingen på de tre grupper af boformsbrugere, særskilt for de borgere, der var indskrevet på en § 110-boform i hvert enkelt kalenderår. En borger indgår i opgørelsen for et enkelt af årene, blot borgeren har opholdt sig mindst én dag på en boform i det pågældende år. Den samme borger kan således indgå i opgørelsen for flere forskellige år og er placeret i en af de tre grupper ud fra det samlede mønster i brugen af § 110-boformer hen over hele analyseperioden fra 2016 til 2022. Det vil sige, at den samme borger kan være indskrevet på en boform i mere end ét af årene, ligesom der for den enkelte borger kan være boformsophold, der strækker sig hen over to (eller flere) kalenderår. I både det første og sidste år i perioden (2016 og 2022) i opgørelsen påvirkes andelen i de tre grupper af, at der er foretaget en såkaldt "trunkering" af de opholdsperioder, der strækker sig ud over den samlede periode, det vil sige ophold, der allerede var påbegyndt før 2016, eller ophold, som endnu ikke var afsluttede pr. 31. december 2022 (se Kapitel 6). Det indebærer, at der er en lidt anden fordeling mellem de tre grupper i 2016 og 2022 sammenlignet med de mellemliggende år fra 2017 til 2021. Denne afvigelse er dog en rent metodisk skabt forskel, som ikke kan undgås i den pågældende analyse, med mindre et meget stort antal personer udelades af analysen.¹ I opgørelsen i Figur 2.1 har vi derfor udelukkende vist fordelingen på de tre grupper for de mellemliggende år i analyseperioden, det vil sige de 5 år i perioden fra 2017 til 2021, der ikke er påvirket af denne trunkering af data i det første og sidste år i perioden. Samtidig benytter vi i rapportens opgørelser generelt kalenderåret 2021 som det seneste opgørelsesår for en række analyser – både i analysen af profilen af boformsbrugerne og deres brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser. Ud over hensynet til, at fordelingen på de tre grupper i 2021 ikke i samme grad som fordelingen i 2022

¹ De metodiske aspekter af klyngeanalysen og "trunkeringen" af varigheden af boformsforløb i hver ende af analyseperioden er nærmere beskrevet i rapportens metodekapitel, Kapitel 6.

er påvirket af trunkeringen af opholdsperioderne i slutningen af måleperioden, skyldes det også, at 2021 er det seneste år, hvor vi kan foretage opgørelserne for brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser i undersøgelsen, da dette ved udtræk af data til undersøgelsen var det seneste år med tilgængelige registerdata på (næsten) alle de oplysninger, der benyttes i analyserne.

Figur 2.1 Andel med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold blandt personer indskrevet på en § 110-boform i det enkelte år. Procent.



Anm.: I figuren er vist fordelingen på grupperne af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold blandt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i hvert enkelt år. Klassifikationen af personer i hver af de tre grupper er baseret på en samlet analyse for perioden 2016-2022 som helhed. 2017: N=4.970; 2018: N=5.154; 2019: N=5.086; 2020: N=4.981; 2021: N=5.144.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Når vi sammenligner fordelingen på grupperne i det enkelte år (Figur 2.1) med fordelingen over den samlede periode (Tabel 2.1), er en væsentlig forskel, at gruppen af boformsbrugere med langvarigt ophold udgør en væsentligt højere andel af boformsbrugerne i det enkelte år end over den samlede periode. Det skyldes, at boformsbrugere med langvarigt ophold netop har væsentligt længere ophold på boformerne og som tidligere nævnt tegner sig for en forholdsvis stor andel af det samlede antal opholdsdage på boformerne. Gruppen af boformsbrugere med langvarigt ophold vil således på ethvert givet tidspunkt udgøre en større andel af de brugere, der er indskrevet på boformen, og vil

dermed også udgøre en større andel af de brugere, der er indskrevet på boformen i løbet af et enkelt år. Ser vi på fordelingen mellem de tre grupper i 2021, udgjorde boformsbrugere med langvarigt ophold således 40,9 % af alle brugere, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af året, mens denne gruppe som tidligere nævnt udgør 27,1% af boformsbrugerne målt over hele perioden 2016-2022. Tilsvarende udgør gruppen med kortvarigt ophold en forholdsmæssigt mindre andel af boformsbrugerne i det enkelte år end målt over den samlede periode. Det ses endvidere af Figur 2.1, at andelen i hver af de tre grupper er nogenlunde konstant hen over hele perioden 2017-2021, der er vist i figuren.

2.2.2 Demografisk profil af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold

I dette afsnit belyses de demografiske karakteristika i de tre grupper af boformsbrugere. Der ses på, om der er forskelle i andelen med kortvarigt, episodisk eller langvarigt ophold mellem henholdsvis mænd og kvinder, mellem aldersgrupperne og i forhold til herkomst opdelt på danskere, indvandrere og efterkommere. Disse opgørelser kan imidlertid foretages på to forskellige måder, dels for den samlede analysegruppe af boformsbrugere i perioden 2016-2022, der har ligget til grund for opdelingen i de tre grupper, dels for de boformsbrugere, der i et enkelt kalenderår befinder sig i en af de tre grupper. Som beskrevet i Afsnit 2.1.1 gør dette en væsentlig forskel i forhold til andelen i hver enkelt gruppe, da gruppen med langvarigt ophold vil være overrepræsenteret i det enkelte år sammenlignet med hele perioden på grund af de væsentligt længere opholdsperioder i gruppen med langvarigt ophold. I Tabel 2.3 er vist fordelingen på de tre grupper særskilt i forhold til køn, alder og herkomst for den samlede analysegruppe af boformsbrugere i perioden 2016-2022. I Bilagstabel 1.1 er vist de tilsvarende fordelinger på de tre grupper i forhold til køn, alder og herkomst, opgjort for de boformsbrugere, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. I Tabel 2.2, der viser fordelingerne for hele analyseperioden (2016-2022), er alder opgjort som alder i 2016. I Bilagstabel 1.1., der viser fordelingerne for de brugere, der var indskrevet på boformerne i 2021, er alderen opgjort i 2021. Da analysen, der identificerer de tre grupper af boformsbrugere, er betinget af, at personerne skal være fyldt 18 år i 2016, betyder det, at der kun er en lille gruppe af boformsbrugere, der indgår i analysen, der var mellem 18 og 24 år i 2021 (Bilagstabel 1.1).

Tabel 2.3 viser, at der er en lidt højere andel af boformsbrugere med langvarigt ophold blandt mænd (28 %) end blandt kvinder (23 %) opgjort for den samlede analyseperiode 2016-2022. Samme mønster ses også for boformsbrugerne i 2021 (Bilagstabel 1.1), hvor andelen med langvarigt ophold er 42 % blandt mændene og 36 % blandt kvinderne. Andelen med langvarigt ophold er nogenlunde den samme på tværs af aldersgrupperne. Andelen med episodisk

ophold er derimod højere blandt de 25-29-årige og 30-49-årige med 10 % i begge grupper (2016-2022), mod 6 % blandt de 18-24-årige og 7 % blandt dem på 50 år og derover. Som vi senere skal se, er der en højere andel med stofmisbrug blandt boformsbrugere med episodisk ophold, hvilket medvirker til at forklare, at andelen med episodisk ophold er højest blandt de yngre og midaldrende boformsbrugere, da der generelt er flere med stofmisbrug i disse aldersgrupper end i den ældre aldersgruppe. I forhold til herkomst er der en lidt højere andel af boformsbrugere med langvarigt ophold blandt indvandrere og efterkommere, mens andelen med episodisk ophold derimod er højest blandt boformsbrugere med dansk baggrund.

Tabel 2.3 Andel af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, særskilt for køn, alder og herkomst. Boformsbrugere 2016-2022. Procent.

	Kortvarigt ophold, 2016-2022	Episodisk ophold, 2016-2022	Langvarigt ophold, 2016-2022	I alt, procent	I alt, antal
Køn					
Mænd	63	9	28	100	13.276
Kvinder	70	7	23	100	4.467
Alder					
18-24 år	68	6	26	100	3.629
25-29 år	63	10	27	100	2.248
30-49 år	62	10	27	100	7.610
50 år og derover	66	7	27	100	4.256
Herkomst					
Dansk	66	9	26	100	13.903
Indvandrer	59	7	33	100	3.134
Efterkommer	63	7	30	100	706

Anm.: Tabellen viser fordelingen mellem boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold for henholdsvis mænd og kvinder, aldersgrupper samt danskere, indvandrere og efterkommere. Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2016-2022. Personens alder er opgjort i 2016. Analysepopulationen for opgørelsen er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016, da identifikationen af de tre grupper af boformsbrugere er baseret på personernes brug af boformer over en samlet analyseperiode fra 2016-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

2.2.3 Risikofaktorer for udsathed blandt de tre grupper af boformsbrugere

I dette afsnit ser vi på andelen, der er registreret på forskellige risikoindikatorer for udsathed blandt de tre grupper af boformsbrugere. I rapportens analyser af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser i de tre grupper (Kapitel 3 og 4) benytttes 2021 som det gennemgående kalenderår. I de følgende opgørelser af udsathedprofilen ser vi derfor også på boformsbrugerne i 2021. I Tabel 2.4 er opgjort andelen, der er registreret med henholdsvis psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fængselsophold for hver af de tre grupper af boformsbrugere, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Desuden er opgjort andelen med henholdsvis stof- eller alkoholmisbrug, andelen med samtidig psykisk lidelse og misbrug ("dobbeltdiagnose") samt andelen, der er registreret på mindst én af risikoindikatorerne set under ét. Risikoindikatorerne for udsathed er opgjort henholdsvis inden for de seneste 5 år (2017-2021) samt i løbet af borgerens hidtidige livsperiode (så lang tid, som er dækket af de forskellige registre). Andelen, der er registreret på de enkelte risikoindikatorer, er beregnet inden for hver af de tre grupper af boformsbrugere samt for alle de boformsbrugere, der indgår i de tre analysegrupper. Her skal det som tidligere nævnt tages i betragtning, at analysepopulationen for den statistiske analyse, der har opdelt boformsbrugerne i de tre grupper har været afgrænset til de boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016, da analysen, der identificerer de tre grupper af boformsbrugere, er baseret på den syvårige periode fra 2016 til 2022. Derved indgår i identifikationen af de tre grupper i 2021 ikke de boformsbrugere i 2021, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016. Derfor opgør vi (i kolonnen "Alle boformsbrugere, 2021" længst til højre i tabellen) også andelen, der er registreret på risikoindikatorerne blandt samtlige personer, der var indskrevet på § 110-boformerne i 2021, hvor således også personer, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016, er medregnet.

Tabel 2.4 viser, at der i alle tre grupper af boformsbrugere er en forholdsvis høj andel, der er registreret med psykiske lidelser, misbrug eller et fængselsophold. Her skal man være opmærksom på, at § 110-boformerne generelt er henvendt til borgere med særlige sociale problemer, hvilket typisk vil være borgere med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer, eller andre væsentlige sociale problematikker. Borgere, der ikke har særlige sociale problemer, vil således ikke være målgruppe for et ophold på en § 110-boform. På den baggrund afspejler den høje andel med psykiske lidelser og misbrugsproblemer ikke kun, at disse faktorer er væsentlige risikofaktorer for hjemløshed, men også at borgere, som ikke har sådanne problematikker, ifølge lovgivningen ikke er i målgruppen for en indskrivning på en § 110-boform. Samtidig skal man også være opmærksom på, at der på nogle § 110-boformer lokalt er sat begrænsninger i forhold til dele af målgruppen, hvor der særligt på nogle boformer stilles krav om, at borgeren ikke må have et aktivt misbrug for at være

indskrevet på boformen. På den måde påvirkes udsathedeprofilen blandt boformsbrugerne af både generelle og specifikke (lokale) kriterier i forhold til målgruppen for et boformsophold.

Ser vi på de tre grupper af boformsbrugere, skiller gruppen med episodisk ophold sig ud ved at have den højeste andel, der er registreret på både de enkelte risikoindikatorer og mindst én af indikatorerne set under et. Derimod er der ikke væsentlige forskelle mellem grupperne med kortvarigt og langvarigt ophold på andelen, der er registreret på de forskellige indikatorer. I gruppen med episodisk ophold er der 97 %, der er registreret på mindst én af risikoindikatorerne målt over det hidtidige livsforløb, mens den tilsvarende andel er 84 % blandt dem med kortvarigt ophold og 85 % blandt dem med langvarigt ophold. I gruppen med episodisk ophold er der særligt en høj andel, der er registreret med misbrug, med 90 % målt over det hidtidige livsforløb, mens denne andel er 64 % og 66 % i grupperne med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold. Blandt boformsbrugerne med episodisk ophold er 69 % registreret med et stofmisbrug over det hidtidige livsforløb, mens denne andel er 41 % og 46 % blandt dem med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold. Blandt dem med episodisk ophold er der også en væsentligt højere andel, 43 %, der er registreret med et fængselsophold over det hidtidige livsforløb, mens denne andel er 21 % og 25 % blandt dem med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold. Endelig er der i gruppen med episodisk ophold også en lidt højere andel, 70 %, der er registreret med psykiske lidelser over det hidtidige livsforløb end blandt dem med kortvarigt (63 %) og langvarigt (62 %) ophold, men denne forskel er således ikke lige så markant som for andelen med misbrug eller fængselsophold.

Analyserne tyder således på, at der gennemsnitligt set er en højere kompleksitet i udsatheden i gruppen med episodisk ophold end blandt dem med kortvarigt og langvarigt ophold. Det ses også i andelen med en samtidig psykisk lidelse og et misbrug ("dobbeltdiagnose"), der generelt er en indikation på en høj kompleksitet i udsatheden. Denne andel er 65 % over det hidtidige livsforløb blandt dem med episodisk ophold, sammenlignet med 46 % og 45 % blandt dem med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold (Tabel 2.4). Selvom sidstnævnte andel med samtidig psykisk lidelse og misbrug således er væsentligt højere blandt dem med episodisk ophold, skal det dog understreges, at denne andel også er forholdsvis høj i de to andre grupper.

Tabel 2.4 Andel med psykisk lidelse, misbrug eller fængselsophold, særskilt for boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, 2021. Procent.

	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
Misbrug, seneste 5 år	55	82	57	61	56
Misbrug, livsforløb	64	90	66	70	64
Alkoholmisbrug, seneste 5 år	32	52	29	35	31
Alkoholmisbrug, livsforløb	41	64	38	44	39
Stofmisbrug, seneste 5 år	32	57	37	39	37
Stofmisbrug, livsforløb	41	69	46	48	45
Psykisk lidelse, seneste 5 år	47	51	45	47	45
Psykisk lidelse, livsforløb	63	70	62	64	60
Psykisk lidelse og misbrug, seneste 5 år	30	45	29	33	30
Psykisk lidelse og misbrug, livsforløb	46	65	45	49	45
Psykisk lidelse og/eller misbrug, seneste 5 år	71	89	73	75	71
Psykisk lidelse og/eller misbrug, livsforløb	81	96	83	85	80
Fængsel, seneste 5 år	8	22	9	11	10
Fængsel, livsforløb	21	43	25	27	24
Mindst én risikofaktor, seneste 5 år	72	90	75	77	73
Mindst én risikofaktor, livsforløb	84	97	85	87	82
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380

Anm.: Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Vi har også set på andelen med specifikke typer af psykiske lidelser blandt de forskellige grupper af boformsbrugere (Tabel 2.5). Eksempelvis er 10 % af alle de borgere, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021, registreret med skizofreni. Denne andel er højest, 14 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold, mens den er 11 % blandt dem med langvarigt ophold og 10 % blandt dem med kortvarigt ophold. I gruppen med episodisk ophold er 26 % registreret med en personlighedsforstyrrelse, mens det gælder 19 % af

dem med kortvarigt og 17 % af dem med langvarigt ophold. Der er også en forholdsvis stor gruppe af boformsbrugere, der er registreret med ADHD. Denne andel er 20 % blandt dem med episodisk ophold, 14 % blandt dem med kortvarigt ophold og 13 % blandt dem med langvarigt ophold. Opgørelsen understreger, at der er en høj forekomst af forskellige former for psykiske lidelser blandt brugerne af § 110-boformerne.

Tabel 2.5 Andel med specifikke psykiske lidelser, særskilt for grupper af boformsbrugere. Procent.

Specifikke psykiske lidelser	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
Skizofreni	10	14	11	11	10
Skizotypi	3	3	2	3	2
Bipolar lidelse	6	6	4	5	4
Øvrige psykotiske lidelser	14	20	16	16	15
Personlighedsforstyrrelser	19	26	17	19	17
Depression	20	19	17	19	17
Angsttilstande	12	15	11	12	11
PTSD	6	8	8	7	7
Øvrige belastningsreaktioner	33	37	33	34	32
Spiseforstyrrelser	2	2	1	2	1
ADHD	14	20	13	15	14
Autisme	3	1	1	2	2
Øvrige psykiatriske diagnoser	10	13	9	10	10
Andel i alt med psykiatrisk diagnose	62	68	60	62	59
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380

Anm.: Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

I Tabel 2.6 er opgjort andelen med specifikke former for misbrug blandt boformsbrugere. I forbindelse med andelen med misbrugsproblemer på § 110-boformerne skal man som tidligere nævnt være opmærksom på, at der på nogle § 110-boformer er en restriktiv tilgang til misbrugsproblemer, således at et aktivt misbrug kan føre til udskrivning fra boformen. Tabel 2.6 viser, at der er en væsentligt højere andel registreret med de forskellige former for misbrug

i gruppen med episodisk ophold sammenlignet med de to øvrige grupper. Eksempelvis er 35 % af dem med episodisk ophold på et tidspunkt i løbet af deres hidtidige livsforløb registreret med et misbrug af opioider, mens det gælder 14 % af dem med kortvarigt ophold og 17 % af dem med langvarigt ophold. Blandt boformsbrugerne med episodisk ophold er 57 % registreret med et misbrug af hash, mens det samme er tilfældet for 30 % og 35 % af dem med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold. I gruppen med episodisk ophold er 64 % registreret med alkoholmisbrug, mens det gælder 41 % og 38 % af dem med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold.

Tabel 2.6 Andel registreret med specifikke former for misbrug over det hidtidige livsforløb, særskilt for grupper af boformsbrugere. Procent.

Misbrug	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
Opioider	14	35	17	19	17
Kokain, amfetamin, ecstasy mv.	29	53	29	34	31
Hash	30	57	35	37	35
Medicin	14	32	16	18	16
Alkohol	41	64	38	44	39
Misbrug i alt	64	90	66	70	64
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380

Anm.: Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Set på tværs af risikoindikatorerne er der således i gruppen med episodisk ophold generelt en højere andel, der er registreret på de forskellige indikatorer, og navnlig en højere andel med misbrugsproblematikker, ligesom der også er en højere andel med en tidligere fængselsdom. Det er også i gruppen med episodisk ophold, at vi finder den højeste andel, der både har en psykisk lidelse og et misbrug. Der er således tegn på, at gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold gennemsnitligt set har en højere kompleksitet i udsathed end de to øvrige grupper. Det kan være med til at forklare mønstret i brugen af boformerne i denne gruppe, der har mange – men forholdsvis korte – ophold på § 110-boformerne. Med en meget høj kompleksitet i udsathed er det formentlig svært for denne gruppe at have et regelmæssigt forløb og en kontinuitet i opholdet på en boform. Samtidig skal det understreges, at § 110-boformerne generelt ikke udgør et socialpsykiatrisk behandlingstilbud til borgere med psykiske lidelser eller "dobbelt diagnose" mellem en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug.

Selvom grupperne med kortvarigt og langvarigt ophold gennemsnitligt set har en lavere andel, der er registreret på de forskellige indikatorer, end i gruppen med episodisk ophold, er det stadig langt hovedparten af boformsbrugerne – også i disse grupper – der er registreret på mindst en af indikatorerne. Det understreger, at en stor del af de borgere i hjemløshed, der tager ophold på en § 110-boform, har sociale og/eller helbredsmæssige udfordringer. I den sammenhæng skal det tages i betragtning, at sociale problemer som tidligere nævnt indgår i målgruppeafgrænsningen af, hvilke borgere der kan få ophold på § 110-boformerne, der er henvendt til ”personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig” (SEL § 110). Det er således forventeligt, at langt de fleste af de borgere, der indskrives på § 110-boformerne, er registreret på en eller flere af risikoindikatorerne for udsathed.

Når vi sammenligner boformsbrugerne med kortvarigt og langvarigt ophold, er det imidlertid bemærkelsesværdigt, at disse grupper ikke adskiller sig væsentligt i forhold til profilen på udsathedsfaktorerne, hvor både andelen med psykiske lidelser, misbrug og tidligere fængselsophold samt også profilen i forhold til de specifikke typer af psykiske lidelser og former for misbrug er stort set ens i de to grupper. I forhold til de observerbare karakteristika er det således primært varigheden af boformsopholdet, der adskiller grupperne med kortvarigt og langvarigt ophold. Her skal det dog understreges, at der kan være forskelle mellem grupperne, som ikke kan observeres i det tilgængelige datamateriale (registerdata), som fx i graden af udsathed, symptombilledet ved psykiske lidelser og det konkrete omfang af et misbrug.

2.2.4 Fysiske helbredsproblemer

Vi har også set på forekomsten af fysiske helbredsproblemer blandt borgere i hjemløshed. Her har vi benyttet oplysninger fra Landspatientregistret om, hvorvidt borgerne er diagnosticeret med forskellige fysiske lidelser. Da andelen med disse lidelser generelt er højere i de ældre end de yngre aldersgrupper, har vi opdelt disse opgørelser på aldersgrupper. I Tabel 2.7 er vist andelen med forskellige fysiske lidelser for de tre grupper af boformsbrugere i aldersgruppen af 30-49-årige, samt for gruppen af boformsbrugere som helhed. De tilsvarende opgørelser for boformsbrugere i de øvrige aldersgrupper (18-29-årige og 50 år og derover) er vist i Bilagstabellerne 1.2 og 1.3. Opgørelsen er baseret på registreringer med de pågældende lidelser over det hidtidige livsforløb. Det ses, at en forholdsvis høj andel af boformsbrugerne er registreret med forskellige lidelser. Eksempelvis er 30,7 % af de 30-49-årige boformsbrugere registreret med infektionssygdomme. Denne andel er højest, 46,7 %, i gruppen med episodisk ophold, mens den er 30,8 % blandt dem med langvarigt ophold og 24,4 % blandt dem med kortvarigt ophold. En andel på 32,1 % er registreret med lungesygdomme, og også denne andel er højest i

gruppen med episodisk ophold med 38,4 %. Der er dog også nogle af sygdomsgrupperne, som fx nyre- og urinvejs sygdomme, hvor der ikke er nogen væsentlig forskel mellem de forskellige grupper af boformsbrugere.

Vi har også opgjort de tilsvarende andele med fysiske lidelser i forskellige sammenligningsgrupper i den øvrige befolkning, som ikke er registreret med hjemløshed. I Tabel 2.8 er vist andelen med de forskellige fysiske lidelser i den samlede gruppe af boformsbrugere (i 2021) samt i fire forskellige sammenligningsgrupper: borgere med både en psykisk lidelse og et misbrug, men som ikke er registreret med hjemløshed; borgere registreret med en psykisk lidelse, men ikke med et misbrug; borgere registreret med et misbrug, men ikke en psykisk lidelse; borgere i den øvrige befolkning, der hverken er registreret med hjemløshed, en psykisk lidelse eller et misbrug. Opgørelserne er for alle grupper foretaget for personer i alderen 30-49 år. Tilsvarende opgørelser for aldersgruppen af 18-29-årige og aldersgruppen på 50 år og derover er vist i Bilagstabel 1.4 og 1.5.

Tabel 2.8 viser, at der for de fleste af de fysiske lidelser er en væsentligt højere andel med disse lidelser i gruppen af boformsbrugere end i den øvrige befolkning, der ikke er registreret med hverken hjemløshed, psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. For enkelte af de fysiske lidelser er andelen også højere blandt boformsbrugerne end i de øvrige sammenligningsgrupper med en psykisk lidelse og/eller et misbrug. Det gælder navnlig andelen med infektionssygdomme, der er 30,7 % blandt de 30-49-årige boformsbrugere, mens denne andel er 24,2 % i den tilsvarende aldersgruppe med både en psykisk lidelse og et misbrug, 19,9 % i gruppen med en psykisk lidelse uden et misbrug, 21,5 % i gruppen med et misbrug uden en psykisk lidelse og 12,6 % i den øvrige befolkning, der hverken er registreret med hjemløshed, en psykisk lidelse eller et misbrug. En andel på 15,8 % af de 30-49-årige boformsbrugere er registreret med kredsløbsproblemer, mens denne andel er 9,5 % blandt 30-49-årige i den øvrige befolkning, der ikke er registreret med hverken hjemløshed, en psykisk lidelse eller et misbrug. For flere af sygdomsgrupperne er der dog ikke væsentlige forskelle mellem boformsbrugerne og sammenligningsgrupperne. Det gælder særligt for sygdomme i bevægeapparatet samt for nyre- og urinvejs sygdomme.

Tabel 2.7 Andel 30-49-årige registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for grupper af boformsbrugere. Procent.

Somatiske diagnoser	Kortvarigt ophold, 2021 (30-49 år)	Episodisk ophold, 2021 (30-49 år)	Langvarigt ophold, 2021 (30-49 år)	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021 (30-49 år)	Alle boformsbrugere, 2021 (30-49 år)
Infektionssygdomme	24,4	46,7	30,8	31,8	30,7
Neoplasmer	9,6	8,8	8,5	9,0	8,5
Blodsygdomme	5,0	7,4	4,1	5,2	4,8
Stofskiftesygdomme	15,9	16,8	13,8	15,3	14,8
Nervesygdomme	19,9	21,0	16,1	18,6	17,2
Kredsløbssygdomme	16,8	19,9	15,1	16,8	15,8
Lungesygdomme	31,2	38,4	32,7	33,3	32,1
Fordøjelsesygdomme	43,3	50,8	41,2	44,1	41,8
Hudsygdomme	25,8	36,3	28,0	28,9	27,4
Sygdomme i bevægeapparatet	45,5	46,9	43,4	45,0	42,5
Nyre- og urinvejssygdomme	30,9	29,1	26,6	28,8	27,2
Mindst én af ovenstående	88,3	90,3	85,5	87,6	85,2
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	947	537	997	2.481	2.816

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed*, 2022.

Tabel 2.8 Andel 30-49-årige registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for boformsbrugere samt andre grupper i befolkningen. Procent.

Somatiske diagnoser	Bofomsbrugere, 2021 (30-49 år)	Samtidig psykisk lidelse og misbrug (30-49 år)	Psykisk lidelse uden misbrug (30-49 år)	Misbrug uden psykisk lidelse (30-49 år)	Øvrige befolkning (30-49 år)	Hele befolkningen (30-49 år)
Infektionssygdomme	30,7	24,2	19,9	21,5	12,6	13,2
Neoplasmer	8,5	11,6	13,9	9,2	11,0	11,1
Blodsygdomme	4,8	4,5	4,6	3,1	2,5	2,7
Stofskiftesygdomme	14,8	17,2	22,3	10,4	11,0	11,7
Nervesygdomme	17,2	20,8	21,8	16,0	10,7	11,4
Kredsløbssygdomme	15,8	15,9	14,5	13,8	9,5	9,9
Lungesygdomme	32,1	33,4	29,1	27,1	19,3	20,1
Fordøjelsesygdomme	41,8	44,3	40,5	36,7	25,5	26,7
Hudsygdomme	27,4	25,9	21,5	22,1	14,4	15,1
Sygdomme i bevægeapparatet	42,5	46,9	48,3	43,5	36,3	37,1
Nyre- og urinvejssygdomme	27,2	33,6	42,7	27,1	29,9	30,6
Mindst én af ovenstående	85,2	89,0	89,4	85,2	76,3	77,2
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.816	12.137	76.631	14.494	1.336.803	1.447.614

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed*, 2022.

2.2.5 Geografisk variation i andelen af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold

For at undersøge forskellene mellem grupperne af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold nærmere, har vi også set på, om der er andre karakteristika, som grupperne adskiller sig på. Her viser det sig, at der er en væsentlig forskel på fordelingen mellem grupperne i forhold til geografi. I Tabel 2.9 er vist andelen med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold i forhold til kommunetype², hvor der er taget udgangspunkt i kommunen, hvor borgeren senest er registreret med bopælsadresse.

Tabel 2.9 Andel af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, særskilt for kommunetyper. Procent.

	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	I alt, procent	I alt, antal
København og Frederiksberg	26	12	62	100	1.011
Øvrige hovedstadskommuner	54	8	38	100	394
Øvrige storbykommuner	42	26	32	100	916
Provinsbykommuner	39	23	38	100	1.395
Oplandskommuner	51	13	36	100	377
Landkommuner	44	21	35	100	1.051
I alt	40	19	41	100	5.144

Anm.: Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabel 2.9 viser, at der er en markant forskel mellem kommunekategorierne i forhold til andelen af boformsbrugere i de forskellige grupper. Andelen med langvarigt ophold er således markant højere i kategorien 'København og Frederiksberg', hvor 62 % af boformsbrugerne i 2021 har langvarigt ophold, sammenlignet med 41 % for landet som helhed. Andelen med langvarigt ophold er lavest, 32 %, i de 'øvrige storbykommuner'. Tilsvarende er andelen med kortvarigt ophold væsentligt lavere i kategorien 'København og Frederiksberg', med 26 %, mens denne andel er 40 % på landsplan. Andelen med kortvarigt ophold er højest i de 'øvrige hovedstadskommuner', der indbefatter det københavnske forstadsområde, hvor andelen med kortvarigt ophold er 54 %, mens andelen med langvarigt ophold i dette område er 38 %. Der er også en

² Opdelingen i kommunetyper er baseret på Danmarks Statistiks klassifikation af kommunegrupper: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/kommunegrupper>

betydelig forskel mellem kommunetyperne i andelen med episodisk ophold. Denne andel er lavest i hovedstadsområdet, med 8 % i de 'øvrige hovedstads-kommuner' og 12 % i kategorien 'København og Frederiksberg', mens andelen med episodisk ophold er højest i de øvrige storbykommuner med 26 % efterfulgt af provinsbykommunerne med 23 %.

I Tabel 2.10 er andelen af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold opgjort inden for hver af de fem regioner. Opgørelsen viser, at andelen med langvarigt ophold er højest i Region Hovedstaden med 54 %, efterfulgt af Region Sjælland med 45 %, mens andelen med langvarigt ophold er 32-35 % i de øvrige regioner. Der er også en stor variation mellem regionerne i andelen med episodisk ophold, der er højest i Region Midtjylland med 29 %, mens denne andel er lavest i Region Hovedstaden med 12 %.

Tabel 2.10 Andel af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, særskilt for regioner. Procent.

	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	I alt, procent	I alt, antal
Region Hovedstaden	34	12	54	100	1.603
Region Sjælland	43	13	45	100	541
Region Syddanmark	48	18	35	100	1.017
Region Midtjylland	39	29	32	100	1.365
Region Nordjylland	44	23	33	100	618
I alt	40	19	41	100	5.144

Anm.: Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

De markante geografiske forskelle i andelen af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold tyder på, at der er strukturelle og/eller systemiske faktorer, der indvirker på dette mønster. Det kan fx være den lokale boligsituation eller forhold omkring det lokale velfærdssystem, og dermed tilgængeligheden af bolig- og støtteløsninger, der har betydning for muligheden for at flytte videre i egen bolig eller et botilbud efter et ophold på en § 110-boform, og som dermed kan have en indvirkning på længden af et boformsophold. Det er i den forbindelse nærliggende, at den vanskelige boligsituation i hovedstadsområdet med stor mangel på billige boliger spiller en væsentlig rolle i forhold til at forklare, at andelen med langvarigt ophold på boformerne er højest i Region Hovedstaden og navnlig i de centrale dele af hovedstadsområdet.

2.2.6 Udskrivningssituation

Ud over profilen af boformsbrugerne i de tre grupper og den geografiske fordeling har vi også set på situationen for borgeren ved udskrivning fra boformen. Her er der i boformsregistret oplysninger om, hvilken situation borgeren er udskrevet til. I Tabel 2.11 er vist udskrivningssituationen for personer, der er udskrevet fra en boform i løbet af 2021 ved den sidste udskrivning, der er registeret i 2021. Udskrivningssituationen er vist for henholdsvis grupperne med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, alle personer i de tre grupper, samt for samtlige boformsbrugere, der er udskrevet i 2021, hvor den sidstnævnte gruppe som tidligere nævnt også inkluderer de boformsbrugere, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016 og dermed ikke indgår i klassifikationen i de tre grupper af boformsbrugere.

Udskrivningssituationerne 1-7 aftegner tilsammen dem, som bliver udskrevet til en boligløsning, hvor ud over almindelige ejer-, andels- og lejeboliger også medregnes skæve boliger og botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Procentandelen i disse kategorier tilsammen er vist nederst i tabellen. Tabel 2.11 viser, at andelen, der udskrives til en boligløsning, er lavest blandt boformsbrugere med episodisk ophold, hvor denne andel er 41,4 %, mens den er 56,1 % blandt dem med kortvarigt ophold og 57,4 % blandt dem med langvarigt ophold. For de tre grupper af boformsbrugere tilsammen udskrives 53,8 % til en boligløsning, mens det gælder 51,6 % i den samlede gruppe af personer, der er blevet udskrevet fra en boform i løbet af 2021, og som også inkluderer de yngste boformsbrugere, der ikke indgår i klassifikationen af de tre grupper af boformsbrugere. Alt i alt er det således godt halvdelen af udskrivningerne fra boformerne, der sker til en boligløsning. Den mest almindelig boligløsning, der udskrives til, er en almen bolig, der også inkluderer almene ungdomsboliger, samt almen udslusningsbolig, som der også er en lille gruppe, der udskrives til, og som vi ikke har kunnet opgøre som en selvstændig kategori på grund af for få personer i denne gruppe. Opgørelsen viser således, at der i to ud af tre tilfælde, hvor der udskrives til egen bolig, er tale om en almen bolig.

De øvrige udskrivninger fordeler sig på forskellige øvrige situationer. For eksempel er det knap hver tiende udskrivning, der sker til ophold hos familie, venner, bekendte, samlever eller kæreste, hvilket – afhængigt af om der er tale om en midlertidig løsning eller ej – også kan være udtryk for hjemløshed ifølge den generelle definition af hjemløshed, der benyttes i kortlægningerne af hjemløshed. For 4,5 % af udskrivningerne er der tale om en udskrivning til situationen 'uden fast ophold/på gaden'. Denne andel er højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold, hvor 6,4 % udskrives til 'uden fast ophold/på gaden'. Der er også en forholdsvis stor gruppe, hvor udskrivningssituationen er uoplyst. Det er tilfældet for en femtedel (19,9 %) af alle udskrivningerne. Også her må vi antage, at der i en del tilfælde er tale om en udskrivning

til en fortsat hjemløshedssituation. Også andelen med uoplyst udskrivningssituation er højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold, hvor denne andel er 29,5 %.

Tabel 2.11 Udskrivningssituation ved sidste udskrivning i 2021, særskilt for grupper af boformsbrugere. Procent.

Udskrivningssituation	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
1. Egen bolig (ejer/andel)	6,9	4,3	2,8	5,2	4,5
2. Egen bolig (almen bolig/ungdomsbolig, inklusive almene udslusningsboliger)	37,7	25,2	39,0	35,7	34,6
3. Egen bolig (privat udlejning)	6,9	5,3	7,7	6,9	6,8
4. Egen bolig (skæv bolig)	1,1	2,2	1,7	1,5	1,4
5. Bofællesskab efter lov om almene boliger	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6
6. Botilbud efter § 107	2,1	3,0	3,7	2,8	2,7
7. Botilbud (§ 108)	0,9	0,8	1,9	1,2	1,0
8. Andet herberg eller forsorgshjem (§ 110-boform)	2,9	6,5	10,6	5,9	5,6
9. Venner/familie/ægtefælle/samlever/kæreste	9,1	6,4	5,4	7,5	8,3
10. Kolonihavehus/campingvogn, hotel mv.	1,2	0,9	0,8	1,0	0,9
11. Misbrugsbehandling	1,5	1,2	1,4	1,4	1,2
12. Kriminalforsorgen	0,7	2,3	2,3	1,5	1,5
13. Somatisk sygehusafdeling	1,0	0,5	0,7	0,8	1,0
14. Psykiatrisk sygehusafdeling	2,4	1,4	1,5	1,9	1,8
15. Uden fast ophold/på gaden	3,8	6,4	3,0	4,0	4,5
16. Anden udskrivningssituation	3,8	3,6	2,1	3,3	3,7
17. Uoplyst	17,5	29,5	14,9	19,0	19,9
I alt, procent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Udskrivningssituation 1-7 i alt (egen bolig inklusive botilbud o.l.)	56,1	41,4	57,4	53,8	51,6
Beregningsgrundlag, antal pers. (N)	1.698	644	1.030	3.372	4.188

Anm.: Anden udskrivningssituation indeholder blandt andet personer udskrevet til kvindekrisecenter (SEL § 109) eller til et andet land.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

2.3 Gadesovere og sofasovere

Brugerne af § 110-boformerne er som tidligere nævnt den største gruppe blandt borgere i hjemløshed i Danmark. Hjemløshedsdefinitionen, der benyttes i de landsdækkende kortlægninger af hjemløshed, omfatter dog også andre hjemløshedssituationer som fx gadesovere, natvarmestuebrugere og sofasovere (jf. Benjaminsen, 2022). Vi har også set på profilen af to af de andre grupper blandt borgere i hjemløshed, nemlig hhv. gadesoverne og sofasoverne, da der i disse grupper er et tilstrækkeligt antal personer til, at vi kan foretage de registerbaserede opgørelser. Data om disse hjemløshedssituationer stammer fra kortlægningen af hjemløshed.

Vi har i rapportens analyser afgrænset grupperne af gadesovere på en anden måde end i kortlægningerne af hjemløshed. I kortlægningen betyder den hierarkiske orden mellem hjemløshedssituationerne, at personer, der har overnattet på gaden, opgøres som gadesovere, uanset om de også har befundet sig i en af de øvrige hjemløshedssituationer i kortlægningens tælleuge. Det betyder, at hvis en person, der har overnattet på gaden på et tidspunkt i løbet af uge 6, eksempelvis også har overnattet på en § 110-boform, er denne person klassificeret som gadesover i kortlægningen. I opgørelserne i denne rapport har vi imidlertid hierarkiseret gadesovere og boformsbrugere modsat, således at vi fra kategorien af gadesovere udelader dem, der samtidig er registreret med ophold på en § 110-boform. Det skyldes, at rapportens primære fokus er på at opgøre brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser. For de gadesovere, der også har benyttet boformerne, indgår opholdet på en boform som en del af brugen af velfærdssystemets indsatser, og det tæller dermed også med i udgifterne til indsatser i denne gruppe. I forhold til disse analyser vil det derfor være misvisende, såfremt en del af boformsbrugerne medregnes som gadesovere i stedet for som boformsbrugere. Gruppen af "sofasovere" (der i kortlægningen betegnes som personer, der overnatter midlertidigt hos familie, venner og bekendte) er ligeledes defineret som sofasovere, der ikke har benyttet § 110-boformerne. Denne afgrænsning af gruppen af sofasovere følger kortlægningens definition, da brug af § 110-boformerne er rangeret over overnatning hos familie, venner og bekendte i kortlægningens hierarkisering af hjemløshedssituationerne.

I forhold til identifikationen af analysegrupperne af gadesovere og sofasovere har vi anvendt data fra den seneste kortlægning af hjemløshed, der foregik i uge 6, 2022. Det skyldes, at den forrige kortlægning af hjemløshed foregik 3 år tidligere i 2019. Kortlægningen fra 2022 ligger således tidsmæssigt tættest på vores analyseperiode og identificerer personer, der er blevet registreret som gadesovere eller sofasovere i uge 6, 2022. Som tidligere nævnt anvender vi 2021 som det gennemgående år for rapportens analyser af brug af velfærdssystemets indsatser, da dette år er det seneste år, hvor der er oplysninger i registrene om brugen af (næsten) alle de indsatser og ydelser, der indgår

i analysen. Der skal således tages forbehold for, at der er en lille tidsforskydning mellem registreringen af personen som gadesover eller sofasover i uge 6, 2022, og rapportens analyser, der er baseret på oplysninger fra 2021. Af hensyn til at undgå, at analysegrupperne af gadesovere og sofasovere også indeholder brugere af § 110-boformer, lægger vi samtidig den yderligere afgrænsning på disse analysegrupper, at de ikke må indeholde personer, der har haft ophold på en § 110-boform i hverken 2021 eller 2022. I forhold til grupperne af gadesovere og sofasovere er det endvidere en forudsætning for at indgå i rapportens registerbaserede analyser, at personen er registreret med et fuldt CPR-nummer i kortlægningen af hjemløshed, hvilket er nødvendigt i forhold til sammenkoblingen mellem data fra kortlægningen af hjemløshed og registerdataene. Det giver en analysepopulation på i alt 146 gadesovere og 716 sofasovere.

I Tabel 2.12 er opgjort fordelingen på køn, alder og herkomst blandt gadesoverne og sofasovere, ligesom vi også har inkluderet gruppen af boformsbrugere til sammenligning. Tabel 2.12 viser, at der blandt gadesoverne er en højere andel af mænd, 84 %, sammenlignet med boformsbrugerne og sofasoverne, hvor henholdsvis 76 % og 77 % er mænd. Blandt sofasoverne er der en væsentligt højere andel af unge samt færre ældre sammenlignet med gadesoverne og boformsbrugerne. Hovedparten af personerne i alle tre grupper har dansk herkomst med 75 % blandt både boformsbrugere og gadesovere, mens denne andel er 70 % blandt sofasoverne. Indvandrere udgør 20 % af boformsbrugerne, hvilket er en overrepræsentation i forhold til denne gruppes andel af befolkningen som helhed, mens 5 % af boformsbrugerne er efterkommere. Blandt sofasoverne er der derimod en højere andel af efterkommere, 14 %, end i de to øvrige grupper, hvilket afspejler, at en højere andel af sofasoverne generelt er unge.

Tabel 2.12 Køn, alder og herkomst, særskilt for boformsbrugere, gadesovere og sofasovere. Procent.

	Boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6 2022	Sofasovere, uge 6 2022
Køn			
Mand	76	84	77
Kvinde	24	16	23
I alt, pct. og antal (N)	100 (6.380)	100 (146)	100 (716)
Alder			
18-24 år	13	8	24
25-29 år	13	16	22
30-49 år	44	52	42
50 år og derover	30	24	13
I alt, pct. og antal (N)	100 (6.380)	100 (146)	100 (716)
Herkomst			
Dansk	75	75	70
Indvandrer	20	16	16
Efterkommer	5	9	14
I alt, pct. og antal (N)	100 (6.380)	100 (146)	100 (716)

Anm.: I grupperne af gadesovere og sofasovere er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 eller 2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

I Tabel 2.13 er opgjort andelen, der er registreret på risikofaktorerne for udsathed blandt gadesoverne og sofasoverne, sammenlignet med boformsbrugere. For gruppen af gadesovere har vi endvidere særskilt inkluderet de gadesovere, der også har haft ophold på en § 110-boform i løbet af 2021 eller 2022 (hvoraf nogle også er inkluderet i analysegruppen af boformsbrugere i 2021). Derved kan vi sammenligne udsathedprofilen blandt de gadesovere, der ikke har haft ophold på boformerne, med udsathedprofilen blandt de gadesovere, der har haft ophold på boformerne. En forskel viser sig ved, at de gadesovere, der også har haft ophold på en boform, har en højere andel med misbrug og/eller psykiske lidelser end gruppen af boformsbrugere generelt. Det modsatte er derimod tilfældet blandt de gadesovere, der ikke har været indskrevet på en boform, hvor færre er registreret med misbrug og/eller psykiske lidelser end blandt boformsbrugere. Eksempelvis er det 60 % af alle boformsbrugere, der er registreret med en psykisk lidelse, mens det gælder 69 % af de gadesovere, der også har benyttet en boform, mod 48 % af de gadesovere, der ikke har benyttet en boform.

Tabel 2.13 Andel med psykisk lidelse, misbrug eller fængselsophold, særskilt for gadesovere, sofasovere og boformsbrugere. Procent.

	Boforms- brugere, 2021	Gadesovere, uge 6 2022		Sofasovere, uge 6 2022	
		Ikke på boform	På bo- form	Alle ga- deso- vere	Alle sofasovere
Misbrug, seneste 5 år	56	33	72	51	41
Misbrug, livsforløb	64	46	78	61	50
Alkoholmisbrug, seneste 5 år	31	12	36	24	9
Alkoholmisbrug, livsforløb	39	18	43	30	16
Stofmisbrug, seneste 5 år	37	23	55	38	35
Stofmisbrug, livsforløb	45	35	65	49	42
Psykisk lidelse, seneste 5 år	45	28	50	39	35
Psykisk lidelse, livsforløb	60	48	69	58	51
Psykisk lidelse og misbrug, seneste 5 år	30	13	43	27	21
Psykisk lidelse og misbrug, livsforløb	45	29	58	43	32
Psykisk lidelse og/eller misbrug, seneste 5 år	71	48	79	63	54
Psykisk lidelse og/eller misbrug, livsforløb	80	64	89	76	68
Fængsel, seneste 5 år	10	11	18	14	14
Fængsel, livsforløb	24	25	38	31	28
Mindst én risikofaktor, seneste 5 år	73	51	81	66	60
Mindst én risikofaktor, livsforløb	82	70	90	80	75
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	146	134	280	716

Anm.: I gruppen af sofasovere er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 eller 2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Det er ikke muligt ud fra registeroplysningerne at vurdere, om den lavere andel med psykiske lidelser og/eller misbrug blandt de gadesovere, der ikke har benyttet boformerne, skyldes, at denne gruppe (gennemsnitligt set) har en lavere grad af udsathed, eller om der snarere er tale om, at denne gruppe i højere grad er faldet helt igennem velfærdssystemets sikkerhedsnet og de behandlingsmæssige og sociale indsatser og derfor ikke i samme grad er blevet

diagnosticeret og registreret med psykiske lidelser eller misbrug. Blandt sofasoverne er 51 % registreret med en psykisk lidelse, mens denne andel som nævnt er 60 % blandt boformsbrugerne. Samme tendens ses i forhold til andelen med misbrug, hvor 50 % af sofasoverne er registreret med misbrug over det hidtidige livsforløb, mens denne andel er 64 % blandt boformsbrugerne. Her skal det tages i betragtning, at gruppen af sofasoverne gennemsnitligt set er yngre end de to andre grupper, hvilket kan betyde, at færre blandt sofasoverne er blevet udredt og diagnosticeret og dermed registreret med en diagnose – både i forhold til psykiske lidelser og misbrug.

Endelig har vi også opgjøret andelen, der er registreret med forskellige former for fysiske lidelser, blandt gadesoverne og sofasoverne sammenlignet med boformsbrugerne (Tabel 2.14). Da disse andele er særligt aldersafhængige, er Tabel 2.14 afgrænset til aldersgruppen af 30-49-årige. De tilsvarende opgørelser for aldersgrupperne af 18-29-årige og 50-årige og derover er vist i Bilagstabel 1.6 og 1.7.

Tabel 2.14 Andel 30-49-årige registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for boformsbrugere, gadesovere og sofasovere. Procent.

Somatiske diagnoser	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Infektionssygdomme	30,7	22,4	25,0
Neoplasmer	8,5	7,9	5,4
Blodsygdomme	4,8	3,9	2,7
Stofskiftesygdomme	14,8	9,2	9,8
Nervesygdomme	17,2	17,1	12,8
Kredsløbssygdomme	15,8	14,5	8,8
Lungesygdomme	32,1	23,7	30,1
Fordøjelsessygdomme	41,8	32,9	37,5
Hudsygdomme	27,4	27,6	26,0
Sygdomme i bevægeapparatet	42,5	34,2	43,9
Nyre- og urinvejssygdomme	27,2	22,4	26,0
Mindst én af ovenstående	85,2	78,9	83,1
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.816	76	296

Anm.: I grupperne af gadesovere og sofasovere er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 eller 2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed*, 2022.

Tabel 2.14 viser, at der i alle tre grupper er en forholdsvis høj andel, der er registreret med forskellige fysiske sygdomme. I den sammenhæng kan det særligt bemærkes, at disse andele er stort set ligeså høje blandt sofasoverne som blandt gadesovere og boformsbrugere, hvilket understreger, at også mange i gruppen af sofasovere har fysiske helbredsproblemer.

2.4 Opsamling

I dette kapitel har vi tegnet en profil af gruppen af borgere i hjemløshed. Kapitellet har taget udgangspunkt i en opdatering af en analyse af forskellige grupper af boformsbrugere, der er foretaget i tidligere undersøgelser (Benjaminsen & Andrade, 2015; Benjaminsen & Enemark, 2017). Analysen i indeværende undersøgelse viser, at gruppen af boformsbrugere fortsat kan opdeles i tre grupper, der har hver deres særlige mønster i brugen af boformerne. Gruppen af boformsbrugere med kortvarigt ophold udgør den største gruppe og er kendetegnet ved få, korte ophold på boformerne. Gruppen med episodisk ophold er den mindste gruppe og er kendetegnet ved mange (gentagne), korte ophold på boformerne. Endelig er gruppen med langvarigt ophold kendetegnet ved få, men lange ophold på boformerne. Selvom gruppen med langvarigt ophold udgør et mindretal blandt boformsbrugerne, står denne gruppe for flertallet af opholdsdagene på boformerne. Samtidig er der tegn på, at denne gruppe er blevet lidt større over tid, da de udgør cirka en fjerdedel af boformsbrugerne målt over perioden fra 2016 til 2022, mens de udgjorde cirka en femtedel af boformsbrugerne målt over perioden fra 2009 til 2015.

Kapitlets analyser har også afdækket andelen i de forskellige grupper, der er registreret på forskellige risikoindikatorer for udsathed. Disse analyser viser, at boformsbrugerne generelt er kendetegnet ved en forholdsvis høj grad af udsathed. I gruppen af boformsbrugere som helhed er cirka fire ud af fem registreret med enten en psykisk lidelse, et misbrugsproblem eller begge dele. Sidstnævnte gruppe med både en psykisk lidelse og et misbrug ("dobbeltdiagnose") udgør 45 % i den samlede gruppe af boformsbrugere.

Analyserne viser også, at gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold skiller sig ud ved at have en særligt høj andel, der er registreret på de forskellige risikoindikatorer. Ikke mindst er det 65 % i denne gruppe, der er registreret med både en psykisk lidelse og et misbrug, hvilket generelt aftegner en høj kompleksitet i udsatheden. Det kan være med til at forklare mønstret i brugen af boformerne i denne gruppe med mange korte, gentagne ophold, hvilket tyder på, at denne gruppe har vanskeligt ved at have et stabilt ophold på boformerne. Samtidig skal det understreges, at boformerne generelt ikke er socialpsykiatriske botilbud og således ikke udgør et bo- og behandlingstilbud til borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug.

Analyserne har også vist, at målt ud fra de observerbare risikofaktorer i registrene er der ikke en væsentlig forskel på gruppen med kortvarigt og langvarigt ophold, hvor nogenlunde lige mange har en psykisk lidelse eller et misbrug, ligesom også andelen med en psykisk lidelse og en samtidig psykisk lidelse er nogenlunde den samme i begge grupper. Derimod er der en markant geografisk forskel på andelen af boformsbrugere med hhv. kortvarigt og langvarigt ophold, idet andelen med langvarigt ophold er langt højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Det tyder på, at også strukturelle forhold – som fx manglen på betalelige boliger i hovedstadsområdet – spiller en væsentlig rolle og kan være med til at forklare, at en større andel af boformsbrugere må opholde sig på boformen i lang tid. Det understreger, at hjemløshed opstår i et samspil mellem individuelle risikofaktorer og samfundsmæssige faktorer, og at det er væsentligt også at have fokus på de strukturelle barrierer for at nedbringe den langvarige hjemløshed.

Endelig har kapitlets analyser også tegnet en profil af grupperne af gadesovere og sofasovere, der er identificeret gennem data fra kortlægningen af hjemløshed, 2022. Da data således er baseret på kortlægningens ugetælling, er analysegrundlaget for disse grupper dog væsentligt mindre end for boformsbrugere, hvor datagrundlaget er baseret på den løbende registrering af boformsbrugere året rundt i Danmarks Statistiks boformsregister. Både blandt gadesovere og sofasovere er der en forholdsvis høj andel, der er registreret med psykiske lidelser og/eller misbrug, hvilket understreger, at også borgere i disse grupper er kendetegnet ved en forholdsvis høj grad af udsathed. Blandt gadesovere ses dog en forskel i profilen af de gadesovere, der samtidig er registreret med ophold på en § 110-boform, hvor andelen med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer er forholdsvis høj – og højere end for gruppen af boformsbrugere som helhed. Blandt de gadesovere, der ikke er registreret med ophold på boformerne er andelen, der er registreret med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer, derimod noget lavere end blandt boformsbrugere og de gadesovere, der har benyttet boformerne. Det kan være et tegn på, at denne gruppe af gadesovere i højere grad falder uden for velfærdssystemets tilbud – herunder også forskellige behandlingstilbud – og ikke i samme grad som boformsbrugere er blevet udredt og diagnosticeret i forhold til deres helbredsmæssige problematikker.

3 Brug af velfærdssystemets indsatser

I dette kapitel afdækkes brugen af indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. Vi afdækker omfanget og karakteren af brugen af velfærdsydelser på en række områder i velfærdssystemet, som borgere i hjemløshed typisk kommer i kontakt med, såsom sociale indsatser og behandlingsydelser i sundhedssystemet.

Kapitlet starter med at afdække brugen af forskellige sociale indsatser, der gives under serviceloven. Derefter opgør vi brugen af sundhedsydelser, hvor vi både ser på brugen af det somatiske og psykiatriske sundhedssystem. Vi afdækker også brugen af kriminalforsorgen og retssystemet. Desuden opgøres andelen med forskellige overførselsydelser. Vi har afgrænset kapitlets opgørelser til 2021, der er det seneste år, hvor vi har (stort set) komplette data for brugen af de forskellige indsatser og ydelser (jf. Kapitel 6). Opgørelserne vedrører således brugen af indsatser og ydelser i 2021, dog med undtagelse af brug af alkoholbehandling, hvor opgørelserne er foretaget for 2020, der på dette område er de seneste tilgængelige data til forskningsmæssig brug.

I kapitlet opgøres brugen af indsatser og ydelser for de forskellige analysegrupper, vi har set på i Kapitel 2. Vi opgør således brugen af indsatser og ydelser for gruppen af boformsbrugere som helhed og for de tre grupper af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold. Her ser vi på gruppen af boformsbrugere i 2021. Vi inddrager også analysegrupperne af gadesovere og sofasovere, baseret på oplysningerne fra den seneste kortlægning af hjemløshed. Her anvender vi data om gadesovere og sofasovere fra kortlægningen i uge 6, 2022, og ser således på brugen af indsatser og ydelser i 2021 for disse grupper.

For en del af ydelsernes vedkommende – herunder navnlig brugen af sundhedsydelser – kan der også være aldersspecifikke forskelle. Derfor opgør vi også brugen af ydelser i de forskellige aldersgrupper. De aldersspecifikke opgørelser er dog afgrænset til den samlede gruppe af boformsbrugere i 2021, ligesom vi ikke foretager disse opgørelser for gadesovere og sofasovere, hvor der er tale om væsentligt mindre analysepopulationer.

Endelig opgør vi også brugen af indsatser og ydelser for forskellige sammenligningsgrupper i den øvrige befolkning, det vil sige blandt personer, der ikke er registreret med hjemløshed. Her inddrager vi grupperne med en samtidig psykisk lidelse og et misbrug ("dobbelt diagnose"), en psykisk lidelse uden et

misbrug, et misbrug uden en psykisk lidelse, samt den øvrige befolkning, der hverken er registreret med hjemløshed, en psykisk lidelse eller et misbrug.

Kapitlets opgørelser omfatter de indsatser og ydelser, der er oplysninger om i de centrale registre i Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Det gælder langt hovedparten af ydelserne på det sociale område og på sundhedsområdet, som fx visiterede ydelser under serviceloven og brug af hospitalssystemet, ydelser hos praktiserende læger, speciallæger mv. Der er dog også indsatser, der ikke er omfattet af de centrale registre. På socialområdet gælder det fx opsøgende gadeplansarbejde af støtte- og kontaktpersoner (SEL § 99), der er en anonym, ikke-visiteret indsats, og hvor borgernes brug af indsatsen derfor ikke er registreret i registrene. Ligeledes er en række indsatser og aktiviteter på sociale væresteder ikke omfattet af registeroplysningerne. Trods disse undtagelser dækker registerdataene langt størstedelen af de indsatser, borgerne modtager, herunder generelt de mest "omkostningstunge" indsatser, som § 110-boformer, øvrige botilbud, bostøtte i eget hjem samt ydelser i sundhedsvæsnen.

3.1 Sociale indsatser

I dette afsnit afdækkes brugen af sociale indsatser under serviceloven. I Tabel 3.1 er opgjøret brugen af udvalgte sociale indsatser efter serviceloven i form af individuel social støtte (SEL § 85), midlertidige botilbud (SEL § 107) og længevarende botilbud (SEL § 108). Desuden indgår en kategori for øvrige servicelovsindsatser, der blandt andet indbefatter brug af aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104). Brug af stofmisbrugsbehandling (SEL § 101) og ophold på § 110-boformer er ikke inkluderet i tabellen, da disse indsatser er opgjøret separat i efterfølgende afsnit. Opgørelsen i Tabel 3.1 vedrører brugen af disse indsatser i løbet af 2021 og er vist for de forskellige grupper af boformsbrugere i 2021, samt for gadesovere og sofasovere, der blev registreret i kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022. I de efterfølgende tabeller er brugen af de pågældende ydelser opgjøret særskilt for aldersgrupper blandt brugere af § 110-boformerne i 2021 (Tabel 3.2), og for de forskellige sammenligningsgrupper (Tabel 3.3).

Brug af individuel social støtte

Den individuelle sociale støtte efter servicelovens § 85 ("bostøtte") er en visiteret ydelse, der typisk består i, at en bostøttemedarbejder kommer på besøg i borgerens hjem og giver en praktisk og social støtte i hverdagen. Støtten kan også indbefatte hjælp til at deltage i aktiviteter og til at skabe og opretholde et socialt netværk. Ligeledes spiller bostøttemedarbejderen en væsentlig rolle i

forhold til at koordinere og understøtte borgerens brug af det øvrige velfærdssystem. Individuel social støtte er generelt henvendt til borgere med "betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer" (SEL § 85) og målgruppen for denne indsats er således borgere med forskellige former for sociale og helbredsmæssige problematikker, fx pga. psykiske lidelser, misbrugsproblemer, hjemløshed, samt fx kognitive eller fysiske funktionsnedsættelser. Den individuelle sociale støtte spiller også en central rolle i forhold til omlægningen af indsatsen på hjemløshedsområdet ud fra Housing First-tilgangen. For borgere i hjemløshed, der samtidig har sociale og helbredsmæssige problematikker, vil den individuelle sociale støtte generelt være en forudsætning for, at borgeren kan bo i egen bolig. Et centralt element i Housing First-tilgangen er brugen af de specialiserede støttemetoder, ACT, M-ACT, ICM og CTI, der er særligt specialiserede former for bostøtte, der er henvendt til målgruppen af borgere i hjemløshed og andre borgere med en forholdsvis høj kompleksitet i udsathed. Disse specialiserede støttemetoder kan gives under servicelovens § 85. Med lovændringerne på hjemløshedsområdet, der trådte i kraft i oktober 2023, har disse specialiserede støttemetoder fået en særlig paragraf – § 85 a – i serviceloven. Den nye paragraf i serviceloven var således ikke trådt i kraft i 2021, som opgørelserne i Tabel 3.1 er baseret på, men allerede siden 2009 har det været muligt at give en indsats efter de specialiserede støttemetoder efter servicelovens § 85. Det er dog i de centrale registerdata for indsatser efter serviceloven ikke muligt at skelne mellem "almindelig" § 85-bostøtte og indsatser efter de specialiserede støttemetoder, og tallene i Tabel 3.1 for brug af § 85-bostøtte dækker således alle former for bostøtte under denne paragraf, og således ikke kun den specialiserede bostøtte ud fra Housing First-tilgangen.

Tabel 3.1 viser, at blandt boformsbrugerne i 2021, er 14,5 % også registreret med at have modtaget individuel social støtte (SEL § 85) på et tidspunkt i løbet af samme år. Denne andel er højest, 19,4 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold. Blandt boformsbrugere med kortvarigt ophold er denne andel 17,9 %, mens andelen er lavest blandt dem med langvarigt ophold med 12,5 %, der har modtaget individuel social støtte på et tidspunkt i løbet af 2021. Her kan det spille ind, at borgerne typisk ikke vil modtage § 85-bostøtte, så længe de er indskrevet på boformen, men at denne støtte typisk først sættes i værk, efter at borgeren er udskrevet fra boformen. Boformsbrugerne med langvarigt ophold vil således typisk have haft kortere tid til at kunne have modtaget § 85-bostøtte. Tabel 3.2 viser andelen med brug af de forskellige servicelovsydelser blandt boformsbrugere i forskellige aldersgrupper. Her ses det, at andelen med brug af § 85-støtte er lidt lavere blandt de 18-29-årige end i de øvrige aldersgrupper.

For at tage højde for, at borgerne typisk ikke modtager bostøtte, mens de er indskrevet på boformen, har vi også foretaget en supplerende opgørelse, hvor vi i stedet har taget udgangspunkt i de borgere, der har været indskrevet på

en § 110-boform i 2020. Her har vi set på, om personen er registreret med brug af § 85-bostøtte og de øvrige servicelovsydelser i 2021, og har samtidig skelnet mellem, om personen også har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 eller ej. Denne opgørelse er vist i rapportens Bilagstabel 1.8. Denne opgørelse viser, at der både blandt boformsbrugerne med episodisk og langvarigt ophold i 2020 er en lidt højere andel, der er registreret med § 85-bostøtte i 2021, blandt dem, der ikke var indskrevet på en § 110-boform i 2021. I gruppen med episodisk ophold i 2020 var der således 24,4 %, der var registreret med § 85-bostøtte i 2021 blandt dem, der ikke var registreret med ophold på en § 110-boform i 2021, mens denne andel var 19,8 % blandt dem, der også er registreret med ophold på en § 110-boform i 2021. I gruppen med langvarigt ophold i 2020, og som ikke havde ophold på en § 110-boform i 2021, er 19,7 % registreret med § 85-bostøtte i løbet af 2021, mens den tilsvarende andel er 13,6 % blandt dem, der også er registreret med et boformsophold i løbet af 2021. Blandt dem med kortvarigt ophold i 2020 ser vi ikke samme forskel, idet 18,4 % er registreret med § 85-bostøtte i 2021 blandt dem, der ikke havde ophold på en boform i 2021, mod 17,1 % blandt dem, der også er registreret med ophold på en boform i 2021.

Selv når vi tager højde for, at man typisk ikke modtager § 85-bostøtte, så længe man er indskrevet på en § 110-boform, er det således en forholdsvis lav andel af brugerne af § 110-boformerne, der er registreret med at have modtaget § 85-bostøtte. Der skal dog tages forbehold for, at borgerne også kan have modtaget andre former for støtte, fx "efterforsorg" fra boformen i en periode efter boformsopholdet, hvilket indgår som en del af § 110-indsatsen. I nogle tilfælde kan støtte også være givet under servicelovens § 99 af en støtte- og kontaktperson (SKP). Der kan også være tilfælde, hvor borgeren ikke har ønsket at modtage støtte efter et boformsophold. Disse forbehold til trods indikerer den forholdsvis lave andel med § 85-bostøtte blandt boformsbrugerne, at Housing First-tilgangen i forhold til den individuelle sociale støtte (gennemsnitligt set på landsplan) kun har været implementeret i begrænset grad i praksis frem til og med 2021, som er omfattet af opgørelsen. Det er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at den individuelle sociale støtte (og særligt de specialiserede støttemetoder) udgør et kerneelement i Housing First-tilgangen og har været omdrejningspunktet i en række indsatsprogrammer fra og med Hjemløsestrategien (2009-2013) og frem. Der har således i en længere årrække været bestræbelser både nationalt og i en del kommuner på at implementere Housing First-tilgangen som det bærende element i indsatsen mod hjemløshed.

At andelen med § 85-bostøtte forekommer forholdsvis lav, kan også ses i forhold til udsathedsprofilen blandt boformsbrugerne, hvor der som tidligere nævnt (jf. Kapitel 2) er en høj andel med psykiske lidelser og misbrugsproblemer, herunder ca. 45 % med en samtidig psykisk lidelse og misbrug ("dobbelt-

diagnose”), der generelt indikerer en høj kompleksitet i udsathed. I den forbindelse kan der også peges på, at opgørelsen i Tabel 3.3, hvor brugen af servicelovsydelser blandt boformsbrugerne sammenlignes med øvrige grupper i befolkningen, viser, at andelen, der har modtaget § 85-bøstøtte, er lidt lavere blandt boformsbrugerne, 14,5 %, end i gruppen med ”dobbelt diagnose” generelt (uden ophold på en § 110-boform), hvor denne andel er 16,9 %.

Med udgangspunkt i tallene for 2021 peger analyserne således generelt på, at der er et stort behov – og potentiale – for at øge brugen af de specialiserede støttemetoder. Der er således grund til stor opmærksomhed på, om borgere, der har behov for social støtte efter et ophold på en § 110-boform, visiteres til individuel social støtte efter serviceloven, ligesom der også er grund til opmærksomhed på, om de specialiserede støttemetoder, der indgår i Housing First-tilgangen er tilgængelige i den enkelte kommune, og om der er en tilstrækkelig kapacitet i disse indsatser. I den forbindelse kan det også fremhæves, at de specialiserede støttemetoder (ACT M-ACT, ICM og CTI), som tidligere nævnt fra 1. oktober 2023 har fået deres ”egen” paragraf (§ 85 a) i serviceloven, og at der er introduceret en statslig refusion på 50 % af kommunernes udgifter hertil i en periode på op til 2 år efter udskrivning fra en § 110-boform. Et væsentligt formål med disse tiltag er netop at understøtte udbredelsen og anvendelsen af de specialiserede støttemetoder i det lokale velfærdssystem i kommunerne.

Brug af midlertidige og længerevarende botilbud

Tabel 3.1 viser også brugen af midlertidige og længerevarende botilbud efter hhv. §§ 107 og 108 i serviceloven. Sådanne botilbud er rettet til de borgere, der ikke kan bo i egen bolig, men har brug for mere omfattende støtte og hjælp fra personale enten en del af døgnet eller hele døgnet. Set i forhold til hjemløshedssområdet kan det typisk være nogle af de 10-20 %, som forskningen viser, ikke er i stand til at bo i egen bolig med en indsats efter Housing First-tilgangen. Botilbud under servicelovens § 108 er botilbud rettet mod langvarigt (permanent) ophold og er blandt andet henvendt til borgere, der har en så høj kompleksitet i udsathed, herunder fysiske plejebenhov, at de ikke er i stand til at bo i egen bolig. Under § 108 finder vi fx et tilbud som alternativ plejehjem, der primært er henvendt til borgere med langvarigt misbrug, der tidligt – i 50- eller 60-års-alderen – har udviklet plejebenhov. De alternative plejehjem findes dog kun i forholdsvis få kommuner. Botilbud under servicelovens § 107 er rettet mod midlertidigt ophold fx af ½-2 års varighed, hvor der i indsatsen blandt andet vil være fokus på en afklaring af, om borgeren kan flytte i egen bolig eller har brug for et langvarigt botilbud. I den forbindelse er der med de nylige lovændringer på hjemløshedssområdet etableret en statslig refusion til kommunerne på 50 % af udgifterne til et ophold på et § 107-botilbud i en periode på et halvt år efter ophold på en § 110-boform.

Tabel 3.1 viser, at 4,4 % af boformsbrugerne i 2021 også er registreret med ophold på et § 107-botilbud, mens 0,8 % er registreret med ophold på et § 108-botilbud. I forhold til boformsbrugerne er det typisk indsatser, der vil være blevet iværksat efter et ophold på § 110-boformen, hvor borgeren efterfølgende er blevet visiteret til et botilbud. Andelen med ophold på et botilbud er højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold, hvor 7,2 % er registreret med ophold på et § 107-botilbud og 1,1 % er registreret med ophold på et § 108-botilbud. Det stemmer generelt overens med, at det gennemsnitligt set er blandt boformsbrugere med episodisk ophold, at vi finder den højeste andel, der er registreret på de forskellige risikoindikatorer for udsathed (jf. Kapitel 2), herunder fx de højeste andele med misbrugsproblemer og "dobbeltdiagnose". Til trods for indikationerne på en særlig høj kompleksitet i udsathed for denne gruppe og vanskeligheder ved et stabilt ophold på en § 110-boform for denne gruppe, er det en forholdsvis lille andel i gruppen med episodisk ophold, der er registreret med ophold på et §§ 107 og 108-botilbud. Det er dog formentlig langt fra alle boformsbrugere med episodisk ophold, der vil have behov for et botilbud. I den sammenhæng vil behovet for ophold på specialiserede botilbud også afhænge af, hvilke støttemuligheder der er til rådighed for borgere, der bor i egen bolig. Eksempelvis må det antages, at flere vil kunne få tilstrækkelig støtte i egen bolig, såfremt en specialiseret, intensiv støtteindsats ud fra ACT- eller ICM-metoden er tilgængelig.

I den sammenhæng har vi også suppleret opgørelsen i Tabel 3.1 med opgørelsen i Bilagstabel 1.8, der opgør andelen registreret på §§ 107 og 108-botilbud i 2021, blandt de personer, der havde ophold på en § 110-boform i 2020. Opgørelsen er som nævnt opdelt i forhold til, om personen også havde ophold på en § 110-boform i 2021 eller ej. Denne opgørelse viser, at blandt boformsbrugere med episodisk ophold i 2020, der ikke havde ophold på en § 110-boform i 2021, er 8,1 % registreret med ophold på et § 107-botilbud og 3,3 % med ophold på et § 108-botilbud i 2021. I gruppen med langvarigt ophold i 2020, der ikke havde ophold på en § 110-boform i 2021, er de tilsvarende andele 4,9 % med ophold på et § 107-botilbud og 3,5 % med ophold på et § 108-botilbud i 2021, mens disse andele var 3,9 % og 0,7 % i gruppen med kortvarigt ophold i 2020. Selvom der er tale om en forholdsvis lille andel af boformsbrugerne, der visiteres videre til hhv. §§ 107 og 108-botilbud, viser tallene således en differentiering mellem de forskellige grupper af boformsbrugere, hvor lidt flere i gruppen med episodisk ophold visiteres videre til et § 107-botilbud, mens lidt flere i gruppen med langvarigt ophold visiteres videre til et § 108-botilbud.

Ud fra udsathedsprofilen og mønstret for boformsbrugen i de forskellige grupper kan der generelt peges på et muligt behov for øget brug af §§ 107 og 108-botilbud til dele af målgruppen. For eksempel kan den høje andel med misbrugsproblemer i gruppen med episodisk ophold, kombineret med de gentagne ophold på § 110-boformerne generelt indikere et behov for øget brug af

§ 107-botilbud til denne gruppe. Her kan der også peges på tiltag i de nye lovændringer på hjemløshedsområdet, der som nævnt blandt andet har introduceret en statslig refusion til kommunerne af en del af udgiften til ophold på § 107-botilbud i en periode efter ophold på en § 110-boform, hvilket formentlig kan være med til at understøtte, at flere bliver visiteret til et ophold på et § 107-botilbud.

Brug af servicelovsydelser blandt gadesovere og sofasovere

Tabel 3.1 viser også andelen, der er registreret med de forskellige servicelovsydelser i 2021 blandt de borgere, der er registreret som hhv. gadesovere og sofasovere ved kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022. Det vil sige, at opgørelsen viser andelen med de pågældende ydelser, året før de blev registreret i hjemløshed ved kortlægningen i 2022. Det er generelt en meget lav andel af disse grupper, der er registreret med de forskellige servicelovsydelser, før de blev registreret i en hjemløshedssituation. Da kortlægningen er baseret på én enkelt optællingsuge (uge 6, 2022), vil en del af disse personer formentlig også have befundet sig i en hjemløshedssituation allerede i 2021. Opgørelserne afspejler i den forbindelse, at både gadesoverne og sofasoverne befinder sig i en situation, hvor de kun i begrænset grad modtager social støtte gennem (visiterede) servicelovsindsatser. Det peger generelt på et behov for en opsøgende, opsporende og forebyggende indsatser for disse grupper.

Tabel 3.1 Andel og antal dage med servicelovsydelser, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere.

ServiceLovsydelser	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Andel med servicelovsydelser, 2021. Procent							
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	17,9	19,4	12,5	16,0	14,5	8,2	7,7
Midlertidigt botilbud (§ 107)	5,0	7,2	3,0	4,6	4,4	0,0	0,7
Længerevarende botilbud (§ 108)	0,9	1,1	0,9	1,0	0,8	-	0,0
§ 85, § 107 og § 108 i alt	21,6	25,8	15,8	20,0	18,4	8,9	8,2
Øvrige servicelovsydelser (ekskl. § 101 og 110)	2,1	1,0	1,1	1,5	1,3	-	0,0
ServiceLovsydelser i alt	21,9	25,8	16,3	20,4	18,7	8,9	8,2
Gennemsnitligt antal dage med ydelse, beregnet for personer, der har modtaget ydelsen, 2021							
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	230,8	225,7	193,8	217,8	214,7	177,6	237,7
Midlertidigt botilbud (§ 107)	149,2	141,9	147,2	146,5	145,3	0	240,2
Længerevarende botilbud (§ 108)	261,1	246,5	223,3	243,2	243,0	-	0
Gennemsnitligt antal dage med ydelse, beregnet for samtlige personer i analysegrupperne, 2021							
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	41,2	43,7	24,2	34,8	31,2	14,6	18,3
Midlertidigt botilbud (§ 107)	7,4	10,2	4,5	6,7	6,4	0,0	1,7
Længerevarende botilbud (§ 108)	2,4	2,8	2,0	2,3	2,0	-	0
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Ophold på § 110-boformer samt social stofmisbrugsbehandling (SEL § 101) indgår ikke i opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.2 Andel og antal dage med servicelovsydelser blandt boformsbrugere, særskilt for aldersgrupper.

Servicelovsydelser	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Andel med servicelovsydelser, 2021. Procent				
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	12,8	15,7	14,3	14,5
Midlertidigt botilbud (§ 107)	6,0	4,4	3,1	4,4
Længerevarende botilbud (§ 108)	-	-	1,6	0,8
§ 85, § 107 og § 108 i alt	17,1	19,4	18,1	18,4
Øvrige servicelovsydelser	0,7	1,3	1,7	1,3
Servicelovsydelser i alt	17,3	19,6	18,6	18,7
Gennemsnitligt antal dage med ydelse, beregnet for personer, der har modtaget ydelsen, 2021				
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	195,1	213,0	232,4	214,7
Midlertidigt botilbud (§ 107)	137,1	144,7	159,7	145,3
Længerevarende botilbud (§ 108)	-	-	244,9	243,0
Gennemsnitligt antal dage med ydelse, beregnet for samtlige personer i analysegrupperne, 2021				
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	24,9	33,4	33,3	31,2
Midlertidigt botilbud (§ 107)	8,2	6,4	5,0	6,4
Længerevarende botilbud (§ 108)	-	-	4,0	2,0
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Anm.: Ophold på § 110-boformer samt social stofmisbrugsbehandling (SEL § 101) indgår ikke i opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabel 3.3 Andel og antal dage med servicelovsydelser, særligt for boformsbrugere samt andre grupper i befolkningen.

Servicelovsydelser	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Andel med servicelovsydelser, 2021. Procent						
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	14,5	16,9	8,8	4,0	0,6	1,2
Midlertidigt botilbud (§ 107)	4,4	3,4	1,4	0,3	0,1	0,2
Længerevarende botilbud (§ 108)	0,8	1,6	0,7	0,2	0,1	0,1
§ 85, § 107 og § 108 i alt	18,4	20,9	10,6	4,4	0,7	1,5
Øvrige servicelovsydelser	1,3	2,7	2,7	1,1	0,5	0,7
Servicelovsydelser i alt	18,7	21,6	11,3	4,9	0,9	1,7
Gennemsnitligt antal dage med ydelse, beregnet for personer, der har modtaget ydelsen, 2021						
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	214,7	295,1	301,5	296,9	329,8	312,0
Midlertidigt botilbud (§ 107)	145,3	281,1	290,2	247,8	292,9	284,6
Længerevarende botilbud (§ 108)	243,0	339,7	340,5	328,8	349,6	342,8
Gennemsnitligt antal dage med ydelse, beregnet for samtlige personer i analysegrupperne, 2021						
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	31,2	49,8	26,5	11,8	2,0	3,8
Midlertidigt botilbud (§ 107)	6,4	9,5	4,2	0,9	0,2	0,5
Længerevarende botilbud (§ 108)	2,0	5,5	2,5	0,7	0,2	0,4
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Ophold på § 110-boformer samt social stofmisbrugsbehandling (SEL § 101) indgår ikke i opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed*.

3.1.1 Boformsydelse

Som led i opgørelsen af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser har vi også opgjort omfanget af brugen af § 110-boformerne i form af antallet af opholdsdage. I Tabel 3.4 er det gennemsnitlige antal opholdsdage på boformerne opgjort for boformsbrugere, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021, særskilt for grupperne med henholdsvis kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold samt for alle i de tre grupper. Identifikationen af boformsbrugere i de tre grupper er som tidligere nævnt baseret på en analyse, der har omfattet de brugere af § 110-boformerne i perioden 2016-2022, der var fyldt 18 år i 2016. Endelig er det gennemsnitlige antal opholdsdage også opgjort for alle personer, der har benyttet en § 110-boform i 2021, hvilket også omfatter dem, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016.

Tabel 3.4 viser, at gruppen af boformsbrugere som helhed gennemsnitligt havde 131,6 opholdsdage på en § 110-boform. Dette tal dækker imidlertid over en tydelig forskel mellem de tre grupper af boformsbrugere. I gruppen med kortvarigt ophold var der i gennemsnit 64,1 opholdsdage, mens der var 131,9 opholdsdage i gruppen med episodisk ophold og 196,0 opholdsdage i gruppen med langvarigt ophold. Opgørelsen understreger vigtigheden af et differentieret blik på opholdslængderne på boformerne, da der er en stor variation heri på tværs af den samlede gruppe af boformsbrugere. Opgørelsen viser således, at det er en delmængde af den samlede gruppe af boformsbrugere, der har et højt antal opholdsdage, og at gruppen med et højt antal opholdsdage fordeler sig på to delgrupper, dels gruppen med episodisk ophold med mange kortere – og gentagne – ophold, dels gruppen med langvarigt ophold med forholdsvis få, men lange ophold. Som tidligere nævnt (jf. Kapitel 2) er der også en forskel i udsathedsprofilen mellem disse grupper, hvor der særligt i gruppen med episodisk ophold er en høj andel med misbrugsproblemer, dobbeltdiagnose og tidligere fængselsophold, mens gruppen med langvarigt ophold ikke adskiller sig væsentligt fra gruppen med kortvarigt ophold i forhold til de udsathedsfaktorer, vi kan måle i registrene.

Tabel 3.4 Brug af boformsydelse, særskilt for grupper af boformsbrugere

Brug af § 110-boform	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
Gennemsnitligt antal opholdsdage	64,1	131,9	196,0	130,9	131,6
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.5 Brug af boformsydelse, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere

Brug af § 110-boform	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Gennemsnitligt antal opholdsdage	120,8	133,1	138,7	131,6
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.2 Sundhedsydelse

I dette afsnit ser vi på brugen af sundhedsydelse blandt borgere i hjemløshed. Vi ser først på brug af ydelse i den somatiske del af sundhedsvænet og derefter på brug af ydelse i det psykiatriske behandlingssystem. Endelig ser vi også på brug af sygesikringsydelse, som fx praktiserende læger og speciallæger.

3.2.1 Somatiske sundhedsydelse

I dette afsnit ser vi på brugen af somatiske sundhedsydelse i form af somatiske heldøgnsindlæggelse, brug af skadestue og brug af ambulans somatisk behandling. I Tabel 3.6 er opgjort brugen af disse somatiske sundhedsydelse for de forskellige grupper af borgere i hjemløshed, mens Tabel 3.7 viser brugen af de samme ydelse opdelt på aldersgrupper blandt brugerne af § 110-boformerne. Tabel 3.8 sammenligner brugen af somatiske sundhedsydelse mellem brugerne af § 110-boformerne, øvrige risikogrupper samt den øvrige

befolkning. I opgørelserne er vist både andelen i de forskellige grupper, der er registreret med brug af de forskellige somatiske sundhedsydelser i 2021, samt omfanget af brugen af de forskellige ydelser, som fx det gennemsnitlige antal heldøgnsindlæggelser og det gennemsnitlige antal dage i somatisk heldøgnsindlæggelse.

Ser vi på de forskellige grupper af borgere i hjemløshed (Tabel 3.6), er brugen af somatiske sundhedsydelser højest i gruppen med episodisk ophold, hvor fx 43,0 % har haft en heldøgnsindlæggelse sammenlignet med 30,3 % i gruppen med kortvarigt ophold og 25,2 % i gruppen med langvarigt ophold. Den højere andel med brug af somatiske sundhedsydelser i gruppen med episodisk ophold afspejler formentlig den højere kompleksitet i udsathed i denne gruppe (jf. Kapitel 2), hvor der blandt andet er den højeste andel med misbrugsproblematikker.

Andelen med en somatisk heldøgnsindlæggelse i 2021 er generelt lavere blandt gadesoverne og sofasoverne (Tabel 3.6), der blev registreret ved kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022, hvor vi som tidligere nævnt har fra-regnet de personer, der samtidig har været indskrevet på boformerne. Tidsforskydningen mellem kortlægningens tælleuge (uge 6, 2022) og opgørelsen af brugen af sundhedsydelserne (i 2021) kan spille ind på denne forskel, men særligt for sofasovernes vedkommende afspejler den lavere andel med somatiske heldøgnsindlæggelser også, at denne gruppe gennemsnitligt set er yngre end boformsbrugerne. For gadesovernes vedkommende er der grund til en generel opmærksomhed på, at den lavere brug af det somatiske hospitalssystem formentlig er udtryk for, at denne gruppe ikke i samme grad får støtte og hjælp til kontakten med sundhedsvæsnet som dem, der har ophold på en § 110-boform, der typisk vil få hjælp fra personalet på boformerne i forbindelse med kontakt med hospitalssystemet.

Brugen af sundhedsydelser varierer også mellem aldersgrupperne (Tabel 3.7), hvor andelen med en somatisk heldøgnsindlæggelse og andelen med ambulans somatisk behandling generelt er højest i den ældste aldersgruppe af boformsbrugere. En undtagelse gælder dog andelen med somatisk skadestuekontakt, der er lidt højere blandt de yngre end blandt de ældste boformsbrugere. Blandt de 18-29-årige boformsbrugere er det således 40,6 %, der har haft kontakt med en somatisk skadestue i 2021 og 40,9 % blandt de 30-49-årige boformsbrugere, mens det gælder 37,2 % blandt boformsbrugere på 50 år og derover.

Tabel 3.8 viser, at andelen med en somatisk heldøgnsindlæggelse og med kontakt til somatisk skadestue er væsentligt højere blandt brugerne af § 110-boformerne end i den øvrige befolkning, ligesom den også er højere end i sammenligningsgrupperne med psykiske lidelser og/eller misbrug uden samtidig at være registreret med hjemløshed. Eksempelvis har 28,9 % af samtlige

boformsbrugere i 2021 haft en heldøgnsindlæggelse, mens det gælder 21,0 % blandt borgere med både en psykisk lidelse og et misbrug og 16,6 % blandt borgere med en psykisk lidelse uden et misbrug. I den øvrige befolkning over 18 år (der hverken er registreret med hjemløshed, en psykisk lidelse eller et misbrug) har 10,6 % haft en somatisk heldøgnsindlæggelse. Forskellen er endnu mere markant, når vi ser på andelen med kontakt til en somatisk skadestue. Denne andel er 39,7 % blandt brugere af § 110-boformerne, mens den er 13,7 % i den øvrige befolkning, der ikke er registreret med hverken hjemløshed, en psykisk lidelse eller misbrug. Derimod er der ikke nogen væsentlig forskel i andelen med brug af ambulans somatisk behandling, idet denne andel er 46,0 % blandt boformsbrugerne, 43,8 % i den øvrige befolkning og mellem 47,4 og 50,4 % i grupperne med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer. Analyserne viser således, at der generelt er et markant merforbrug af somatiske heldøgnsindlæggelser og kontakt til somatiske skadestuer blandt borgere i hjemløshed, mens det samme ikke er tilfældet for brugen af ambulans somatisk behandling. Merforbruget af heldøgnsindlæggelser og skadestuer afspejler formentlig dels den højere sygelighed blandt borgere i hjemløshed, samtidig med at den ustabilitet, der følger med at befinde sig i en hjemløshedssituation, i højere grad giver sig udslag i et brug af akutte sundhedsydelser i form af indlæggelser og skadestuebesøg. Derimod er det formentlig vanskeligere at følge regelmæssig ambulans behandling, når man befinder sig i en hjemløshedssituation.

Tabel 3.6 Brug af somatiske sygehusedelser, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Somatiske sygehusedelser	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Somatiske heldøgnsindlæggelser, 2021							
Andel med somatiske heldøgnsindlæggelser, procent	30,3	43,0	25,2	30,6	28,9	19,2	14,7
Gns. antal somatiske heldøgnsindlæggelser for samtlige personer i analysegrupperne	1,0	1,7	0,7	1,0	0,9	0,5	0,3
Gns. antal somatiske heldøgnsindlæggelser for personer, der har haft en somatisk heldøgnsindlæggelse	3,3	3,9	2,9	3,3	3,2	2,5	2,0
Gns. antal dage i somatisk heldøgnsindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	2,4	3,3	1,7	2,3	2,1	1,0	0,9
Gns. antal dage i somatisk heldøgnsindlæggelse for personer, der har haft en somatisk heldøgnsindlæggelse	7,9	7,7	6,7	7,4	7,3	5,2	5,8
Somatisk skadestuekontakt, 2021							
Andel med kontakt til somatisk skadestue, procent	39,9	54,1	34,6	40,4	39,7	27,4	31,1
Gns. antal kontakter til somatisk skadestue for samtlige personer i analysegrupperne	1,1	1,8	0,8	1,1	1,0	0,6	0,6
Gns. antal kontakter til somatisk skadestue for personer, der har haft kontakt til somatisk skadestue	2,7	3,3	2,3	2,7	2,6	2,3	1,9
Somatisk ambulans behandling							
Andel med somatisk ambulans behandling, procent	45,6	53,6	45,6	47,2	46,0	29,5	35,6
Gns. antal kontakter med somatisk ambulans behandling for samtlige personer i analysegrupperne	1,9	2,2	1,7	1,9	1,8	0,7	1,1
Gns. antal kontakter med somatisk ambulans behandling for personer, der har modtaget somatisk ambulans behandling	4,1	4,0	3,8	4,0	4,0	2,2	3,2
Somatisk behandling i alt, 2021							
Andel i alt med somatisk behandling	61,5	73,6	58,6	62,6	61,7	47,3	50,7
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.7 Brug af somatiske sygehusydelse, særsklit for aldersgrupper blandt boformsbrugere.

Somatiske sygehusydelse	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Somatiske heldøgnindlæggelse, 2021				
Andel med somatiske heldøgnindlæggelse, procent	21,0	28,8	36,0	28,9
Gns. antal somatiske heldøgnindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	0,5	0,9	1,3	0,9
Gns. antal somatiske heldøgnindlæggelse for personer, der har haft en somatisk heldøgnindlæggelse	2,3	3,1	3,7	3,2
Gns. antal dage i somatisk heldøgnindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	0,9	2,1	3,3	2,1
Gns. antal dage i somatisk heldøgnindlæggelse for personer, der har haft en somatisk heldøgnindlæggelse	4,2	7,1	9,1	7,3
Somatisk skadestuekontakt, 2021				
Andel med kontakt til somatisk skadestue, procent	40,6	40,9	37,2	39,7
Gns. antal kontakter til somatisk skadestue for samtlige personer i analysegrupperne	1,0	1,1	1,0	1,0
Gns. antal kontakter til somatisk skadestue for personer, der har haft kontakt til somatisk skadestue	2,4	2,7	2,6	2,6
Somatisk ambulante behandling				
Andel med somatisk ambulante behandling, procent	35,4	44,6	57,0	46,0
Gns. antal kontakter med somatisk ambulante behandling for samtlige personer i analysegrupperne	1,1	1,6	2,8	1,8
Gns. antal kontakter med somatisk ambulante behandling for personer, der har modtaget somatisk ambulante behandling	3,0	3,7	4,8	4,0
Somatisk behandling i alt, 2021				
Andel i alt med somatisk behandling	55,9	60,7	68,1	61,7
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.8 Brug af somatiske sygehusydelse, særsklit for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen.

Somatiske sygehusydelse	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Somatiske heldøgnindlæggelse, 2021						
Andel med somatiske heldøgnindlæggelse, procent	28,9	21,0	16,6	21,2	10,6	11,1
Gns. antal somatiske heldøgnindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	0,9	0,6	0,4	0,6	0,2	0,2
Gns. antal somatiske heldøgnindlæggelse for personer, der har haft en somatisk heldøgnindlæggelse	3,2	2,6	2,3	2,7	2,0	2,1
Gns. antal dage i somatisk heldøgnindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	2,1	1,4	1,0	1,6	0,5	0,6
Gns. antal dage i somatisk heldøgnindlæggelse for personer, der har haft en somatisk heldøgnindlæggelse	7,3	6,6	5,7	7,6	5,0	5,2
Somatisk skadestuekontakt, 2021						
Andel med kontakt til somatisk skadestue, procent	39,7	30,4	22,7	26,9	13,7	14,5
Gns. antal kontakter til somatisk skadestue for samtlige personer i analysegrupperne	1,0	0,6	0,4	0,5	0,2	0,2
Gns. antal kontakter til somatisk skadestue for personer, der har haft kontakt til somatisk skadestue	2,6	2,0	1,7	1,7	1,4	1,4
Somatisk ambulante behandling						
Andel med somatisk ambulante behandling, procent	46,0	48,0	50,4	47,4	43,8	44,2
Gns. antal kontakter med somatisk ambulante behandling for samtlige personer i analysegrupperne	1,8	2,1	2,5	2,2	1,9	1,9
Gns. antal kontakter med somatisk ambulante behandling for personer, der har modtaget somatisk ambulante behandling	4,0	4,3	4,9	4,7	4,3	4,3
Somatisk behandling i alt, 2021						
Andel i alt med somatisk behandling	61,7	58,9	57,6	57,3	48,4	49,1
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.2.2 Psykiatrisk behandling

I dette afsnit ser vi på brugen af psykiatrisk behandling i form af psykiatriske heldøgnsindlæggelser, psykiatrisk skadestuekontakt og brug af ambulante psykiatriske behandling. I Tabel 3.9 er opgjort brugen af disse psykiatriske behandlingsydelser for de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Tabel 3.10 viser brugen af de samme ydelser opdelt på aldersgrupper blandt brugerne af § 110-boformerne, mens Tabel 3.11 sammenligner brugen af psykiatriske behandlingsydelser mellem brugerne af § 110-boformerne, øvrige risikogrupper samt den øvrige befolkning.

Ser vi på de forskellige grupper af boformsbrugere (Tabel 3.9), er andelen med en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse højest i gruppen med episodisk ophold med 28,7 %, mens den er 25,7 % i gruppen med kortvarigt ophold og 18,0 % i gruppen med langvarigt ophold. Det samme gælder andelen med psykiatrisk skadestuekontakt, der er 27,3 % i gruppen med episodisk ophold, mens den er henholdsvis 25,7 % og 17,9 % i grupperne med kortvarigt og langvarigt ophold. Andelen, der har modtaget ambulante psykiatriske behandling, er derimod højest i gruppen med kortvarigt ophold med 24,4 %, mens den er 21,8 % i gruppen med langvarigt ophold og lavest i gruppen med episodisk ophold med 20,8 %. Det afspejler formentlig den højere kompleksitet i udsattheden i gruppen med episodisk ophold, herunder den forholdsvis høje andel med en samtidig psykisk lidelse og et misbrugsproblem, hvilket kan betyde, at denne gruppe har sværere ved at få ambulante behandling end de øvrige grupper og i stedet i højere grad må tage kontakt til psykiatriske skadestuer og blive indlagt på de psykiatriske afdelinger. I den sammenhæng kan også påpeges, at den meget begrænsede anvendelse af ACT-metoden, der bygger på et integreret støtte- og behandlingsteam – med både psykiatriske behandlingskompetencer, misbrugsbehandling og sociale støtte medarbejdere – alt andet lige betyder, at borgere med komplekse problematikker, som fx en samtidig psykisk lidelse og et misbrugsproblem, vil have vanskeligere ved at få den ambulante støtte og behandling, de har behov for.

Ligesom for de somatiske sundhedsydelser ser vi også for de psykiatriske behandlingsydelser en generelt lavere andel, der har modtaget disse ydelser blandt gadesoverne og sofasoverne, sammenlignet med boformsbrugerne, hvilket formentlig ikke er udtryk for et lavere behov for disse indsatser, men snarere er et tegn på, at gadesoverne og sofasoverne i højere grad "falder igennem" støtte- og behandlingssystemet.

Blandt boformsbrugerne er der ikke nogen væsentlig forskel mellem aldersgrupperne i andelen med en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse (Tabel 3.10). Der

er dog en lavere andel med kontakt til psykiatrisk skadestue og en lavere andel i ambulat psykiatrisk behandling blandt boformsbrugere på 50 år og derover sammenlignet med de yngre boformsbrugere.

Tabel 3.11 viser, at andelen med en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse generelt er langt højere blandt brugerne af § 110-boformerne, med 21,8 % i 2021, end i befolkningen som helhed, hvor denne andel er 0,5 %. Andelen er også højere blandt boformsbrugerne end i de øvrige sammenligningsgrupper, hvor andelen med en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse fx er 16,2 % i gruppen, der er registreret med både en psykisk lidelse og et misbrug (uden hjemløshed) og 5,9 % i gruppen med psykisk lidelse uden et misbrug. Også andelen med kontakt til en psykiatrisk skadestue er væsentligt højere blandt boformsbrugerne med 21,8 % end i de øvrige sammenligningsgrupper, hvor denne andel er 15,7 % i gruppen med både en psykisk lidelse og et misbrug og 6,6 % i gruppen med en psykisk lidelse uden et misbrug. Derimod er andelen, der har modtaget ambulat psykiatrisk behandling, lavere blandt boformsbrugerne, med 22,4 %, mens denne andel er 38,4 % i gruppen med både en psykisk lidelse og et misbrug, og 30,2 % i gruppen med en psykisk lidelse uden et misbrug. Disse resultater peger generelt på, at det kan være vanskeligere at følge ambulat psykiatrisk behandling, for borgere der befinder sig i en hjemløshedssituation, som derfor i højere grad henvender sig på en psykiatrisk skadestue og/eller bliver døgnindlagt.

Tabel 3.9 Brug af psykiatriske behandlingsydelser, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Psykiatrisk behandling	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Psykiatrisk heldøgnsindlæggelse, 2021							
Andel med psykiatriske heldøgnsindlæggelser, procent	25,7	28,7	18,0	23,1	21,8	9,6	7,7
Gns. antal psykiatriske heldøgnsindlæggelser for samtlige personer i analysegrupperne	0,8	1,1	0,4	0,7	0,6	0,3	0,2
Gns. antal psykiatriske heldøgnsindlæggelser for personer, der har haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	3,0	4,0	2,4	3,0	3,0	2,6	2,6
Gns. antal dage i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	8,1	7,6	4,9	6,7	6,3	4,5	3,0
Gns. antal dage i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse for personer, der har haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	30,3	25,5	25,6	27,7	27,3	36,6	35,3
Psykiatrisk skadestuekontakt, 2021							
Andel med kontakt til psykiatrisk skadestue, procent	25,7	27,3	17,9	22,8	21,8	11,0	7,8
Gns. antal kontakter til psykiatrisk skadestue for samtlige personer i analysegrupperne	0,7	1,1	0,4	0,7	0,6	0,2	0,2
Gns. antal kontakter til psykiatrisk skadestue for personer, der har haft kontakt til psykiatrisk skadestue	2,8	4,0	2,5	3,0	2,9	2,3	2,6
Psykiatrisk ambulantlydel, 2021							
Andel med ambulantlydel, procent	24,4	20,8	21,8	22,6	22,4	13,0	17,5
Gns. antal kontakter med ambulantlydel for samtlige personer i analysegrupperne	1,6	1,0	1,6	1,5	1,5	1,0	1,5
Gns. antal kontakter med ambulantlydel for personer, der har modtaget ambulantlydel	6,7	5,0	7,4	6,7	6,8	7,6	8,7
Psykiatrisk behandling i alt, 2021							
Andel i alt med psykiatrisk behandling	39,4	40,2	33,3	37,1	36,0	19,2	22,3
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.10 Brug af psykiatriske behandlingsydelser, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere.

Psykiatrisk behandling	18-29-årige	30-49-årige	50 år og der- over	Alle boforms- brugere, 2021
Psykiatrisk heldøgnsindlæggelse, 2021				
Andel med psykiatriske heldøgnsindlæggelser, procent	21,9	24,1	18,5	21,8
Gns. antal psykiatriske heldøgnsindlæggelser for samtlige personer i analysegrupperne	0,6	0,8	0,5	0,6
Gns. antal psykiatriske heldøgnsindlæggelser for personer, der har haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	2,9	3,1	2,7	3,0
Gns. antal dage i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	6,8	6,9	4,9	6,3
Gns. antal dage i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse for personer, der har haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	30,2	27,1	24,7	27,3
Psykiatrisk skadestuekontakt, 2021				
Andel med kontakt til psykiatrisk skadestue, procent	23,5	23,8	17,3	21,8
Gns. antal kontakter til psykiatrisk skadestue for samtlige personer i analysegrupperne	0,7	0,7	0,5	0,6
Gns. antal kontakter til psykiatrisk skadestue for personer, der har haft kontakt til psykiatrisk skadestue	2,8	3,1	2,7	2,9
Psykiatrisk ambulat behandling				
Andel med ambulat psykiatrisk behandling, procent	27,9	24,5	14,5	22,4
Gns. antal kontakter med ambulat psykiatrisk behandling for samtlige personer i analysegrupperne	2,0	1,7	0,9	1,5
Gns. antal kontakter med ambulat psykiatrisk behandling for personer, der har modtaget ambulat psykiatrisk behandling	7,0	6,9	6,0	6,8
Psykiatrisk behandling i alt, 2021				
Andel i alt med psykiatrisk behandling	39,5	39,5	27,9	36,0
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.11 Brug af psykiatriske behandlingsydelser, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen.

Psykiatrisk behandling	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Psykiatrisk heldøgnsindlæggelse, 2021						
Andel med psykiatriske heldøgnsindlæggelser, procent	21,8	16,2	5,9	2,4	< 0,1	0,5
Gns. antal psykiatriske heldøgnsindlæggelser for samtlige personer i analysegrupperne	0,6	0,4	0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Gns. antal psykiatriske heldøgnsindlæggelser for personer, der har haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	3,0	2,7	2,5	1,5	1,2	2,5
Gns. antal dage i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse for samtlige personer i analysegrupperne	6,3	5,5	1,8	0,1	< 0,1	0,1
Gns. antal dage i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse for personer, der har haft en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse	27,3	29,9	28,0	4,7	7,0	26,4
Psykiatrisk skadestuekontakt, 2021						
Andel med kontakt til psykiatrisk skadestue, procent	21,8	15,7	6,6	3,0	< 0,1	0,6
Gns. antal kontakter til psykiatrisk skadestue for samtlige personer i analysegrupperne	0,6	0,4	0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Gns. antal kontakter til psykiatrisk skadestue for personer, der har haft kontakt til psykiatrisk skadestue	2,9	2,4	1,8	1,5	1,1	1,9
Psykiatrisk ambulat behandling						
Andel med ambulat psykiatrisk behandling, procent	22,4	38,4	30,2	2,1	0,2	2,1
Gns. antal kontakter med ambulat psykiatrisk behandling for samtlige personer i analysegrupperne	1,5	3,3	2,7	< 0,1	< 0,1	0,2
Gns. antal kontakter med ambulat psykiatrisk behandling for personer, der har modtaget ambulat psykiatrisk behandling	6,8	8,6	9,1	3,1	2,8	8,3
Psykiatrisk behandling i alt, 2021						
Andel i alt med psykiatrisk behandling	36,0	45,3	32,6	5,1	0,3	2,4
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.2.3 Brug af sygesikringsydelser

Vi har også set på kontakten til det primære sundhedssystem i form af brugen af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger m.m. Tabel 3.12 viser brugen af disse sundhedsydelser blandt de forskellige grupper af borgere i hjemløshed, mens Tabel 3.13 viser brugen af disse ydelser i de forskellige aldersgrupper blandt boformsbrugerne. Tabel 3.14 sammenligner brugen af disse ydelser blandt boformsbrugerne med den øvrige befolkning og de forskellige sammenligningsgrupper.

I forhold til typerne af hjemløshed, herunder de tre grupper af boformsbrugere (Tabel 3.12) finder vi det højeste antal kontakter til almen læge i gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold, der gennemsnitligt havde 14,7 kontakter til egen læge i 2021. Det er også i denne gruppe, at den største andel har kontakt til vagtlægen med 43,7 %. Antallet af kontakter til egen læge er derimod væsentligt lavere blandt både gadesoverne og sofasoverne. Antallet af kontakter til almen læge er lavest blandt gadesoverne, med gennemsnitligt 5,6 kontakter på et år, sammenlignet med 11,6 kontakter til almen læge i gennemsnit i gruppen af boformsbrugere som helhed. Der er således grund til en særlig opmærksomhed på, at barrierer for kontakt til almen læge blandt gadesoverne.

Tabel 3.14 viser, at andelen med kontakt til almen læge er nogenlunde lige så høj blandt boformsbrugerne som i den øvrige befolkning, herunder også grupperne med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer, idet langt hovedparten i alle grupperne har haft kontakt til egen læge i løbet af 2021. Det gennemsnitlige antal kontakter til almen læge er dog væsentligt højere blandt både boformsbrugerne og grupperne med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer, end i den øvrige befolkning. Brugere af § 110-boformerne har som nævnt i gennemsnit haft 11,6 kontakter til almen læge, mens der i gennemsnit var 7,5 kontakter til almen læge i den øvrige befolkning uden hverken hjemløshed, psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. I forhold til sammenligningsgrupperne var det højeste antal gennemsnitlige kontakter til almen læge i gruppen med både en psykisk lidelse og misbrug (uden hjemløshed), der i gennemsnit havde 14,1 kontakter til almen læge i 2021. Den højeste andel med kontakt til vagtlæge finder vi derimod blandt boformsbrugerne med 29,0 %, mens denne andel var 21,4 % i gruppen med både en psykisk lidelse og et misbrug. Langt færre, 8,4 %, havde kontakt til vagtlægen i den øvrige befolkning uden hverken hjemløshed, en psykisk lidelse eller misbrug. Andelen med brug af speciallæger er derimod lavest i gruppen af boformsbrugere, med 18,2 %, sammenlignet med de øvrige grupper. I den øvrige befolkning uden hjemløshed, psykisk lidelse eller misbrug havde 32,3 % gjort brug af speciallæge i 2021. Der er også langt færre blandt boformsbrugerne, der har været til

tandlæge med 16,4 % i 2021, mens denne andel var 54,4 % i den øvrige befolkning. Samme billede ses for brugen af 'andre læger og terapeuter'. Opgørelserne viser således generelt, at mens boformsbrugerne har hyppigere kontakt med både almen læge og vagtlægen, er der væsentligt færre blandt boformsbrugerne, der har haft kontakt med den specialiserede del af det primære sundhedsvæsen i form af fx speciallæger og tandlæger.

Tabel 3.12 Brug af sygesikringsydelser, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Sygesikringsydelser	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Andel med sygesikringsydelser, 2021. Procent.							
Andel med kontakt til almen læge	92,0	90,3	86,0	89,2	88,2	71,9	78,9
Andel med kontakt til vagtlæge	32,5	43,7	21,3	30,0	29,0	9,6	17,9
Andel med kontakt til speciallæge	19,6	14,7	19,5	18,6	18,2	13,0	15,9
Andel med kontakt til tandlæge	19,7	12,9	16,3	17,0	16,4	11,0	13,7
Andel med kontakt til psykolog	1,9	0,8	1,0	1,3	1,3	-	-
Andel med kontakt til andre læger/terapeuter	6,7	5,0	6,1	6,1	5,8	2,1	3,6
Gennemsnitligt antal kontakter, sygesikringsydelser for samtlige personer i analysegrupperne, 2021							
Gns. antal kontakter til almen læge	13,5	14,7	10,4	12,4	11,6	5,6	6,8
Gns. antal kontakter til vagtlæge	1,0	1,5	0,5	0,9	0,8	0,2	0,3
Gns. antal kontakter til speciallæge	0,7	0,4	0,6	0,6	0,6	0,4	0,6
Gns. antal kontakter til tandlæge	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Gns. antal kontakter til psykolog	0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	-	-
Gns. antal kontakter til andre læger/terapeuter	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,1	0,1
Gennemsnitligt antal kontakter, sygesikringsydelser for personer, der har modtaget ydelsen, 2021							
Gns. antal kontakter til almen læge	14,7	16,3	12,1	13,9	13,2	7,8	8,6
Gns. antal kontakter til vagtlæge	3,0	3,5	2,4	3,0	2,9	1,6	1,7
Gns. antal kontakter til speciallæge	3,5	2,7	3,3	3,3	3,3	2,8	3,5
Gns. antal kontakter til tandlæge	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
Gns. antal kontakter til psykolog	5,5	4,8	5,0	5,3	5,0	-	3,3
Gns. antal kontakter til andre læger/terapeuter	6,3	6,6	5,5	6,1	5,7	4,7	3,2
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.13 Brug af sygesikringsydelser, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere

Sygesikringsydelser	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Andel med sygesikringsydelser, 2021. Procent.				
Andel med kontakt til almen læge	86,6	88,1	89,7	88,2
Andel med kontakt til vagtlæge	29,9	29,3	27,7	29,0
Andel med kontakt til speciallæge	15,2	17,0	22,6	18,2
Andel med kontakt til tandlæge	16,9	15,0	18,0	16,4
Andel med kontakt til psykolog	1,6	1,1	1,5	1,3
Andel med kontakt til andre læger/terapeuter	3,5	5,4	8,5	5,8
Gennemsnitligt antal kontakter, sygesikringsydelser for samtlige personer i analysegrupperne, 2021				
Gns. antal kontakter til almen læge	9,0	11,1	14,6	11,6
Gns. antal kontakter til vagtlæge	0,8	0,8	0,8	0,8
Gns. antal kontakter til speciallæge	0,5	0,6	0,7	0,6
Gns. antal kontakter til tandlæge	0,2	0,2	0,2	0,2
Gns. antal kontakter til psykolog	0,1	0,1	0,1	0,1
Gns. antal kontakter til andre læger/terapeuter	0,1	0,3	0,5	0,3
Gennemsnitligt antal kontakter, sygesikringsydelser for personer, der har modtaget ydelsen, 2021				
Gns. antal kontakter til almen læge	10,4	12,6	16,3	13,2
Gns. antal kontakter til vagtlæge	2,8	2,9	3,0	2,9
Gns. antal kontakter til speciallæge	3,5	3,6	2,9	3,3
Gns. antal kontakter til tandlæge	1,2	1,2	1,3	1,2
Gns. antal kontakter til psykolog	4,9	4,7	5,3	5,0
Gns. antal kontakter til andre læger/terapeuter	4,1	5,6	6,4	5,7
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.14 Brug af sygesikringsydelser, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen

Sygesikringsydelser	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Andel med sygesikringsydelser, 2021. Procent.						
Andel med kontakt til almen læge	88,2	93,0	94,9	89,0	84,7	85,3
Andel med kontakt til vagtlæge	29,0	21,4	17,5	14,4	8,4	9,1
Andel med kontakt til speciallæge	18,2	28,5	37,8	25,8	32,3	32,4
Andel med kontakt til tandlæge	16,4	30,8	43,2	33,6	54,4	53,4
Andel med kontakt til psykolog	1,3	2,7	5,6	1,6	1,4	1,6
Andel med kontakt til andre læger/terapeuter	5,8	12,5	18,8	13,6	18,9	18,8
Gennemsnitligt antal kontakter, sygesikringsydelser for samtlige personer i analysegrupperne, 2021						
Gns. antal kontakter til almen læge	11,6	14,1	13,2	10,7	7,5	7,9
Gns. antal kontakter til vagtlæge	0,8	0,6	0,4	0,3	0,1	0,1
Gns. antal kontakter til speciallæge	0,6	1,1	1,5	0,9	1,0	1,0
Gns. antal kontakter til tandlæge	0,2	0,4	0,6	0,5	0,8	0,8
Gns. antal kontakter til psykolog	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1
Gns. antal kontakter til andre læger/terapeuter	0,3	1,2	2,3	1,5	2,1	2,1
Gennemsnitligt antal kontakter, sygesikringsydelser for personer, der har modtaget ydelsen, 2021						
Gns. antal kontakter til almen læge	13,2	15,2	13,9	12,1	8,9	9,3
Gns. antal kontakter til vagtlæge	2,9	2,6	2,0	1,8	1,5	1,5
Gns. antal kontakter til speciallæge	3,3	3,9	4,1	3,4	2,9	3,0
Gns. antal kontakter til tandlæge	1,2	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
Gns. antal kontakter til psykolog	5,0	6,1	6,9	5,5	6,0	6,2
Gns. antal kontakter til andre læger/terapeuter	5,7	9,6	12,2	10,9	11,0	11,0
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.3 Misbrugsbehandling

Vi har også set på brugen af misbrugsbehandling i form af social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven (§ 101) og alkoholbehandling efter sundhedsloven (§ 141). I Tabel 3.15 er vist brugen af stof- og alkoholbehandling for de forskellige grupper af boformsbrugere og øvrige former for hjemløshed, mens Tabel 3.16 viser brugen af stof- og alkoholbehandling for de forskellige aldersgrupper blandt boformsbrugerne. I Tabel 3.17 er vist de tilsvarende fordelinger for gruppen af boformsbrugere og sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning.

Tabel 3.15 viser, at 20,3 % af alle boformsbrugere i 2021 var indskrevet i social stofmisbrugsbehandling i samme år. Denne andel var højest, 29,0 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold, mens 18,9 % af dem med kortvarigt ophold og 20,2 % af dem med langvarigt ophold modtog social stofmisbrugsbehandling. I gruppen af sofasovere modtog 18,6 % social stofmisbrugsbehandling, hvilket således er nogenlunde samme andel som blandt boformsbrugere.

Blandt boformsbrugerne er andelen i social stofmisbrugsbehandling højest i de yngre aldersgrupper, med 26,4 % blandt de 18-29-årige, mens den er lavest, 10,4 %, blandt dem på 50 år og derover. Det afspejler generelt, at flere har et stofmisbrug i de yngre end i de ældre aldersgrupper.

I forhold til brug af alkoholbehandling er der anvendt registeroplysninger for 2020 frem for 2021, da der endnu ikke har været data om alkoholbehandling for hele 2021, der var tilgængelige til forskningsmæssig brug. I forhold til brug af alkoholbehandling har vi derfor også benyttet de tilsvarende analysegrupper for 2020 i forhold til de tre grupper af boformsbrugere og sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning.

Tabel 3.15 viser, at blandt alle boformsbrugere i 2020 var 10,6 % indskrevet i alkoholbehandling samme år. Også i forhold til alkoholbehandling var denne andel højest i gruppen med episodisk ophold med 13,5 %. Modsat for stofmisbrugsbehandling var andelen i alkoholbehandling højest i de ældre aldersgrupper blandt boformsbrugerne (Tabel 3.16), hvilket afspejler, at andelen med alkoholmisbrug generelt er højest i de ældre aldersgrupper blandt boformsbrugerne.

Tabel 3.15 Brug af stof- og alkoholbehandling, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Misbrugsbehandling	Kortvarigt ophold, 2021 (2020)	Episodisk ophold, 2021 (2020)	Langvarigt ophold, 2021 (2020)	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021 (2020)	Alle boformsbrugere, 2021 (2020)	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Stofmisbrugsbehandling, 2021							
Andel indskrevet i stofmisbrugsbehandling	18,9	29,0	20,2	21,3	20,3	8,9	18,6
Gns. antal dage indskrevet i ambulans stofmisbrugsbehandling for samtlige personer i analysegrupperne	52,8	87,8	59,2	62,0	58,0	28,8	52,7
Gns. antal dage indskrevet i ambulans stofmisbrugsbehandling for personer, der har modtaget denne ydelse	279,4	302,4	293,0	290,6	285,7	323,8	283,5
Gns. antal dage indskrevet i heldøgns-stofmisbrugsbehandling for samtlige personer i analysegrupperne	3,6	3,0	2,6	3,1	3,0	0,1	2,5
Gns. antal dage indskrevet i heldøgns-stofmisbrugsbehandling for personer, der har modtaget denne ydelse	19,1	10,4	13,0	14,5	15,0	0,7	13,3
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716
Alkoholbehandling, 2020							
Andel indskrevet i alkoholmisbrugsbehandling	12,9	13,5	9,2	11,5	10,6	-	1,5
Gns. antal dage i alkoholmisbrugsbehandling i alt for samtlige personer i analysegrupperne	20,8	20,0	15,5	18,4	16,8	-	2,5
Gns. antal dage i alkoholmisbrugsbehandling i alt for personer, der har modtaget denne ydelse	160,7	147,9	167,8	160,0	159,4	-	160,5
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.885	1.020	2.076	4.981	6.201	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.16 Brug af stof- og alkoholbehandling, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere

Misbrugsbehandling	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021 (2020)
Stofmisbrugsbehandling, 2021				
Andel indskrevet i stofmisbrugsbehandling	26,4	23,5	10,4	20,3
Gns. antal dage indskrevet i ambulans stofmisbrugsbehandling for samtlige personer i analysegrupperne	70,6	67,5	33,2	58,0
Gns. antal dage indskrevet i ambulans stofmisbrugsbehandling for personer, der har modtaget denne ydelse	267,8	287,2	320,1	285,7
Gns. antal dage indskrevet i heldøgns-stofmisbrugsbehandling for samtlige personer i analysegrupperne	6,5	2,5	0,9	3,0
Gns. antal dage indskrevet i heldøgns-stofmisbrugsbehandling for personer, der har modtaget denne ydelse	24,8	10,5	8,7	15,0
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380
Alkoholbehandling, 2020				
Andel indskrevet i alkoholmisbrugsbehandling	4,6	11,1	15,3	10,6
Gns. antal dage i alkoholmisbrugsbehandling i alt for samtlige personer i analysegrupperne	7,6	17,7	24,2	16,8
Gns. antal dage i alkoholmisbrugsbehandling i alt for personer, der har modtaget denne ydelse	165,0	159,8	157,5	159,4
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.536	2.694	1.971	6.201

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.17 Brug af stof- og alkoholbehandling, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen

Misbrugsbehandling	Alle boformsbrugere, 2021 (2020)	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Stofmisbrugsbehandling, 2021						
Andel indskrevet i stofmisbrugsbehandling	20,3	16,6	0,0	17,6	0,0	0,4
Gns. antal dage indskrevet i ambulans stofmisbrugsbehandling for samtlige personer i analysegrupperne	58,0	49,1	0,0	52,6	0,0	1,1
Gns. antal dage indskrevet i ambulans stofmisbrugsbehandling for personer, der har modtaget denne ydelse	285,7	295,3	0,0	298,9	0,0	298,4
Gns. antal dage indskrevet i heldøgns-stofmisbrugsbehandling for samtlige personer i analysegrupperne	3,0	1,0	0,0	0,7	0,0	< 0,1
Gns. antal dage indskrevet i heldøgns-stofmisbrugsbehandling for personer, der har modtaget denne ydelse	15,0	6,2	0,0	3,9	0,0	5,9
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227
Alkoholbehandling, 2020						
Andel indskrevet i alkoholmisbrugsbehandling	10,6	9,5	0,0	13,1	0,0	0,2
Gns. antal dage i alkoholmisbrugsbehandling i alt for samtlige personer i analysegrupperne	16,8	16,3	0,0	20,7	0,0	0,4
Gns. antal dage i alkoholmisbrugsbehandling i alt for personer, der har modtaget denne ydelse	159,4	172,0	0,0	158,1	0,0	163,1
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.201	33.828	233.778	52.308	4.343.193	4.681.622

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.4 Hjemmehjælp og hjemmesygepleje

I dette afsnit ser vi på brugen af hjemmehjælp (serviceloven § 83) og hjemmesygepleje (sundhedsloven § 138). I Tabel 3.18 er opgjort brugen af disse ydelser for de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Tabel 3.19 viser brugen af de samme ydelser opdelt på aldersgrupper blandt boformsbrugerne, mens Tabel 3.20 sammenligner brugen af hjemmehjælp og hjemmesygepleje hos boformsbrugerne med brugen hos den øvrige befolkning.

Tabel 3.18 viser, at der i den samlede gruppe af boformsbrugere i 2021 er 4,3 %, der har modtaget hjemmehjælp i samme år. Denne andel er højest blandt boformsbrugere med kortvarigt og episodisk ophold med 6,2 % i begge grupper, mens andelen med hjemmehjælp er 3,0 % i gruppen med langvarigt ophold. Andelen er højest i den ældste aldersgruppe blandt boformsbrugerne med 10,8 %, der har fået hjemmehjælp blandt boformsbrugere på 50 år og derover (Tabel 3.19). Andelen med hjemmehjælp blandt boformsbrugerne er væsentligt lavere end i sammenligningsgruppen af personer med både en psykisk lidelse og et misbrug uden hjemløshed, hvor 8,4 % har fået hjemmehjælp. Det er formentlig en afspejling af, at boformsbrugerne netop befinder sig i en hjemløshedssituation, idet modtagelsen af hjemmehjælp typisk vil knytte sig til ophold i egen bolig. Andelen med hjemmehjælp blandt boformsbrugerne er således også kun lidt højere end blandt borgere i den øvrige befolkning uden psykiske lidelser, misbrug eller hjemløshed, hvor denne andel er 3,2 %. I forhold til andelen med hjemmehjælp er der således ikke en væsentligt højere andel blandt boformsbrugerne end i den øvrige befolkning.

Der er en væsentligt højere andel af boformsbrugerne, 15,4 %, der har modtaget hjemmesygepleje (Tabel 3.18). Denne andel er 26,8 % blandt boformsbrugere på 50 år og derover (Tabel 3.19). Andelen med hjemmesygepleje er højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold med 21,9 %, mens den er 19,3 % i gruppen med kortvarigt ophold og 13,2 % blandt dem med langvarigt ophold. Når andelen med hjemmesygepleje er lavest blandt boformsbrugere med langvarigt ophold, kan det skyldes, at disse borgere har været indskrevet i længere tid på en boform i årets løb end de to øvrige grupper, og at de ikke i samme grad har modtaget hjemmesygepleje, mens de har været indskrevet på boformen. Andelen med hjemmesygepleje blandt boformsbrugerne er generelt væsentligt højere end i den øvrige befolkning uden psykiske lidelser, misbrug og hjemløshed, hvor denne andel er 4,5 % (Tabel 3.20). Andelen, der har modtaget hjemmesygepleje, er også forholdsvis høj i de øvrige sammenligningsgrupper, hvor vi finder den højeste andel, 16,7 %, der har modtaget hjemmesygepleje, i gruppen med både en psykisk lidelse og et misbrug (Tabel 3.20). Det afspejler generelt en højere sygelighed i både gruppen af boformsbrugere og i de andre risikogrupper sammenlignet med almenbefolkningen.

Tabel 3.18 Brug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Hjemmehjælp og hjemmesygepleje	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Hjemmehjælp, 2021							
Andel, der har modtaget hjemmehjælp	6,2	6,2	3,0	4,9	4,3	2,1	0,4
Gennemsnitligt antal timer med hjemmehjælp pr. år for samtlige personer i analysegrupperne	3,37	1,83	0,81	2,03	1,7	0,2	0,2
Gennemsnitligt antal timer med hjemmehjælp pr. år for personer, der har modtaget denne ydelse	54,5	29,7	27,1	41,7	40,1	11,2	42,6
Hjemmesygepleje, 2021							
Andel, der har modtaget hjemmesygepleje	19,3	21,9	13,2	17,3	15,4	3,4	3,9
Gennemsnitligt antal kontakter med hjemmesygepleje for samtlige personer i analysegrupperne	11,68	12,46	6,82	9,84	8,5	0,4	1,2
Gennemsnitligt antal kontakter med hjemmesygepleje for personer, der har modtaget denne ydelse	60,6	56,8	51,7	56,9	55,2	12,0	30,4
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.19 Brug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere

Hjemmehjælp og hjemmesygepleje	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Hjemmehjælp, 2021				
Andel, der har modtaget hjemmehjælp	0,4	2,0	10,8	4,3
Gennemsnitligt antal timer med hjemmehjælp pr. år for samtlige personer i analysegrupperne	< 0,1	0,3	5,3	1,7
Gennemsnitligt antal timer med hjemmehjælp pr. år for personer, der har modtaget denne ydelse	9,7	13,1	48,5	40,1
Hjemmesygepleje, 2021				
Andel, der har modtaget hjemmesygepleje	6,3	13,0	26,8	15,4
Gennemsnitligt antal kontakter med hjemmesygepleje for samtlige personer i analysegrupperne	2,3	6,8	16,4	8,5
Gennemsnitligt antal kontakter med hjemmesygepleje for personer, der har modtaget denne ydelse	36,7	52,2	61,0	55,2
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.20 Brug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen

Hjemmehjælp og hjemmesygepleje	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Hjemmehjælp, 2021						
Andel, der har modtaget hjemmehjælp	4,3	8,9	6,6	9,5	3,2	3,5
Gennemsnitligt antal timer med hjemmehjælp pr. år for samtlige personer i analysegrupperne	1,7	8,1	7,9	10,8	3,4	3,7
Gennemsnitligt antal timer med hjemmehjælp pr. år for personer, der har modtaget denne ydelse	40,1	95,3	121,8	112,3	106,7	107,8
Hjemmesygepleje, 2021						
Andel, der har modtaget hjemmesygepleje	15,4	16,7	10,1	13,7	4,5	5,0
Gennemsnitligt antal kontakter med hjemmesygepleje for samtlige personer i analysegrupperne	8,5	20,1	12,3	15,6	4,1	4,8
Gennemsnitligt antal kontakter med hjemmesygepleje for personer, der har modtaget denne ydelse	55,2	115,7	116,9	108,5	89,3	93,2
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.5 Fængsel og retsvæsen

I dette afsnit afdækkes omfanget af fængselsophold og retssager blandt borgere i hjemløshed. I Tabel 3.21 er opgjort andelen med fængselsophold, antal fængselsophold og antal dage i fængsel, samt andelen med retssager og antallet af retssager for de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Tabel 3.22 viser de tilsvarende opgørelser opdelt på aldersgrupper blandt boformsbrugerne, mens Tabel 3.23 sammenligner omfanget af fængselsophold og retssager mellem boformsbrugerne og den øvrige befolkning.

Tabel 3.21 viser, at 7,6 % af den samlede gruppe af boformsbrugere i 2021 har været indsat i fængsel i løbet af samme år. Denne andel er væsentligt højere, 16,0 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold, mens den er 6,5 % i gruppen med langvarigt ophold og 5,7 % i gruppen med kortvarigt ophold. For de boformsbrugere i 2021, der også er registreret med et fængselsophold, kan fængselsopholdet have ligget enten før eller efter opholdet på boformen, og vi har generelt ikke set nærmere på tidsrækkefølgen mellem boformsopholdet og fængselsopholdet. Anden forskning viser således, at løsladelse fra fængsel generelt er en risikofaktor for hjemløshed, herunder særligt hvis der ikke etableres en boligløsning i forbindelse med løsladelsen (se fx Hrast, 2023). Samtidig er der som tidligere nævnt en forholdsvis høj andel med misbrugsproblemer blandt borgere i hjemløshed, og følgekriminalitet som følge af et misbrug spiller derfor også generelt ind i forhold til den forholdsvis høje andel med fængselsophold og/eller retssager.

Andelen med et fængselsophold i 2021 er også forholdsvis høj blandt de gadesovere og sofasovere, der blev registreret ved kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022 med henholdsvis 11,6 % og 14,0 % i de to grupper. Eftersom registreringen af fængselsopholdet i 2021 for disse to grupper kommer, før de blev registreret med hjemløshed ved kortlægningen i 2022, vil der for en del af disse borgere formentlig være tale om, at de er kommet ud i hjemløshed efter at være blevet løsladt fra fængsel.

Andelen med fængselsophold blandt boformsbrugerne er højest, 9,5 %, blandt de 18-29-årige, mens den er 9,2 % blandt de 30-49-årige og lavest, 3,7 % blandt dem på 50 år og derover (Tabel 3.22). Andelen med fængselsophold er generelt væsentligt højere blandt boformsbrugerne end i de forskellige sammenligningsgrupper (Tabel 3.23). Hvor andelen med fængselsophold som nævnt er 7,6 % blandt boformsbrugerne, er denne andel 2,5 % blandt personer med misbrug uden en psykisk lidelse og ligeledes blandt personer med både en psykisk lidelse og et misbrug, mens under 0,1 % af den øvrige befolkning uden hjemløshed, psykiske lidelser eller et misbrug har haft et fængselsophold.

Der er generelt en forholdsvis høj andel af boformsbrugerne og de øvrige grupper i hjemløshed, der har haft retssager. Blandt boformsbrugerne i 2021 er 35,1 % registreret med en eller flere retssager i 2021, mens den tilsvarende andel er 41,8 % blandt både gadesoverne og sofasoverne, der blev registreret ved kortlægningen i uge 6, 2022. Andelen med retssager er højest, 53,2 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold, mens den er 32,3 % og 29,7 % i grupperne med henholdsvis kortvarigt og langvarigt ophold.

Tabel 3.21 Fængselsophold og retssager, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Fængselsophold og retssager	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Fængselsophold, 2021							
Andel indsat i fængsel	5,7	16,0	6,5	8,0	7,6	11,6	14,0
Gns. antal fængslinger for samtlige personer i analysegrupperne	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gns. antal fængslinger for personer, der har været indsat i fængsel	1,0	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8
Gns. antal indsættelsesdage for samtlige personer i analysegrupperne	5,6	15,6	6,1	7,7	7,2	8,7	17,0
Gns. antal indsættelsesdage for personer, der har været indsat i fængsel	98,5	97,4	93,9	96,5	94,4	74,5	121,9
Retssager, 2021							
Andel med retssag	32,3	53,2	29,7	35,2	35,1	41,8	41,8
Gns. antal retssager for samtlige personer i analysegrupperne	0,6	1,2	0,6	0,7	0,7	1,0	0,9
Gns. antal retssager for personer, der har haft en retssag	1,8	2,3	1,9	2,0	1,9	2,3	2,1
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.22 Fængselsophold og retssager, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere

Fængselsophold og retssager	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Fængselsophold, 2021				
Andel indsat i fængsel	9,5	9,2	3,7	7,6
Gns. antal fængslinger for samtlige personer i analysegrupperne	0,1	0,1	0,0	0,1
Gns. antal fængslinger for personer, der har været indsat i fængsel	1,0	0,9	0,7	0,9
Gns. antal indsættelsesdage for samtlige personer i analysegrupperne	8,0	9,2	3,6	7,2
Gns. antal indsættelsesdage for personer, der har været indsat i fængsel	83,4	100,1	97,6	94,4
Retssager, 2021				
Andel med retssag	45,6	38,4	21,4	35,1
Gns. antal retssager for samtlige personer i analysegrupperne	1,0	0,8	0,3	0,7
Gns. antal retssager for personer, der har haft en retssag	2,1	2,0	1,5	1,9
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.23 Fængselsophold og retssager, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen

Fængselsophold og retssager	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Fængselsophold, 2021						
Andel indsat i fængsel	7,6	2,5	0,3	2,5	< 0,1	0,2
Gns. antal fængslinger for samtlige personer i analysegrupperne	0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Gns. antal fængslinger for personer, der har været indsat i fængsel	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Gns. antal indsættelsesdage for samtlige personer i analysegrupperne	7,2	2,7	0,3	2,7	0,1	0,2
Gns. antal indsættelsesdage for personer, der har været indsat i fængsel	94,4	105,8	106,7	110,4	109,7	109,3
Retssager, 2021						
Andel med retssag	35,1	16,0	4,8	13,9	3,3	3,7
Gns. antal retssager for samtlige personer i analysegrupperne	0,7	0,2	< 0,1	0,2	< 0,1	< 0,1
Gns. antal retssager for personer, der har haft en retssag	1,9	1,5	1,3	1,5	1,2	1,2
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.6 Beskæftigelsesindsatser

I dette afsnit ser vi på deltagelsen i beskæftigelsesmæssige indsatser. I Tabel 3.24 er opgjort andelen i de forskellige grupper af borgere i hjemløshed, der er registreret med indsatser i beskæftigelsessystemet, samt det gennemsnitlige antal dage i sådanne indsatser, dels for alle personer i analysegrupperne, dels for dem, der er registreret med en beskæftigelsesindsats. Tabel 3.25 viser de tilsvarende opgørelser opdelt på aldersgrupper blandt brugerne af § 110-boformerne. Tabel 3.26 viser deltagelsen i beskæftigelsesmæssige indsatser for boformsbrugerne og sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning.

Samlet set er 33,7 % af boformsbrugerne i 2021 registreret med deltagelse i en beskæftigelsesindsats i 2021 (Tabel 3.24). Denne andel er lavest, 27,3 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold og højest, 34,4 %, blandt boformsbrugere med langvarigt ophold. Den højeste andel, der er registreret med en beskæftigelsesindsats, finder vi blandt sofasoverne, hvor 47,6 % af sofasoverne, der blev registreret ved kortlægningen i uge 6, 2022, er registreret med en beskæftigelsesindsats i 2021. Det hænger formentligt sammen med, at sofasoverne gennemsnitligt set er yngre end boformsbrugerne, hvor der typisk vil være et stærkere fokus på uddannelse og beskæftigelse i den samlede indsats, end i den ældre del af målgruppen. Blandt boformsbrugerne er det således også i den yngste aldersgruppe, at vi finder den højeste andel, der er registreret med en beskæftigelsesindsats med 52,1 % af de 18-29-årige boformsbrugere, mens denne andel er 31,3 % i aldersgruppen af 30-49-årige og 21,4 % i aldersgruppen af boformsbrugere på 50 år og derover (Tabel 3.25). Tabel 3.24 viser endvidere, at der også blandt gadesoverne er en forholdsvis høj andel, 37,0 %, der er registreret med en beskæftigelsesindsats i 2021.

Andelen, der er registreret med en beskæftigelsesindsats er generelt højere blandt boformsbrugerne (33,7 %) end i de øvrige sammenligningsgrupper, idet denne andel eksempelvis er 21,4 % blandt personer med både en psykisk lidelse og et misbrug og 15,8 % blandt personer med en psykisk lidelse uden et misbrug (Tabel 3.26).

Tabel 3.24 Beskæftigelsesindsats, særskilt for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere

Beskæftigelsesindsats	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Andel med beskæftigelsesindsats	31,4	27,3	34,4	31,8	33,7	37,0	47,6
Gennemsnitligt antal dage med beskæftigelsesindsats for samtlige personer i analysegrupperne	5,3	4,3	6,0	5,4	5,7	7,2	9,7
Gennemsnitligt antal dage med beskæftigelsesindsats for personer med beskæftigelsesindsats	16,9	15,6	17,5	17,0	17,0	19,4	20,4
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.25 Beskæftigelsesindsats, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere

Beskæftigelsesindsats	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Andel med beskæftigelsesindsats	52,1	31,3	21,4	33,7
Gennemsnitligt antal dage med beskæftigelsesindsats for samtlige personer i analysegrupperne	9,5	5,0	3,4	5,7
Gennemsnitligt antal dage med beskæftigelsesindsats for personer med beskæftigelsesindsats	18,3	16,1	16,0	17,0
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.26 Beskæftigelsesindsats, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen

Beskæftigelsesindsats	Alle boformsbrugere, 2020/2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Andel med beskæftigelsesindsats	33,7	21,4	15,8	13,5	3,5	4,4
Gennemsnitligt antal dage med beskæftigelsesindsats for samtlige personer i analysegrupperne	5,7	4,4	3,0	2,2	0,4	0,6
Gennemsnitligt antal dage med beskæftigelsesindsats for personer med beskæftigelsesindsats	17,0	20,4	19,0	16,4	11,8	13,7
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.7 Overførselsydelse

I dette afsnit afdækkes andelen af borgere i hjemløshed, der modtager overførselsindkomst. I Tabel 3.27 er opgjort andelen, der modtager forskellige former for overførselsindkomster, for de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Tabel 3.28 viser de tilsvarende opgørelser opdelt på aldersgrupper blandt brugerne af § 110-boformerne, mens Tabel 3.29 viser andelen med overførselsindkomst for boformsbrugerne og sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning. I forhold til kontanthjælp er der skelnet mellem at have modtaget en egentlig kontanthjælpsydelse samt "skattefri" kontanthjælpsydelse, som fx enkeltydelser, flyttehjælp, tandlægehjælp mv.

Tabel 3.27 viser, at langt de fleste borgere i hjemløshed modtager en form for overførselsindkomst. Hovedparten modtager kontanthjælp, hvilket gælder for 69,0 % af boformsbrugerne, 69,9 % af gadesoverne og 80,0% af sofasoverne. Når andelen af kontanthjælpsmodtagere er særligt høj i gruppen af sofasovere, skyldes det først og fremmest, at der relativt er flere unge i gruppen af sofasovere, og at andelen med kontanthjælp forholdsmæssigt er højere i de yngre end i de ældre aldersgrupper, hvor flere modtager førtidspension. I ovennævnte tal for andelen, der har modtaget kontanthjælp, er medregnet både personer, der har modtaget en egentlig kontanthjælpsydelse, hvilket er langt hovedparten, og personer, der har modtaget skattefri kontanthjælpsydelse. Ser vi særskilt på de skattefri kontanthjælpsydelse, er det 29,0 % af boformsbrugerne, der har modtaget sådanne ydelser. Det kan som nævnt fx være enkeltydelser, der kan gives til fx indskud eller depositum, eller flyttehjælp ved indflytning i en bolig. I betragtning af at sådanne ydelser netop kan gives i forbindelse med, at borgeren flytter i egen bolig, er det umiddelbart en forholdsvis lav andel af boformsbrugerne, der har modtaget sådanne ydelser. Denne andel er desuden endnu lavere blandt gadesovere og sofasovere med henholdsvis 11,6 % og 15,8 %.

Den næststørste kategori er modtagere af førtidspension. Denne andel er 22,1 % blandt boformsbrugerne, 19,9 % blandt gadesoverne og 7,5 % blandt sofasoverne. Blandt boformsbrugerne er andelen med førtidspension højest, 35,9 %, blandt boformsbrugere med episodisk ophold, mens den er lavest, 21,3 %, blandt boformsbrugere med langvarigt ophold (Tabel 3.27). Blandt boformsbrugerne er andelen af førtidspensionister højest blandt dem på 50 år og derover, hvor 39,5 % modtager førtidspension.

7,6 % af boformsbrugerne er dagpengemodtagere, mens det gælder 2,1 % af gadesoverne og 5,4 % af sofasoverne.

Der er også en gruppe af SU-modtagere blandt borgere i hjemløshed. Denne andel er 6,4 % blandt boformsbrugerne, 2,7 % blandt gadesoverne og 6,6 % blandt sofasoverne. Blandt de 18-29-årige boformsbrugere i 2021 har 18,3 % modtaget SU i løbet af 2021 (Tabel 3.28).

Tabel 3.29 viser, at andelen, der modtager overførselsindkomst, generelt er højere blandt boformsbrugerne end i sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning. Det gælder særligt andelen af kontanthjælpsmodtagere. Mens 69,0 % af boformsbrugerne som nævnt modtager kontanthjælp, gælder det for 39,3 % i sammenligningsgruppen af borgere med en samtidig psykisk lidelse og et misbrug, 27,2 % blandt borgere med en psykisk lidelse uden misbrug og 22,4 % i gruppen af borgere med et misbrug uden en psykisk lidelse.

Tabel 3.27 Andel med overførselsindkomst for grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere. Procent.

Overførselsindkomst	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Kontanthjælp	60,5	68,5	73,2	67,2	69,0	69,9	80,0
- Kontanthjælpsydelse	55,9	62,9	70,4	63,1	65,1	68,5	79,9
- Skattefri kontanthjælp (fx engangsydelser, flyttehjælp, tandlægehjælp mv.)	29,9	30,2	28,1	29,2	29,0	11,6	15,8
Dagpenge	13,2	4,4	6,4	8,7	7,6	2,1	5,4
Efterløn	-	-	-	0,2	0,2	0,0	-
Førtidspension	25,3	35,9	21,3	25,7	22,1	19,9	7,5
Folkepension	3,3	1,5	2,4	2,6	2,4	-	-
SU	6,0	2,8	5,8	5,3	6,4	2,7	6,6
Overførselsindkomst i alt	92,9	98,5	95,4	95,0	93,9	89,7	91,3
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.28 Andel med overførselsindkomst, særskilt for aldersgrupper blandt boformsbrugere. Procent.

Overførselsindkomst	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Kontanthjælp	81,5	72,7	52,8	69,0
- Kontanthjælpsydelse	78,9	69,0	47,5	65,1
- Skattefri kontanthjælp (fx engangsydelser, flyttehjælp, tandlægehjælp mv.)	31,2	31,3	23,8	29,0
Dagpenge	6,3	8,7	7,1	7,6
Efterløn	0,0	0,0	0,6	0,2
Førtidspension	2,6	21,6	39,5	22,1
Folkepension	0,0	0,0	8,1	2,4
SU	18,3	3,5	0,4	6,4
Overførselsindkomst i alt	92,6	94,0	87,1	93,9
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 3.29 Andel med overførselsindkomst, særligt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen. Procent.

Overførselsindkomst	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Kontanthjælp	69,0	39,3	27,2	22,4	4,4	6,2
- Kontanthjælpsydelse	65,1	13,7	6,1	7,2	0,8	1,3
- Skattefri kontanthjælp (fx engangsydelser, flyttehjælp, tandlægehjælp mv.)	29,0	38,0	26,5	21,7	4,2	5,9
Dagpenge	7,6	10,3	12,4	12,0	8,9	9,1
Efterløn	0,2	0,5	0,4	1,2	1,6	1,5
Førtidspension	22,1	28,5	17,2	17,2	4,5	5,6
Folkepension	2,4	8,9	12,5	18,0	22,9	22,1
SU	6,4	8,9	15,5	6,4	9,5	9,8
Overførselsindkomst i alt	93,9	85,5	76,5	71,0	49,3	51,3
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

3.8 Opsamling

Dette kapitel har afdækket brugen af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer blandt borgere i hjemløshed. Analyserne viser generelt, at borgere i hjemløshed har en forholdsvis omfattende brug af indsatser og ydelser på mange forskellige områder. Det gælder både i det somatiske og psykiatriske sundhedssystem og i forhold til brug af lægeydelser, ligesom der også er et forholdsvis omfattende forbrug af indsatser på det sociale område, i kriminalforsorgen og i retssystemet.

Kapitlets analyser har set på brugen af de forskellige indsatser og ydelser blandt både boformsbrugere, gadesovere og sofasovere. Her er der en tendens til, at brugen af de forskellige indsatser og ydelser generelt er højere blandt boformsbrugerne end blandt gadesoverne og sofasoverne. Det gælder både for de sociale indsatser og for en række sundhedsydelser. Det kan være tegn på, at boformsbrugerne i højere grad bliver visiteret til forskellige øvrige indsatser og ydelser og i højere grad får hjælp og støtte til at benytte disse indsatser og ydelser. Samtidig kan det være tegn på, at gadesovere og sofasovere i højere grad står uden for velfærdssystemet og ikke i samme grad som boformsbrugerne kommer i kontakt med og bliver visiteret til forskellige øvrige indsatser og ydelser.

Der er dog enkelte indsatser, hvor andelen med brug af disse indsatser ikke er så høj, som man kunne forvente. Det gælder navnlig brugen af individuel social støtte efter servicelovens § 85 ("bostøtte"), som under en femtedel af brugerne på boformerne er registreret med i samme år, som de har benyttet boformen. Når det er bemærkelsesværdigt, skyldes det særligt, at den individuelle sociale støtte sammen med en boligløsning udgør de centrale elementer i Housing First-tilgangen, der har været det bærende princip i en række indsatsprogrammer på hjemløshedsområdet siden Hjemløsestrategien (2009-2013).

Det skal endvidere fremhæves, at ud fra Housing First-tilgangen bør bostøtten til borgere i hjemløshed, der flytter i egen bolig, gives ud fra specialiserede støttemetoder, der er kendetegnet ved en høj intensitet og fleksibilitet og derved i de fleste tilfælde adskiller sig fra den "almindelige" bostøtte i kommunerne. Det er i registerdataene ikke muligt at skelne mellem den "specialiserede" og "almindelige" bostøtte, og de bostøtteforløb, der er registreret for knap en femtedel af borgerne, der har været indskrevet på en § 110-boform, vil derfor dække både almindelig og specialiseret bostøtte.

Rapportens analyser indikerer således et potentiale for at øge brugen af individuel social støtte til borgere, der udskrives fra § 110-boformerne. Rapportens analyser peger således på vigtigheden af en generel opmærksomhed på at sikre, at borgere i hjemløshed, der udskrives fra § 110-boformerne, får tilbudt specialiseret bostøtte. Denne opmærksomhed kan fx rettes mod visitationen til indsatsen og på, om der er en tilstrækkelig kapacitet i disse indsatser i kommunerne.

Det skal i den forbindelse påpeges, at rapportens analyser er baseret på de senest tilgængelige registerdata fra 2021, hvilket således er før lovændringerne på hjemløshedsområdet i 2023, der blandt andet har introduceret muligheden for statslig refusion af 50 % af udgifterne til støtteforløb med de specialiserede støttemetoder, i en periode på op til 2 år efter udskrivning fra en § 110-boform. Dette tiltag har sammen med blandt andet et krav om brug af handleplaner generelt til formål at understøtte udbredelsen og anvendelsen af de specialiserede støttemetoder til borgere, som bliver udskrevet fra § 110-boformerne.

4 Omkostninger ved brug af velfærdssystemets indsatser

I dette kapitel afdækkes de økonomiske udgifter for det offentlige, der er forbundet med de indsatser og ydelser for borgere i hjemløshed, som vi har belyst i det forrige kapitel. Analyserne omfatter således udgifter på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer, og inkluderer både de sociale indsatser under serviceloven, behandlingsydelser i det somatiske og det psykiatriske sundhedssystem, udgifter til hjemmehjælp og hjemmesygepleje samt udgifter i fængsels- og retsvæsenet, som en del af borgerne i hjemløshed er i berøring med. Endelig indgår også udgifterne til beskæftigelsesrettede indsatser samt udgifter til de forskellige typer af overførselsindkomster, som borgerne modtager. Analyserne inkluderer derimod ikke udgifter til indsatser, der ikke er registreret i de centrale dataregistre. Det gælder fx en række indsatser i civilsamfundets tilbud til borgere i hjemløshed og udsathed, som fx åbne væresteder og sociale aktiviteter. Opgørelserne i kapitlet inkluderer således udgifter til indsatser i det offentlige velfærdssystem, hvor der sker en indberetning om brugen af indsatserne til de centrale dataregistre, samt udgifter, der afholdes i en række private tilbud (fx § 110-boformer), der er finansieret gennem det offentlige system, og som ligeledes er omfattet af indberetning til registrene.

Det er dog ikke alle typer af offentlige udgifter, der indgår i opgørelserne. For eksempel er udgifter i uddannelsessystemet til uddannelsesmæssige aktiviteter ikke medregnet. Der medregnes endvidere kun udgifter knyttet til den enkelte borger, der indgår i analyserne, og der er således ikke medregnet udgifter knyttet til indsatser for øvrige personer i borgerens husstand, herunder børn, som borgeren måtte have forsørgerpligt for. I udgiftsanalyserne er desuden medregnet borgerens skattebetalinger, herunder skat af overførselsindkomst. I analyserne opgøres både bruttoudgifterne til indsatser og ydelser og de tilsvarende nettoudgifter, når borgerens skattebetaling er fraregnet.

Ligesom for analysen af brugen af indsatser og ydelser i Kapitel 3 er de tilhørende udgifter opgjort for året 2021, da det er det seneste år, hvor der på tidspunktet for udtrækket af data til analysen var registerdata for brugen af indsatser og ydelser på (stort set) alle de væsentlige områder, der indgår i analysen. For de fleste udgiftsområder er analysen baseret på anvendelsen af enhedspriser ud fra oplysninger i SØM-modellen om enhedspriser for en række indsatser og ydelser, mens der for visse ydelser på sundhedsområdet findes oplysninger om de eksakte udgifter til de pågældende ydelser.

I kapitlets første del gennemgås de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser pr. borger i hjemløshed, herunder sammenlignet med den øvrige befolkning. Derefter opgøres de samlede udgifter til indsatser og ydelser, herunder udgifterne inden for forskellige sektorer og områder i velfærdssystemet. Til sidst i kapitlet ses på udgifternes fordeling på henholdsvis stat/regioner og kommuner.

Overordnet set viser kapitlets analyser, at der er meget omfattende udgifter forbundet med indsatser og ydelser til borgere i hjemløshed, ligesom der også er en tydelig differentiering i udgifterne til de forskellige grupper af boformsbrugere. Analyserne viser også, at udgifterne knytter sig til mange forskellige områder af velfærdssystemet. Samtidig viser analyserne, at det kun er en lille del af de samlede udgifter til indsatser og ydelser, der går til individuel social støtte. Derimod er der forholdsvis omfattende udgifter til forskellige "akutindsatser", som fx ophold på § 110-boformer og psykiatriske heldøgnsindlæggelser, samt udgifter til fængselsophold. Kapitlets analyser bidrager derved til et samlet overblik over sammensætningen af det samlede ressourceforbrug af indsatser og ydelser til borgere i hjemløshed og dermed også til at tydeliggøre de mulige potentialer ved at udbrede de specialiserede støttemetoder, der indgår i Housing First-tilgangen.

4.1 Gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser

I dette afsnit beregner vi de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser pr. borger i hjemløshed. Vi beregner udgifterne for de forskellige grupper af boformsbrugere samt for gadesovere og sofasovere. Vi opdeler også udgifterne på velfærdssystemets forskellige sektorer og indsatsområder og beregner udgifterne til henholdsvis sociale indsatser, sundhedsindsatser, fængselsophold og retsvæsen samt udgifter til beskæftigelsesindsatser og overførselsindkomster.

4.1.1 Gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser pr. person

I Tabel 4.1 er vist de gennemsnitlige udgifter pr. person fordelt på forskellige indsatstyper for de forskellige grupper af borgere i hjemløshed. Tabel 4.2 viser de tilsvarende opgørelser opdelt på aldersgrupper blandt brugerne af § 110-boformerne. Tabel 4.3 viser de gennemsnitlige udgifter pr. person for brugerne af § 110-boformerne og de forskellige sammenligningsgrupper i den øvrige befolkning.

Tabel 4.1 viser, at de gennemsnitlige bruttoudgifter til indsatser og ydelser for gruppen af boformsbrugere som helhed udgør 460.421 kr. pr. år. Den betalte skat pr. person er 46.711 kr. og nettoudgiften til indsatser og ydelser (fraregnet betalt skat) er 413.710 kr. pr. år. Heraf andrager udgiften til ophold på § 110-boformer cirka en tredjedel af de samlede udgifter med gennemsnitligt 146.186 kr. pr. person om året. De øvrige udgifter fordeler sig på en række øvrige indsatser og ydelser. For den samlede gruppe af boformsbrugere er der eksempelvis gennemsnitlige udgifter på 31.319 kr. pr. år til somatisk behandling, mens udgifterne til psykiatrisk behandling er 29.108 kr. Udgifterne til social stofmisbrugsbehandling udgør 19.504 kr. pr. person. Udgifterne til øvrige servicelovsudgifter (fx § 85-bostøtte og §§ 107- og 108-botilbud) andrager i gennemsnit 31.733 kr. pr. boformsbruger. Udgifterne til fængselsophold og retssager udgør 37.119 kr. pr. person. Udgifterne til overførselsindkomst indgår også i de samlede udgifter og udgør sammenlagt i gennemsnit 145.938 kr. pr. person fordelt på 79.064 kr. til kontanthjælp, 47.492 kr. til førtidspension, 2.221 kr. til folkepension og 17.161 kr. til øvrige overførselsindkomster. Ud af de samlede gennemsnitlige udgifter pr. person udgør overførselsindkomst således cirka en tredjedel af de samlede udgifter, mens udgifterne til "naturalieindsatser" – sociale indsatser, behandlingsindsatser mv. udgør cirka to tredjedele af de samlede udgifter.

Ser vi på de forskellige grupper af boformsbrugere er de gennemsnitlige udgifter pr. person højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold med gennemsnitlige bruttoudgifter til indsatser og ydelser på 567.620 kr. pr. person. Blandt boformsbrugere med langvarigt ophold er de gennemsnitlige bruttoudgifter 512.828 kr. pr. person, mens bruttoudgifterne for boformsbrugere med kortvarigt ophold i gennemsnit er 408.430 kr. pr. person pr. år.

Udgifterne til ophold på § 110-boformerne er højest i gruppen med langvarigt ophold med gennemsnitligt 217.764 kr. pr. år, mens udgiften til boformsophold er 146.560 kr. i gruppen med episodisk ophold og 71.190 kr. i gruppen med kortvarigt ophold. Når de samlede udgifter til indsatser og ydelser imidlertid er højest i gruppen med episodisk ophold, skyldes det, at udgifterne på de fleste øvrige indsatsområder – fx til somatisk og psykiatrisk behandling, misbrugsbehandling, øvrige servicelovsindsatser samt udgifterne til fængselsophold og retssager – generelt er højere i gruppen med episodisk ophold end i de to øvrige grupper. Den forholdsvis høje kompleksitet i udsathed i gruppen med episodisk ophold afspejler sig således også i et forholdsvis omfattende forbrug af indsatser og ydelser på tværs af forskellige områder af velfærdssystemet. Selvom de samlede gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser således er lavere i gruppen med kortvarigt ophold end i de to øvrige grupper, er der dog for alle tre grupper tale om betydelige udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige områder. Tabel 4.2 viser i den sammenhæng, at udgifterne også er forholdsvis høje på tværs af aldersgrupper blandt boformsbrugere, om end udgifterne gennemsnitligt set er lavere blandt

de 18-29-årige boformsbrugere med bruttoudgifter på 397.626 kr. pr. år, mens udgifterne er 481.584 kr. pr. boformsbruger blandt de 30-49-årige og 481.961 kr. pr. år blandt boformsbrugere på 50 år og derover.

I Tabel 4.1 er også vist de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser i 2021 for gadesovere og sofasovere, der blev registreret ved kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022. De gennemsnitlige bruttoudgifter til indsatser og ydelser er 260.401 kr. pr. år for gadesoverne og 259.133 kr. for sofasoverne. De gennemsnitlige udgifter pr. person i disse grupper er således noget lavere end blandt boformsbrugerne. Som tidligere nævnt er analysegrupperne defineret således, at de er gensidigt udelukkende, det vil sige, at de gadesovere og sofasovere, der også har benyttet § 110-boformerne, er udeladt fra analysepopulationerne af gadesovere og sofasovere. Det forklarer, at udgiften til boformsophold er 0 kr. i disse grupper, hvilket således også bidrager til at forklare en del af de gennemsnitligt lavere udgifter i disse grupper. Der er dog også på flere af øvrige indsatsområder lavere gennemsnitlige udgifter blandt gadesoverne og sofasoverne, herunder fx lavere udgifter til øvrige service- og udsagnsudgifter. Ud over fraværet af udgifter til ophold på boformerne kan de lavere udgifter til indsatser og ydelser blandt gadesoverne og sofasoverne også afspejle, at disse grupper i højere grad er "uden for systemet" og måske ikke har samme adgang til hjælp og støtte til at benytte velfærdssystemet som borgerne på boformerne, der også kan få hjælp og støtte fra personalet på boformerne i forbindelse med kontakt til øvrige indsatser som fx behandling i sundhedsvæsenet. Desuden skal også tidsforskydningen i opgørelserne generelt tages i betragtning, hvor udgifterne er beregnet for 2021, mens gadesoverne og sofasoverne som nævnt er registreret med hjemløshed i uge 6, 2022, hvor hjemløsheden således er registreret året efter måleåret for opgørelsen af brugen af indsatser og ydelser.

Tabel 4.3 viser, at de gennemsnitlige udgifter pr. person til indsatser og ydelser generelt er væsentligt højere blandt boformsbrugerne end i de øvrige sammenligningsgrupper. Mens bruttoudgifterne til indsatser og ydelser i 2021 som nævnt er 460.421 kr. pr. person blandt boformsbrugerne, er de tilsvarende udgifter 314.918 kr. pr. person i gruppen af personer med både en psykisk lidelse og et misbrug (men uden hjemløshed), 205.019 kr. pr. person blandt personer med en psykisk lidelse uden et misbrug og 183.826 kr. pr. person blandt personer med et misbrug uden en psykisk lidelse. I den øvrige befolkning, der hverken er registreret med hjemløshed, psykiske lidelser eller misbrug er den gennemsnitlige udgift til indsatser og ydelser 75.733 kr. pr. person, ligesom der i sidstnævnte gruppe også generelt er langt det største beløb i betalt skat, således at de gennemsnitlige nettoudgifter pr. person i den øvrige befolkning er negative.

Tabel 4.1 Gennemsnitlige udgifter pr. borger, 2021, fordelt på indsatstyper, særskilt for boformsbrugere, gadesovere og sofasovere. Kroner.

Indsatstype	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper, 2021	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Somatisk behandling	34.074	47.080	26.083	33.272	31.319	14.487	15.001
Sygesikringsydelse (lægeydelser mv.)	3.154	3.032	2.482	2.856	2.745	1.453	1.672
Psykisk behandling	36.774	34.507	23.468	30.905	29.108	20.505	15.204
Medicintilskud	1.756	1.778	1.791	1.774	1.541	668	584
Stofmisbrugsbehandling	19.781	25.695	18.678	20.451	19.504	6.147	16.941
Alkoholbehandling	1.893	1.820	1.412	1.678	1.532	183	618
§ 110-boform	71.190	146.560	217.764	145.399	146.186	0	0
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	38.111	48.650	25.174	34.820	31.733	14.314	7.748
Hjemmesygepleje	2.815	3.003	1.642	2.371	2.048	99	286
Hjemmehjælp	1.920	1.041	464	1.158	973	129	101
Fængsel og retssager	30.936	68.713	30.391	37.873	37.119	52.033	61.764
Beskæftigelsesindsats	9.922	7.947	11.234	10.084	10.675	13.370	18.192
Kontanthjælp	71.369	86.662	89.998	81.884	79.064	84.375	91.303
Førtidspension	55.154	77.971	45.256	55.433	47.492	45.879	16.248
Folkepension	3.021	1.471	2.341	2.449	2.221	655	535
Anden overførsel	26.560	11.690	14.650	18.872	17.161	6.104	12.936
Samlede udgifter							
Samlede gns. udgifter (brutto, før betalt skat)	408.430	567.620	512.828	481.279	460.421	260.401	259.133
Betalt skat	-55.565	-48.673	-48.296	-51.287	-46.711	-37.472	-33.508
Samlede gns. udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	352.865	518.947	464.532	429.992	413.710	222.929	225.625
Beregningsgrundlag							
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	2.066	975	2.103	5.144	6.380	146	716

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 4.2 Gennemsnitlige udgifter pr. borger, 2021, fordelt på indsatstyper, særskit for aldersgrupper blandt boformsbrugere. Kroner.

Indsatstype	18-29-årige	30-49-årige	50 år og derover	Alle boformsbrugere, 2021
Somatisk behandling	16.525	30.291	45.525	31.319
Sygesikringsydelse (lægeydelser mv.)	2.318	2.637	3.272	2.745
Psykiatrisk behandling	32.356	32.063	21.983	29.108
Medicintilskud	573	1.542	2.369	1.541
Stofmisbrugsbehandling	28.192	18.023	8.522	19.504
Alkoholbehandling	956	2.886	4.457	1.532
§ 110-boform	134.158	147.865	154.044	146.186
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	26.223	31.388	36.969	31.733
Hjemmesygepleje	558	1.630	3.941	2.048
Hjemmehjælp	24	151	2.993	973
Fængsel og retssager	49.782	42.997	17.621	37.119
Beskæftigelsesindsats	17.804	9.424	6.393	10.675
Kontanthjælp	66.944	96.531	63.820	79.064
Førtidspension	5.460	46.491	85.034	47.492
Folkepension	0	0	7.389	2.221
Anden overførsel	15.753	17.665	17.629	17.161
Samlede udgifter				
Samlede gns. udgifter (brutto, før betalt skat)	397.626	481.584	481.961	460.421
Betalt skat	-28.599	-51.971	-54.532	-46.711
Samlede gns. udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	369.027	429.613	427.429	413.710
Beregningsgrundlag				
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	2.816	1.918	6.380

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 4.3 Gennemsnitlige udgifter pr. borger, 2021, fordelt på indsatsstyper, særskilt for boformsbrugere og andre grupper i befolkningen. Kroner.

Indsatsstype	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Somatisk behandling	31.319	23.879	20.347	26.110	13.417	14.013
Sygesikringsydelse (lægeydelser mv.)	2.745	3.662	4.320	2.985	2.711	2.800
Psykiatrisk behandling	29.108	29.271	12.788	704	22	954
Medicintilskud	1.541	3.247	2.550	1.767	1.242	1.329
Stofmisbrugsbehandling	19.504	12.728	0	12.641	0	278
Alkoholbehandling	1.532	1.485	0	1.883	0	37
§ 110-boform	146.186	0	0	0	0	198
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	31.733	62.864	34.642	9.903	3.559	5.786
Hjemmesygepleje	2.048	4.855	2.963	3.747	998	1.159
Hjemmehjælp	973	4.606	4.508	6.167	1.948	2.139
Fængsel og retssager	37.119	13.257	2.195	11.498	1.037	1.403
Beskæftigelsesindsats	10.675	8.165	5.617	4.130	775	1.141
Kontanthjælp	79.064	48.809	34.425	26.857	5.730	7.925
Førtidspension	47.492	63.349	35.595	36.887	8.530	10.747
Folkepension	2.221	7.010	9.373	13.336	14.211	13.870
Anden overførsel	17.161	27.731	35.696	25.211	21.553	22.329
Samlede udgifter						
Samlede gns. udgifter (brutto, før betalt skat)	460.421	314.918	205.019	183.826	75.733	86.108
Betalt skat	-46.711	-66.670	-74.808	-89.072	-135.143	-130.876
Samlede gns. udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	413.710	248.248	130.211	94.754	-59.410	-44.768
Beregningsgrundlag						
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.380	32.702	234.146	50.080	4.381.094	4.716.227

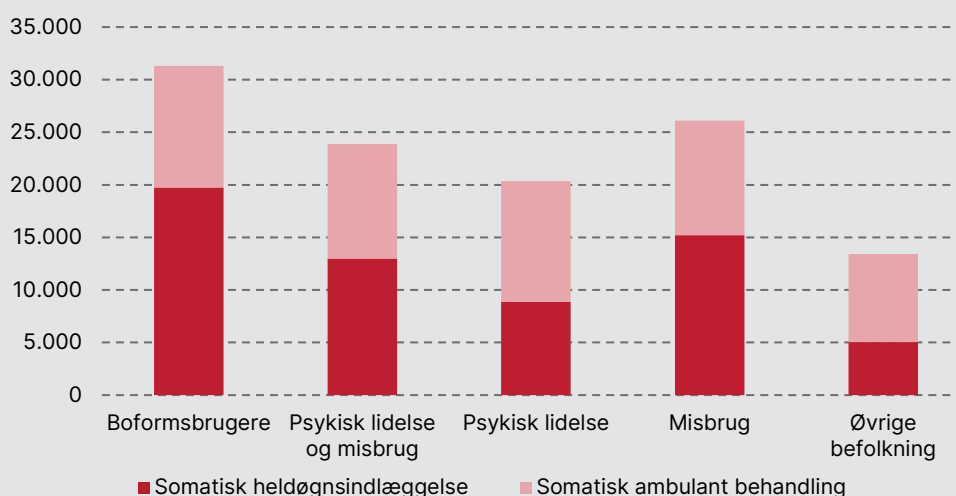
Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

4.1.2 Udgifter til specifikke ydelser

Vi har også opgjort de gennemsnitlige udgifter til specifikke ydelser inden for de forskellige sektorområder. I Figur 4.1 er vist de gennemsnitlige udgifter pr. borger til henholdsvis somatiske heldøgnsindlæggelser og ambulans somatisk behandling for henholdsvis gruppen af boformsbrugere og sammenligningsgrupperne af borgere med psykisk lidelse og/eller misbrug, samt den øvrige befolkning. Denne opgørelse viser, at det er i gruppen af boformsbrugere, at vi finder de højeste gennemsnitlige udgifter til somatiske heldøgnsindlæggelser, mens udgifterne til ambulans somatisk behandling er af nogenlunde samme størrelsesorden blandt boformsbrugerne som i de øvrige grupper. De højere udgifter til somatiske heldøgnsindlæggelser skyldes formentlig først og fremmest en højere sygelighed i gruppen af boformsbrugere, og den højere relative andel af udgifterne til indlæggelser i forhold til ambulans behandling afspejler samtidig, at det formentlig er vanskeligere for borgere i hjemløshed at få dækket det somatiske behandlingsbehov gennem ambulans behandling. Der kan således være større barrierer forbundet med at følge ambulans behandling for borgere, der befinder sig i en hjemløshedssituation, men udgifterne til ambulans behandling er dog ikke lavere blandt boformsbrugerne end i de øvrige grupper.

Figur 4.1 Udgifter til typer af somatisk behandling, særligt for boformsbrugere, øvrige risikogrupper og resten af befolkningen. Kroner

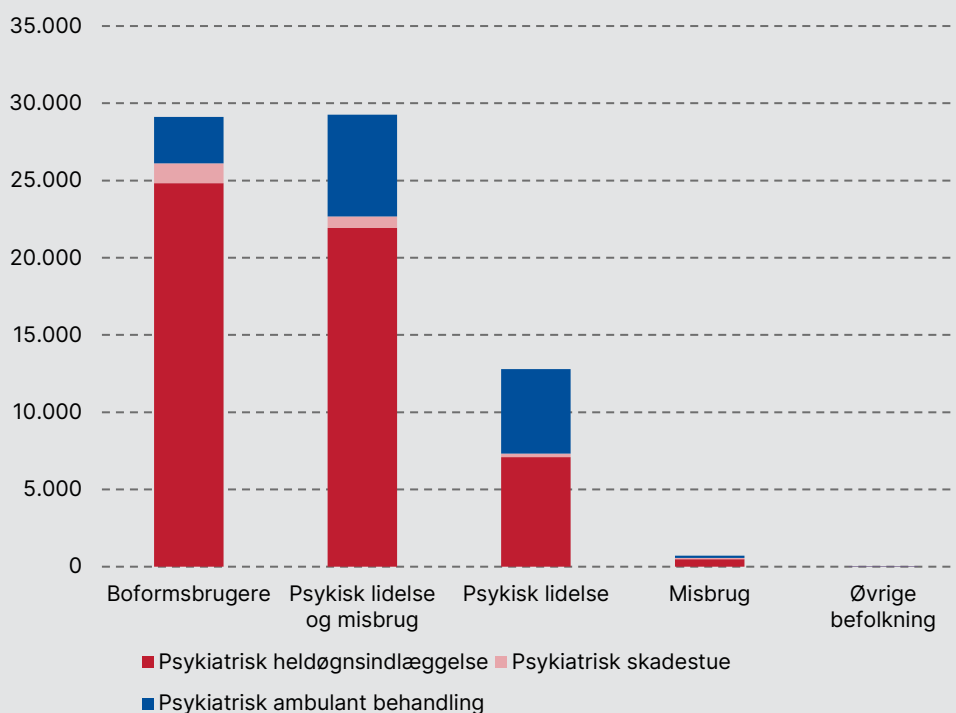


Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. Boformsbrugere: N=6.380; Psykisk lidelse og misbrug: N=32.702; Psykisk lidelse: N=234.146; Misbrug: N=50.080; Øvrige befolkning: N=4.381.094.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

I Figur 4.2 er vist de gennemsnitlige udgifter pr. borger til forskellige typer af psykiatrisk behandling i form af heldøgnsindlæggelser, brug af psykiatrisk skadestue og ambulante psykiatriske behandlinger. Udgifterne til psykiatrisk behandling er stort set lige høje i gruppen af boformsbrugere og sammenligningsgruppen af borgere med en samtidig psykisk lidelse og et misbrug ("dobbeldiagnose"). Figuren viser imidlertid også, at de gennemsnitlige udgifter pr. borger til psykiatriske heldøgnsindlæggelser er højest i gruppen af boformsbrugere, mens udgiften til ambulante behandling er lavere blandt boformsbrugere end i sammenligningsgrupperne af borgere med "dobbeldiagnose" og borgere med en psykisk lidelse uden et samtidigt misbrug. Det afspejler formentlig, at det for borgere i hjemløshed er vanskeligere at følge ambulante psykiatriske behandlinger. I stedet har boformsbrugere et højere forbrug af psykiatriske heldøgnsindlæggelser, hvilket samtidig er udtryk for, at en del af disse borgere i perioder har det så dårligt, at de må indlægges.

Figur 4.2 Udgifter til typer af psykiatrisk behandling, særligt for boformsbrugere, øvrige risikogrupper og resten af befolkningen. Kroner.

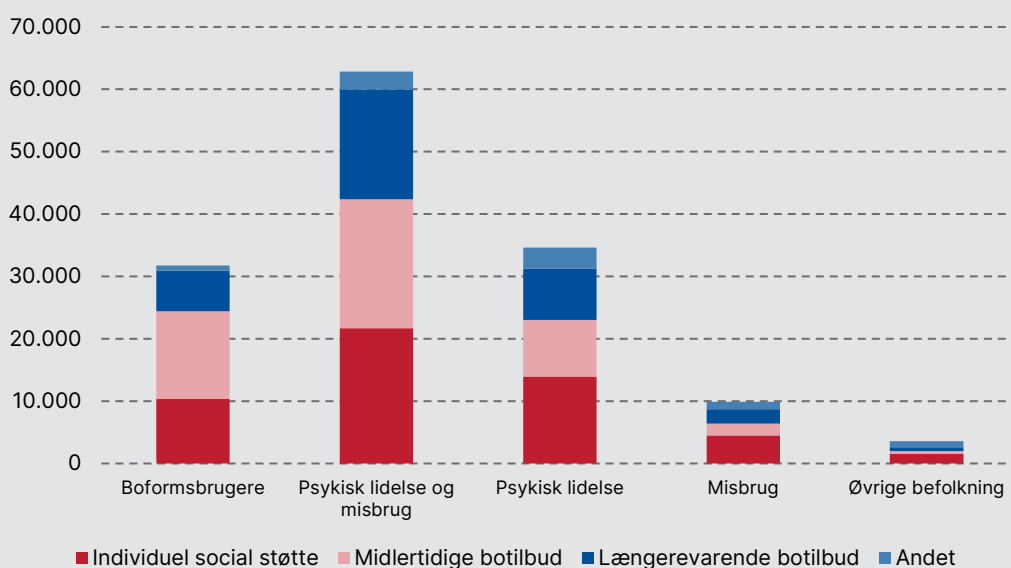


Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. Boformsbrugere: N=6.380; Psykisk lidelse og misbrug: N=32.702; Psykisk lidelse: N=234.146; Misbrug: N=50.080; Øvrige befolkning: N=4.381.094.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Vi har også set på udgifterne til specifikke typer af servicelovsindsatser. I Figur 4.3 er vist udgifterne til henholdsvis individuel social støtte (SEL § 85), midlertidige botilbud (SEL § 107), længerevarende botilbud (SEL § 108) samt øvrige servicelovsudgifter opgjort for gruppen af boformsbrugere og sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning. Udgifter til ophold på § 110-boformer samt til social stofmisbrugsbehandling (SEL § 101) indgår ikke i opgørelsen. Disse udgifter er generelt højest i gruppen af borgere med både en psykisk lidelse og et misbrug (uden hjemløshed). Det ses også af Figur 4.3, at den gennemsnitlige udgift til individuel social støtte er lavere blandt boformsbrugere end i både sammenligningsgrupperne af borgere med en samtidig psykisk lidelse og et misbrug og i gruppen med en psykisk lidelse uden misbrug. I gennemsnit er udgiften til individuel social støtte (SEL § 85) ca. 10.000 kr. pr. år pr. person, der har været indskrevet på § 110-boformerne. Set i lyset af, at den individuelle sociale støtte udgør et centralt element i Housing First-tilgangen, er det en forholdsvis lav udgift til denne type af ydelse. Det afspejler først og fremmest, at det er en relativt lav andel af boformsbrugere, der har fået en sådan individuel social støtte efter serviceloven (jf. Kapitel 3). Det kan i den forbindelse bemærkes, at udgiften til individuel social støtte kun udgør en meget lille del af de samlede udgifter til indsatser og ydelser blandt boformsbrugere.

Figur 4.3 Udgifter til specifikke servicelovsindsatser, særskilt for boformsbrugere, øvrige risikogrupper og resten af befolkningen. Kroner.

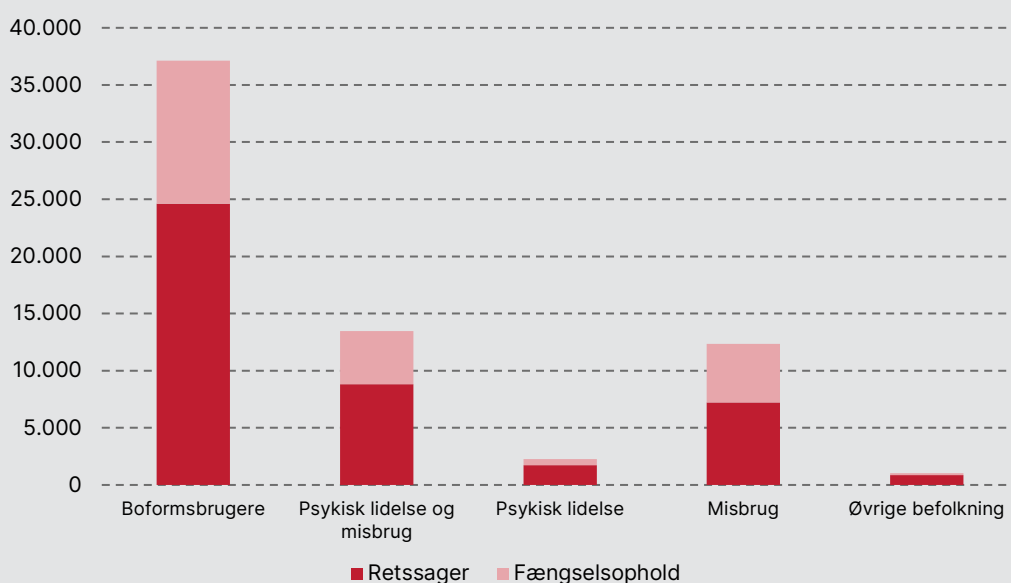


Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. Boformsbrugere: N=6.380; Psykisk lidelse og misbrug: N=32.702; Psykisk lidelse: N=234.146; Misbrug: N=50.080; Øvrige befolkning: N=4.381.094.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Endelig har vi også opgjort de specifikke udgifter til henholdsvis fængselsophold og retssager (Figur 4.4) for henholdsvis boformsbrugere og sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning. Det ses generelt, hvorledes udgifterne til både fængselsophold og retssager er væsentligt højere blandt boformsbrugere end i sammenligningsgrupperne i den øvrige befolkning. Blandt boformsbrugere var der gennemsnitlige udgifter til fængselsophold på ca. 12.500 kr. pr. person i 2021, mens udgifterne til retssager var ca. 24.500 kr. pr. person.

Figur 4.4 Udgifter til fængselsophold og retssager, særskilt for boformsbrugere, øvrige risikogrupper og resten af befolkningen. Kroner.



Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. Boformsbrugere: N=6.380; Psykisk lidelse og misbrug: N=32.702; Psykisk lidelse: N=234.146; Misbrug: N=50.080; Øvrige befolkning: N=4.381.094.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

4.1.3 Udvikling i de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser for boformsbrugere

Vi har også set på udviklingen i de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser i løbet af de seneste år. I Tabel 4.4 er vist de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser på de forskellige indsatsområder for årene 2019, 2020 og 2021. Denne opgørelse er udelukkende foretaget for den samlede gruppe af boformsbrugere i hvert enkelt år og er således ikke foretaget for de enkelte grupper af boformsbrugere eller for sammenligningsgrupperne.

Tabel 4.4 Gennemsnitlige udgifter pr. borger, 2019, 2020 og 2021, for brugere af § 110-boformer fordelt på indsatstyper. Kroner.

Indsatstype	Alle boformsbrugere, 2019	Alle boformsbrugere, 2020	Alle boformsbrugere, 2021
Somatisk behandling	34.143	29.105	31.319
Sygesikringsydelser (lægeydelser mv.)	2.488	2.689	2.745
Psykiatrisk behandling	30.794	30.450	29.108
Medicintilskud	1.843	1.613	1.541
Stofmisbrugsbehandling	12.887	13.090	19.504
Alkoholbehandling	1.790	1.532	1.532
§ 110-boform	134.817	143.317	146.186
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	31.042	29.728	31.733
Hjemmesygepleje	1.571	2.122	2.048
Hjemmehjælp	882	1.051	973
Fængsel og retssager	38.697	39.532	37.119
Beskæftigelsesindsats	12.487	10.885	10.675
Kontanthjælp	85.186	83.343	79.064
Førtidspension	44.067	45.284	47.492
Folkepension	1.864	2.148	2.221
Anden overførsel	15.218	16.744	17.161
Samlede udgifter			
Samlede gns. udgifter (brutto, før betalt skat)	449.776	452.633	460.421
Betalt skat	-42.646	-44.844	-46.711
Samlede gns. udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	407.130	407.789	413.710
Beregningsgrundlag			
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.336	6.201	6.380

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 4.4 viser generelt, at de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser pr. person ligger på stort set samme niveau hen over de 3 år, både når vi ser på de samlede gennemsnitlige brutto- og nettoudgifter pr. person, og når vi ser på udgifterne på de enkelte indsatsområder. De gennemsnitlige bruttoudgifter til indsatser og ydelser for boformsbrugerne på tværs af hele velfærdssystemet var således 449.776 kr. pr. person i 2019, 452.633 kr. pr. person i 2020 og 460.421 kr. pr. person i 2021 (udgifterne er pristalskorrigerede og opgjort i 2022-priser). Heraf udgør udgifterne til ophold på § 110-boformerne gennemsnitligt 134.817 kr. pr. person i 2019, 143.317 kr. pr. person i 2020 og 146.186 kr. pr. person i 2021. Det afspejler, at det gennemsnitlige antal opholdsdage pr. person var lidt højere i 2021 end i 2019 og 2020 (ikke vist). Når

udgifterne til somatisk behandling generelt var lavere i 2020 og 2021 end i 2019, kan det skyldes, at brugen af ydelser i sundhedsvæsenet generelt har været lidt lavere i årene, hvor covid-19-pandemien ramte landet. Opgørelsen viser dog generelt, at der er tale om et vedvarende og "stabilt" mønster i omfanget af udgifterne og fordelingen mellem forskellige indsatsområder målt over de tre opgørelsesår.

4.2 Samlede udgifter til indsatser og ydelser

I dette afsnit afdækkes de samlede udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer for brugerne af § 110-boformerne. Denne analyse er foretaget for den samlede gruppe af boformsbrugere, mens den ikke er foretaget for de tre grupper af boformsbrugere eller for gadesovere og sofasovere. Det skyldes, at den samlede gruppe af boformsbrugere udgør en "totalpopulation" af alle personer, der har benyttet § 110-boformerne i hvert enkelt år, og at der ikke er udeladt personer af denne analysepopulation af metoderiske grunde, som det er tilfældet med de øvrige grupper. Ved identifikationen af de tre grupper af boformsbrugere udelades således som tidligere nævnt de boformsbrugere, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016. For sofasovernes og gadesovernes vedkommende er tale om et "øjebliksbillede" af de personer, der befandt sig i disse hjemløshedssituationer i uge 6, 2022, ligesom kun de personer, hvor der har været oplyst et CPR-nummer ved kortlægningen, indgår i registeranalyserne. For disse grupper, hvor der således ikke er tale om en totalpopulation, giver de gennemsnitlige udgifter pr. person (Tabel 4.1) dermed et mere retvisende billede af udgiftsniveauet for disse grupper.

Når vi i det følgende (Tabel 4.5) har opgjort de samlede udgifter til indsatser og ydelser for den samlede gruppe af boformsbrugere, sætter vi tal på de samlede udgifter til indsatser og ydelser på tværs af forskellige områder i velfærdssystemet for en gruppe, der udgør en forholdsvis stor andel af de personer, der i løbet af et år har befundet sig i en hjemløshedssituation, nemlig de personer, der har været indskrevet på § 110-boformerne. Der skal dog gøres opmærksom på, at denne gruppe ikke omfatter alle personer berørt af hjemløshed i løbet af et år, da denne gruppe således ikke inkluderer personer, der har befundet sig i de øvrige hjemløshedssituationer, der registreres i kortlægningerne af hjemløshed (gadesovere, natvarmestuebrugere, sofasovere mv.), med mindre disse personer også har benyttet en § 110-boform. Opgørelsen i Tabel 4.5 skal således ikke ses som en "totalopgørelse" af, hvad hjemløsheden "koster" samfundet. I den sammenhæng skal det også påpeges, at der er tale om en gruppe af personer, der kan have mange forskellige problematikker, hvoraf hjemløsheden udgør en væsentlig problematik, men hvor mange også har andre alvorlige udfordringer som fx psykiske lidelser, misbrugsproblemer mv. Opgørelsen giver således først og fremmest et overblik over det samlede ressourceforbrug til indsatser og

ydelse til den gruppe af borgere, der benytter § 110-boformerne. Analyserne bidrager i den forbindelse generelt til at synliggøre ressourceforbruget på tværs af forskellige sektorer og indsatsområder og kan dermed bidrage til en samlet diskussion og vurdering af, om der kan være behov for at styrke nogle typer af indsatser med henblik på at forebygge og undgå brug af andre typer af indsatser og udgifter (som fx fængselsophold og døgnindlæggelser).

Tabel 4.5 Samlede udgifter, 2019, 2020 og 2021, for brugere af § 110-boformer fordelt på indsatstyper. Mio. kroner.

Indsatstype	Alle boformsbrugere, 2019	Alle boformsbrugere, 2020	Alle boformsbrugere, 2021
Somatisk behandling	216	180	200
Sygesikringsydelse (lægeydelser mv.)	16	17	18
Psykiatrisk behandling	195	189	186
Medicintilskud	12	10	10
Stofmisbrugsbehandling	82	81	124
Alkoholbehandling	11	10	10
§ 110-boform	854	889	933
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	197	184	202
Hjemmesygepleje	10	13	13
Hjemmehjælp	6	7	6
Fængsel og retssager	245	245	237
Beskæftigelsesindsats	79	68	68
Kontanthjælp	540	517	504
Førtidspension	279	281	303
Folkepension	12	13	14
Anden overførsel	96	104	109
Samlede udgifter			
Samlede gns. udgifter (brutto, før betalt skat)	2.850	2.808	2.937
Betalt skat	-270	-278	-298
Samlede gns. udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	2.580	2.530	2.639
Beregningsgrundlag			
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	6.336	6.201	6.380

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Tabel 4.5 viser, at der for den samlede gruppe af godt 6.000 brugere af boformerne i det enkelte år, er tale om samlede udgifter på tværs af velfærdssystemets forskellige områder på knap 3 mia. kr. Heraf udgør udgifterne til ophold på § 110-boformerne ca. 1 mia. kr. De øvrige ca. 2 mia. kr. fordeler sig generelt med knap 1 mia. kr. til overførselsindkomtsydelser og godt 1 mia. kr. til andre indsatser og ydelser, som fx somatisk og psykiatrisk behandling, øvrige servicelovsydelser, fængselsophold og retssager mv. Ser vi på boformsbrugerne i 2021, var der således samlet set udgifter til ophold på § 110-boformerne på 933 mio. kr., mens der eksempelvis var udgifter på 186 mio. kr. til psykiatrisk behandling, 124 mio. kr. til social stofmisbrugsbehandling, 202 mio. kr. til øvrige servicelovsindsatser, og 237 mio. kr. til fængselsophold og retssager. I forhold til indkomstoverførsler var de største udgiftsposter 504 mio. kr. til kontanthjælp og 303 mio. kr. i førtidspension. Gruppen af boformsbrugere betalte samlet set 298 mio. kr. i skat (herunder skat af overførselsindkomst), og de samlede nettoudgifter til indsatser og ydelser var i 2021 på 2.639 mio. kr. for de 6.380 personer, der havde benyttet en § 110-boform i 2021.

4.3 Udgifter opdelt på stat/region og kommune

Udgifterne til indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed fordeler sig generelt på mange forskellige områder og fordeler sig også på både stat, regioner og kommuner. I Tabel 4.6 er vist fordelingen af udgifterne mellem henholdsvis stat/regioner og kommunerne blandt brugerne af § 110-boformerne. Tabel 4.6 viser, at de gennemsnitlige statslig/regionale udgifter pr. borger er 189.690 kr. pr. år, mens de gennemsnitlige kommunale udgifter er 270.732 kr. pr. borger pr. år. Samlet set er det således 41 % af de samlede udgifter til indsatser og ydelser til disse borgere, der ligger i staten/regionerne, mens 59 % af udgifterne afholdes af kommunerne.

Tabel 4.6 Gennemsnitlige udgifter pr. borger, 2021 fordelt på indsats typer og opdelt på stat/region og kommuner, for brugere af § 110-boformer 2021. Kroner.

Indsats type	Stat/region	Kommuner
Somatisk behandling	24.536	6.783
Sygesikringsydelser (lægeydelser mv.)	2.471	275
Psykiatrisk behandling	12.925	16.183
Medicintilskud	1.460	80
Stofmisbrugsbehandling	0	19.504
Alkoholbehandling	0	1.532
§ 110-boform	73.093	73.093
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	924	30.809
Hjemmesygepleje	0	2.048
Hjemmehjælp	0	973
Fængsel og retssager	37.119	0
Beskæftigelsesindsats	0	10.675
Kontanthjælp	16.464	62.600
Førtidspension	9.515	37.978
Folkepension	2.221	0
Anden overførsel	8.962	8.199
Samlede udgifter		
Samlede gns. udgifter (brutto, før betalt skat)	189.690	270.732
Betalt skat	-14.854	-31.857
Samlede gns. udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	174.836	238.875

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. Beregningsgrundlag, N: 6.380.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

I Tabel 4.7 er vist de samlede udgifter for henholdsvis stat/regioner og kommunerne til indsatser og ydelser til borgere, der var indskrevet på en § 110-boform i 2021. Tabel 4.7 viser, at de samlede statslige/regionale bruttoudgifter til indsatser og ydelser til disse borgere androg 1.210 mio. kr., mens de kommunale bruttoudgifter udgjorde 1.727 mio. kr. For staten/regionernes vedkommende udgør udgifterne til ophold på § 110-boformerne godt en tredjedel af de samlede udgifter, mens de for kommunernes vedkommende udgjorde cirka en fjerdedel af de samlede udgifter til disse borgere.

Tabel 4.7 Samlede udgifter til indsatser og ydelser, 2021, for brugere af § 110-boformer, fordelt på indsatstyper og opdelt på stat/region og kommuner. Mio. kroner.

Indsatstype	Stat/region	Kommuner
Somatisk behandling	157	43
Sygesikringsydelser (lægeydelser mv.)	16	2
Psykiatrisk behandling	82	103
Medicintilskud	9	1
Stofmisbrugsbehandling	0	124
Alkoholbehandling	0	10
§ 110-boform	466	466
Øvrige servicelovsydelser (§§ 85, 104, 107, 108 mv.)	6	197
Hjemmesygepleje	0	13
Hjemmehjælp	0	6
Fængsel og retssager	237	0
Beskæftigelsesindsats	0	68
Kontanthjælp	105	399
Førtidspension	61	242
Folkepension	14	0
Anden overførsel	57	52
Samlede udgifter		
Samlede udgifter (brutto, før betalt skat)	1.210	1.727
Betalt skat	-95	-203
Samlede udgifter (netto, fraregnet betalt skat)	1.115	1.524

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. N: 6.380.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Analyserne af fordelingen mellem stat/region og kommuner af de samlede udgifter til indsatser og ydelser til brugere af § 110-boformerne bidrager generelt til en opmærksomhed på, at en betydelig del af de samlede udgifter til indsatser for disse borgere ligger uden for boformsområdet, og at de potentielle gevinster ved en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for disse borgere både ligger i den statslige/regionale og i den kommunale sektor. Det betyder imidlertid også, at de potentielle gevinster ved øgede kommunale investeringer i de specialiserede støttemetoder ikke kun vedrører de kommunale udgifter, men også kan vise sig i forhold til de statslige/regionale udgifter, fx i forhold til udgifter i sundhedsvæsenet eller kriminalforsorgen.

Opgørelserne af fordelingen af udgifterne mellem stat/regioner og kommuner er beregnet ud fra brugen af indsatser og ydelser i 2021, og således før de ændrede refusionsregler mellem staten og kommunerne på hjemløshedsområdet trådte i kraft i 2023. Som tidligere nævnt øger disse ændringer generelt det økonomiske incitament for kommunerne til at etablere bolig- og støtteløsninger til borgere i hjemløshed ud fra Housing First-tilgangen, da langvarige ophold på § 110-boformerne vil indebære en større udgift for kommunerne, mens brugen af de specialiserede støttemetoder efter et boformsophold vil blive billigere for kommunerne pga. den nye statslige refusion knyttet til disse indsatser.

4.4 Opsamling

Dette kapitel har afdækket udgifterne til indsatser og ydelser for borgere i hjemløshed. Analyserne viser, at der er forholdsvis høje gennemsnitlige udgifter pr. borger i hjemløshed. I gruppen af boformsbrugere som helhed udgør de gennemsnitlige bruttoudgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer 460.421 kr. pr. person om året (2022-priser). Fraregnes den skat, borgerne betaler (herunder skat af overførselsindkomst), er nettoudgiften i gennemsnit på 413.710 kr. pr. person om året på tværs af alle de indsatsområder, der indgår i opgørelsen.

De gennemsnitlige udgifter er højest blandt boformsbrugere med episodisk ophold med en gennemsnitlig nettoudgift på 518.947 kr. pr. år, efterfulgt af gruppen med langvarigt ophold, hvor den gennemsnitlige nettoudgift er 464.532 kr. pr. år. For boformsbrugere med kortvarigt ophold er nettoudgiften til indsatser og ydelser 352.865 kr. om året.

Udgifterne til ophold på § 110-boformerne er højest blandt boformsbrugere med langvarigt ophold med gennemsnitlige udgifter på 217.764 kr. pr. person pr. år, efterfulgt af boformsbrugere med episodisk ophold med gennemsnitlige årlige udgifter til boformsophold på 146.560 kr. pr. år. I gruppen med kortvarigt ophold er de gennemsnitlige udgifter til ophold på § 110-boformerne 71.190 kr. pr. år.

Ud over boformsbrugerne er også opgjort de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser blandt gadesovere og sofasovere, hvor den sidstnævnte gruppe er personer, der overnatter midlertidigt hos familie, venner og bekendte pga. hjemløshed. I gruppen af gadesovere er opgjort et gennemsnitligt nettoforbrug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige områder på 222.929 kr. pr. person i 2021, mens der i gruppen af sofasovere er opgjort et nettoforbrug af indsatser og ydelser på 225.625 kr. Når de gennem-

snitlige udgifter er lavere blandt gadesoverne og sofasoverne end blandt boformsbrugerne, skyldes det blandt andet, at der i disse analysegrupper ikke er udgifter til brug af § 110-boformerne, der som tidligere nævnt andrager cirka en tredjedel af de samlede udgifter til indsatser blandt boformsbrugerne. Der er dog også et lavere forbrug af forskellige øvrige ydelser blandt gadesoverne og sofasoverne, herunder et lavere forbrug af både somatiske og psykiatriske behandlingsydelser. Det kan være tegn på, at grupperne af gadesovere og sofasovere i højere grad er "faldet igennem" velfærdssystemets sikkerhedsnet og ikke i samme grad som boformsbrugerne er i kontakt med velfærdssystemets indsatser.

I kapitlet er også opgjort de samlede udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer. Disse opgørelser er udelukkende foretaget for gruppen af borgere, der har benyttet § 110-boformerne, hvor der er tale om en totalpopulation i modsætning til grupperne af gadesovere og sofasovere, hvor datagrundlaget er baseret på ugetællingen i kortlægningen af hjemløshed. Udgiftsanalysen viser, at de samlede udgifter til indsatser og ydelser for de ca. 6.000 personer, der benytter boformerne i løbet af et år, andrager knap 3 mia. kr. om året. Af de samlede udgifter udgør selve boformsopholdet cirka en tredjedel af disse udgifter, mens de øvrige udgifter fordeler sig dels på den overførselsindkomst, som borgerne modtager, der ligeledes udgør cirka en tredjedel af udgifterne, dels udgifter til en række indsatser og ydelser i det øvrige velfærdssystem (fx hospitalsbehandling og fængselsophold), der udgør den sidste tredjedel af udgifterne. Analyserne viser også, at det samlede udgiftsniveau til indsatser og ydelser til gruppen af boformsbrugere har været nogenlunde konstant over de seneste 3 år, der er omfattet af opgørelsen.

5 Perspektiver på udbredelsen af Housing First

I dette kapitel sætter vi analysens resultater i sammenhæng med den eksisterende viden på området med henblik på at uddrage implikationerne af resultaterne i forhold til udviklingen af indsatserne på hjemløshedsområdet. Som beskrevet i rapportens indledning har indsatsen på hjemløshedsområdet i Danmark over en længere årrække tilbage til Hjemløsestrategien (2009-2013) haft som et centralt omdrejningspunkt at udvikle og omlægge indsatsen ud fra Housing First-tilgangen, ligesom der er gjort en række erfaringer med muligheder og udfordringer i forhold til at implementere tilgangen i praksis. De nylige lovændringer på området har som tidligere nævnt til formål at understøtte omlægningen af indsatsen mod hjemløshed ud fra Housing First-tilgangen. I dette kapitel ser vi på, hvordan undersøgelsens resultater kan være med til at kvalificere og bidrage med viden i forhold til denne omlægning.

De forskellige grupper af boformsbrugere

Boformsbrugerne udgør generelt den største gruppe af borgere i hjemløshed i Danmark, og rapportens analyser har haft denne gruppe som det primære omdrejningspunkt. Centralt står identifikationen af de forskellige grupper af boformsbrugere og analysen af deres brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser. Analysen viser, at der for perioden 2016-2022 kan identificeres de samme tre grupper af boformsbrugere i form af grupperne med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, som blev identificeret i den tidligere analyse *Veje ind og ud af hjemløshed* (Benjaminsen & Enemark, 2017) for perioden 2009-2015. Analyserne viser, at flertallet af boformsbrugerne har kortvarigt ophold, der er kendetegnet ved få (ofte kun et enkelt) og korte ophold på boformerne. Boformsbrugerne med episodisk ophold har derimod mange (gentagne) ophold, der hver især er forholdsvis korte, mens boformsbrugerne med langvarigt ophold er kendetegnet ved få men meget lange ophold på boformerne. I perioden 2016-2022 udgjorde gruppen med langvarigt ophold 27 % af boformsbrugerne, men på grund af de lange ophold står de samlet set for 61 % af det samlede antal opholdsdage på boformerne i perioden. Ydermere viser analysen, at gruppen med langvarigt ophold udgør en lidt større andel af boformsbrugerne i perioden 2016-2022 end i perioden 2009-2015, hvor denne gruppe udgjorde cirka 20 % af boformsbrugerne.

Analysen viser således, at en forholdsvis stor del af ressourcerne på boformsområdet benyttes på en mindre del af brugerne. Man kunne i den sammenhæng forvente, at gruppen af boformsbrugere med langvarigt ophold også er dem, der har den mest komplekse udsathed. Når vi ser på de observerbare

karakteristika i registrene er det imidlertid i gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold, at vi finder de højeste andele med misbrugsproblemer, "dobbeldiagnose" (både en psykisk lidelse og et misbrug) samt den højeste andel med fængselsophold. Eksempelvis er andelen med både en psykisk lidelse og et misbrug – hvilket generelt tilsiger en høj kompleksitet i udsathed – 65 % i gruppen med episodisk ophold, mens den er 46 % i gruppen med kortvarigt ophold og 45 % i gruppen med langvarigt ophold. Der er således karakteristika ved gruppen med episodisk ophold, der bidrager til at forklare deres "uregelmæssige" brug af boformerne med gentagne, korte boformsophold. Formentlig er kompleksiteten i udsathed i denne gruppe så høj – blandt andet pga. kombinationen af psykiske lidelser og misbrug – at de har vanskeligt ved at benytte § 110-boformerne og har svært ved at få en sammenhængende hjælp og støtte i velfærdssystemet generelt. Det afspejler også, at der ikke i tilstrækkelig grad er specialiserede tilbud til denne gruppe. I den forbindelse kan det påpeges, at de fleste § 110-boformer ikke personalemæssigt er rustet til at håndtere denne høje kompleksitet i udsathed. Den gennemsnitlige § 110-boform er således ikke et socialpsykiatrisk behandlings- eller botilbud, der har rammer og kompetencer til at håndtere behandlings- og støttebehov blandt borgere med både en psykisk lidelse og et misbrug.

Geografisk variation i de langvarige boformsophold

Mens gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold skiller sig ud med den højeste andel registreret på de forskellige individuelle risikofaktorer, er der ikke nogen væsentlig forskel mellem grupperne med kortvarigt og langvarigt ophold, når vi ser på de observerbare risikoindikatorer for udsathed i registrene, som vi måler gennem andelen med psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller fængselsophold. Her skal der dog tages et generelt forbehold for, at der kan være forhold – som sværhedsgraden af psykiske lidelser og misbrug – som ikke lader sig måle gennem registrene. Der kan således være forskelle i de individuelle karakteristika, som vi ikke indfanger gennem de anvendte indikatorer. Trods dette forbehold er der grund til opmærksomhed på, at der ikke er umiddelbare forskelle i de individuelle karakteristika mellem grupperne med kortvarigt og langvarigt ophold.

Derimod er der væsentlige geografiske forskelle på andelen af boformsbrugere i de forskellige grupper, idet andelen med langvarigt ophold er væsentligt højere i hovedstadsområdet, og navnlig i København, end i resten af landet. Det tyder på, at der er strukturelle forhold, der indvirker på, om boformsopholdet er kortvarigt eller langvarigt. Registeranalysen kan ikke i sig selv kaste nærmere lys over sådanne forhold, men det er nærliggende, at den vanskelige boligsituation i hovedstadsområdet – med en stor mangel på billige boliger, lange ventelister til almene boliger og ligeledes en betydelig ventetid i den kommunale boliganvisning i de fleste kommuner, formentlig spiller en væsent-

lig rolle i forhold til dette mønster og bevirker, at en betydelig del af boformsbrugerne må opholde sig unødigt længe på en § 110-boform. Samtidig kan der være øvrige forhold i det lokale velfærdssystem, som fx tilgængeligheden af individuel social støtte, der kan have betydning for mulighederne for at etablere bolig- og støtteløsninger efter et boformsophold. Disse resultater peger generelt på, at det, når vi ser på omstillingen til Housing First på hjemløshedsområdet, er vigtigt ikke kun at have øje for de individuelle forhold omkring borgernes udfordringer og støttebehov eller på forhold omkring § 110-boformene, men også vigtigt at være opmærksom på, at der også er væsentlige strukturelle og systemiske faktorer i det omgivende samfund, der indvirker på muligheder og udfordringer i denne omstillingsproces.

Lav andel med individuel social støtte

Et andet væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til omstillingsprocessen viser sig omkring brugen af de sociale indsatser i serviceloven. Her peger analyserne på, at det i gruppen af boformsbrugere som helhed er under en femtedel, der er registreret med en af de mest centrale indsatser i forhold til omstillingen til Housing First, nemlig den individuelle sociale støtte (bostøtte) efter servicelovens § 85. Registeroplysningerne om brug af individuel social støtte kan i den forbindelse både dække over traditionel § 85-bostøtte i kommunerne og støtte med de specialiserede støttemetoder, der også kan gives efter servicelovens § 85. Vi må i den sammenhæng antage, at en betydelig del af den individuelle sociale støtte, der er registreret under brugen af § 85-bostøtte, ikke følger de specialiserede støttemetoder, men i stedet har karakter af "almindelig bostøtte", der sædvanligvis ikke vil være ligeså intensiv og fleksibel som de specialiserede støttemetoder (ACT, M-ACT, ICM og CTI), der udgør støttemetoderne i Housing First-tilgangen. Som tidligere nævnt viste en undersøgelse fra Socialstyrelsen (nu Social- og Boligstyrelsen) fra 2021 baseret på en spørgeskemaundersøgelse til landets kommuner, at kun ca. 8 % af borgere i hjemløshed havde modtaget en Housing First-baseret indsats med en af de specialiserede støttemetoder (Socialstyrelsen 2021, s. 9). Uanset om støtten dækker over en mere traditionel § 85-bostøtte eller støtte med de specialiserede støttemetoder, er det bemærkelsesværdigt, at andelen af boformsbrugerne, der er registreret med denne støtte er så forholdsvis lav. Det gælder ikke mindst i lyset af, at det samtidig er langt hovedparten af boformsbrugerne, der er registreret med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer, og hvor vi generelt vil forvente, at en betydelig del af disse borgere vil have brug for en forholdsvis intensiv og fleksibel støtte, hvis de skal flytte i egen bolig.

Behov for at øge anvendelsen af de specialiserede støttemetoder

Den lave andel med individuel social støtte efter serviceloven peger generelt på, at Housing First-tilgangen – herunder brugen af de specialiserede støttemetoder – kun i begrænset grad er udbredt i praksis på hjemløshedsområdet, når vi ser på tallene på landsplan. I den forbindelse kan der rettes en generel opmærksomhed på, om de specialiserede støttemetoder er tilgængelige i tilstrækkeligt omfang i kommunerne, ligesom der er grund til en opmærksomhed på at sikre, at borgerne visiteres til disse indsatser såfremt deres støttebehov tilsiger det. Analysernes resultater med den lave andel, der modtager støtte efter servicelovens § 85, kan generelt være tegn på, at det ikke er tilfældet. I den sammenhæng viste en kvalitativ caseundersøgelse af brugen af Housing First-tilgangen i fem kommuner i 2023, at der i flere af kommunerne var væsentlige udfordringer med at kunne tilbyde borgere i hjemløshed støtte ud fra de specialiserede støttemetoder (Benjaminsen, 2023). I flere af kommunerne betød et stort behovspres på bostøtten, at det ikke var muligt at tilbyde bostøtte ud fra de specialiserede støttemetoder, men at der snarere var tale om en ICM-inspireret indsats, men med en betydeligt højere caseload (antal borgere pr. medarbejder), end ICM-metoden tilsiger. I en anden af kommunerne blev de specialiserede støttemetoder kun anvendt til en del af målgruppen (de unge), men ikke for de midaldrende og ældre aldersgrupper. Derudover var der i de fleste af kommunerne betydelige udfordringer og lange ventetider i forhold til at skaffe boliger til indsatsen.

I forbindelse med den forholdsvis lave andel med individuel social støtte efter servicelovens § 85 skal der generelt gøres opmærksom på, at rapportens opgørelser vedrører 2021, der er året med de seneste tilgængelige registeroplysninger i forhold til analyserne. Siden da er der som tidligere nævnt vedtaget en række lovændringer på hjemløshedsområdet, der blandt andet har introduceret, at kommunerne kan få en statslig refusion på 50 % af udgifterne til en støtteindsats med de specialiserede støttemetoder i en periode på 2 år efter udskrivning fra en § 110-boform. Samtidig påhviler det kommunerne at dække hele udgiften til ophold på boformerne efter 3 måneders ophold (efter en indfasningsperiode), mens staten tidligere dækkede 50 % af udgifterne til et boformsophold på ubestemt tid. Det er i den sammenhæng en forventning bag disse lovændringer, at de vil styrke kommunernes incitament til at anvende de specialiserede støttemetoder i forbindelse med udskrivning fra § 110-boformerne. Rapportens analyser – baseret på registeroplysningerne fra 2021 – understøtter i den forbindelse, at der er et stort behov for at øge udbredelsen og anvendelsen af de specialiserede støttemetoder i forbindelse med udskrivning fra § 110-boformerne.

Behov for ACT- og ICM-støtte

Housing First-tilgangen er som nævnt baseret på, at borgeren både tilbydes en boligløsning og en intensiv og fleksibel social støtte ved brug af de specialiserede støttemetoder, der er knyttet til tilgangen. Registeranalysens profil af gruppen af boformsbrugere og analysen af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser kan ikke "én-til-én" aftegne vægtningen mellem de forskellige specialiserede støttemetoder, der indgår i Housing First-tilgangen. Det forhold, at over 40 % af boformsbrugerne er registreret med både en psykisk lidelse og et misbrugsproblem – og at langt hovedparten af boformsbrugerne har en psykisk lidelse og/eller et misbrugsproblem, peger dog på, at hovedvægten i brugen af støttemetoderne må koncentreres omkring de mere intensive og længerevarende indsatser, hvilket typisk vil sige ACT- og ICM-metoderne.

Analyserne af brugen af velfærdssystemets øvrige indsatser viser generelt, at en stor del af boformsbrugerne er i kontakt med andre dele af velfærdssystemet, herunder psykiatrien, det somatiske sundhedssystem, fængselsvæsenet mv. Analyserne peger i den forbindelse på, at boformsbrugerne i høj grad – også sammenlignet med de øvrige risikogrupper, der har indgået i analyserne – benytter akutte indsatser som fx døgnindlæggelser i psykiatrien, ligesom også opholdet på boformen i sig selv udgør en akut indsats, som borgeren benytter på grund af hjemløshed. Den omfattende brug af forskellige dele af velfærdssystemet afspejler både kompleksiteten af borgerens problematikker og kan i høj grad samtidig være tegn på manglende sammenhæng i indsatsen på tværs af velfærdssystemet som helhed.

Analyserne viser generelt, at en stor del af borgerne i hjemløshed har sammensatte, komplekse sociale og helbredsmæssige problematikker, der i høj grad peger på et behov for at samtænke de sociale og sundhedsfaglige indsatser. I den forbindelse er en særlig væsentlig viden fra forskningslitteraturen om Housing First-tilgangen, at netop tilgængeligheden af integrerede indsatser er afgørende for at kunne imødekomme støttebehovene blandt borgere i hjemløshed med komplekse sociale og helbredsmæssige problematikker. Det er på den baggrund, at ACT-metoden – med dens integrerede, tværfaglige støtte- og behandlingsmæssige indsats udgør et hovedelement i Housing First-tilgangen sammen med ICM-metoden, der ifølge Housing First-tilgangen primært benyttes til borgere i hjemløshed, der ikke har så høj kompleksitet i og omfang af støttebehovene, at de har brug for en ACT-indsats (Tsemberis, 2010). Analysen af profilen af boformsbrugerne og deres brug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemet som helhed tilsiger i den forbindelse, at den Housing First-baserede indsats – også i Danmark – primært bør være baseret på brugen af støttemetoderne ACT og ICM (samt evt. M-ACT-metoden, i det omfang det ikke er muligt at etablere en ACT-indsats). I en dansk sammenhæng har også CTI-metoden som tidligere nævnt været inkorporeret i

Housing First-tilgangen. Denne støttemetode kan formentlig også være relevant til en del af målgruppen, og navnlig dem, der har en lavere kompleksitet i udsathed. Profilen af målgruppen tilsiger i den forbindelse, at CTI-metoden kan udgøre et supplement til brugen af ACT- og ICM-metoderne, men at hovedvægten af den specialiserede støtte bør gives ud fra ACT- og ICM-metoderne. I den sammenhæng pegede en undersøgelse fra Socialstyrelsen i 2021 som tidligere nævnt på, at blandt de 8 % af borgere i hjemløshed, der havde fået en Housing First-baseret indsats ud fra de specialiserede støttemetoder, modtog størstedelen, 51 %, en CTI-indsats, mens 36 % modtog en ICM-indsats og kun 13 % modtog en ACT-indsats (Socialstyrelsen 2021, s. 9)

Ud fra resultaterne af indeværende undersøgelse kan der således peges på et stort behov og potentiale for at øge brugen – og tilgængeligheden – af både ACT- og ICM-støtte til borgere i hjemløshed. Set i lyset af at en betydelig del af borgere i hjemløshed har både en psykisk lidelse og et misbrugsproblem, og at ACT-metoden med det tværfaglige, integrerede indsatsteam er særligt udformet til at kunne håndtere den høje kompleksitet i støttebehovene i denne gruppe, er der et stort behov for at øge udbredelsen og brugen af ACT-metoden på hjemløshedsområdet. Der er imidlertid barrierer i det eksisterende velfærdssystem i forhold til at etablere en tværfaglig, integreret støtteindsats ud fra ACT-metoden. En væsentlig udfordring er, at de typer af medarbejdere og fagligheder, der er repræsenteret i et ACT-team (sociale støtte medarbejdere, sygeplejersker, misbrugsbehandler, psykiater, myndighedsrådgiver mv.) generelt er placeret i forskellige dele af velfærdssystemet – både i forskellige kommunale forvaltninger og på tværs af kommuner og regioner. Netop det opsplittede velfærdssystem, hvor de indsatser borgere med kompleks udsathed har behov for, er placeret mange forskellige steder, er i sig selv en væsentlig del af årsagen til, at det er vanskeligt at skabe en sammenhængende indsats for disse borgere. Erfaringerne på området viser også, at det er vanskeligt at opnå en tilstrækkelig sammenhæng i indsatsen alene ud fra øget koordinering mellem de forskellige aktører og indsatser. Der er således en væsentlig forskel mellem koordinerede indsatser og integrerede indsatser, hvor ACT-metoden generelt er en integreret indsats og ikke blot en koordineret indsats. En etablering af integrerede, tværfaglige indsatsteam på hjemløshedsområdet (og på udsatteområdet generelt) vil således kræve et element af nytænkning og nye organiseringer på tværs af eksisterende siloer og sektorgrænser. En anden udfordring, der forbindes med ACT-metoden er, at den kan forekomme forholdsvis omkostningstung. Denne indsats koster skønsmæssigt ca. 120.000-140.000 kr. pr. borger pr. år.³ Som undersøgelsens analyser generelt har vist, er de samlede gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser til borgere i hjemløshed imidlertid væsentligt højere end et sådant beløb, hvilket indikerer,

³ Dette skøn er baseret på en fremskrivning af oplysninger fra et casestudie af ACT-indsatsen i hjemløsheden i København fra 2013, hvor udgiften til indsatsen på daværende tidspunkt var cirka 88.000 kr. pr. borger pr. år (Benjaminsen, 2013).

at fraværet af integrerede indsatser formentlig er endnu dyrere set for velfærdssystemet som helhed.

Behov for specialiserede botilbud

Den forskningsmæssige viden på området viser generelt, at ca. 80-90 % af borgere i hjemløshed med samtidige sociale og helbredsmæssige problematikker kan komme i egen bolig med intensiv social støtte. Der vil dog være 10-20 % af målgruppen, som ikke er i stand til at bo i egen bolig, men som har brug for andre typer af bolig- og støtteløsninger (Tsemberis, 2010). I den forbindelse bidrager analysen af de forskellige grupper af boformsbrugere også med en viden om den potentielle målgruppe for andre typer af tilbud. Her kan der særligt peges på gruppen med episodisk ophold, der som tidligere nævnt er kendetegnet ved mange, korte ophold på § 110-boformerne, og som samtidig har en meget høj kompleksitet i udsathed med en høj andel med "dobbelt diagnose" og misbrugsproblematikker, ligesom det også er i denne gruppe, at vi finder den højeste andel med et tidligere fængselsophold. Analysen af de forskellige grupper af boformsbrugere viser, at gruppen med episodisk ophold udgør knap en tiendedel af den samlede gruppe af boformsbrugere. Selvom man ud fra analysen ikke kan konkludere, at der er en én-til-én-sammenhæng mellem gruppen med episodisk ophold og behovet for andre bolig- og støtteløsninger, er det formentlig i denne gruppe, at vi generelt vil finde flest, der vil have brug for sådanne andre løsninger, som fx et botilbud eller en skæv bolig. Analysen af brugen af øvrige ydelser viser i den sammenhæng, at det er i gruppen med episodisk ophold, at vi finder den højeste andel, der også er registreret med ophold på et §§ 107 eller 108-botilbud (heraf flest med § 107-botilbud), om end det sammenlagt kun gælder knap 10 % af gruppen i samme år, som de har benyttet boformen, og lidt flere året efter. Analysen peger således på, at der blandt boformsbrugerne er en vis andel, der har brug for andre løsninger end egen bolig med specialiseret bostøtte. Mønsteret i boformsbrugen i gruppen med episodisk ophold med mange, gentagne og korte ophold tilsiger endvidere, at denne gruppe formentlig allerede tidligt i et forløb kunne have gavn af at blive visiteret til andre tilbud som fx et § 107-botilbud. I den forbindelse understøtter analysens resultater også generelt behovet for et andet af tiltagene i de nylige lovændringer på hjemløhedsområdet, nemlig muligheden for at yde statslig refusion til kommunerne for et ophold på § 107-botilbud i en periode efter et ophold på en § 110-boform.

Det er dog også vigtigt at være opmærksom på, at det formentlig langt fra er hele gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold, der vil have behov for et § 107- eller 108-botilbud. I den sammenhæng vil behovet for botilbud også være påvirket af, hvilken støtte der er tilgængelig i egen bolig. Eksempelvis vil en generel udbredelse af ACT-metoden formentlig betyde, at forholdsvis flere borgere med komplekse problematikker ville kunne få en tilstrækkelig støtte og hjælp i egen bolig.

Gadesovere og sofasovere

Mens rapportens primære analysefokus har været på boformsbrugerne, har der også været et sekundært analysefokus på grupperne af gadesovere og sofasovere, hvor datagrundlaget for analyserne dog har været væsentligt mindre end for boformsbrugerne. Analyserne viser, at der også blandt gadesoverne og sofasoverne er en forholdsvis høj andel med psykiske lidelser og misbrugsproblemer. Udsathedsprofilen i disse grupper ligner således i vid udstrækning profilen blandt boformsbrugerne. Analyserne viser dog samtidig, at der er en lavere andel blandt gadesoverne og sofasoverne, der benytter en række forskellige indsatser og ydelser, end blandt boformsbrugerne. Der er blandt andet en lavere andel blandt gadesoverne og sofasoverne, der er registreret med individuel social støtte efter serviceloven, end blandt boformsbrugerne. Det kan være tegn på, at gadesoverne og sofasoverne i højere grad står uden for velfærdssystemets indsatser og kun i begrænset grad bliver visiteret til de pågældende ydelser. Der er således grund til en generel opmærksomhed på at sikre, at også gadesovere og sofasovere får kontakt med velfærdssystemets indsatser og bliver visiteret til den rette støtte.

Potentiale for en bedre ressourceudnyttelse

Analysen af udgifterne til indsatser og ydelser viser generelt, at der samlet set er forholdsvis høje udgifter til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer til de borgere, der har været indskrevet på § 110-boformerne. De samlede gennemsnitlige bruttoudgifter til indsatser og ydelser på tværs af sektorer er således knap en halv million kroner pr. borger om året. For den samlede gruppe af ca. 6.000 årlige boformsbrugere svarer det til udgifter til indsatser og ydelser på knap 3 mia. kr. Heraf udgør udgifterne til ophold på § 110-boformerne cirka en tredjedel af de samlede udgifter, mens borgerens overførselsindkomst andrager yderligere en tredjedel af de samlede udgifter. Den sidste tredjedel af udgifterne benyttes til indsatser og ydelser i det øvrige velfærdssystem som fx somatisk og psykiatrisk behandling, øvrige service- og indsatsindsatser samt udgifter i kriminalforsorgen og retssystemet. De gennemsnitlige udgifter pr. borger er højest i gruppen af boformsbrugere med episodisk ophold efterfulgt af gruppen med langvarigt ophold. De gennemsnitlige årlige udgifter til selve boformsopholdet udgør i gennemsnit 217.000 kr. i gruppen med langvarigt ophold, 146.000 kr. i gruppen med episodisk ophold og 71.000 kr. i gruppen med kortvarigt ophold.

I forbindelse med udgiftsanalysen skal man generelt være opmærksom på, at § 110-boformerne huser nogle af samfundets allermest udsatte borgere, som benytter boformerne på grund af at de befinder sig i en hjemløshedssituation. Det er borgere med omfattende sociale og helbredsmæssige problematikker, hvor det er forventeligt, at der også er et forholdsvis højt forbrug af en række indsatser og ydelser på tværs af det øvrige velfærdssystem. I den sammen-

hæng er det ikke nødvendigvis entydigt godt eller dårligt, at en borger benytter indsatser og ydelser meget eller lidt. Fokus bør snarere være på, om borgeren får den rette indsats i form af en sammenhængende støtte ud fra de specialiserede støttemetoder, samt støtte gennem andre relevante indsatser, der kan imødekomme omfanget og kompleksiteten af borgerens støttebehov. Brugen af de forskellige indsatser – eller manglen på samme – må således ses i et samlet hele. Et væsentligt formål med rapportens analyser af brugen af de forskellige ydelser har således været at kaste lys over velfærdssystemets samlede indsatser og "funktionsevne" over for borgere i hjemløshed og de ressourcemæssige aspekter, der er forbundet hermed. Ved at skabe et samlet overblik over omfanget og karakteren af brugen af indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed indikerer analyserne, hvor der kan være potentialer for at forbedre og optimere indsatserne for borgere i hjemløshed.

Set i forhold til brugen af indsatser og ydelser betyder selve boformsopholdet, at borgeren har et sted at være og kan få støtte og hjælp i en akut hjemløshedssituation, hvor alternativet formentlig vil være at måtte overnatte på gaden. Imidlertid er det kendetegnende, at en forholdsvis stor del af det samlede ressourceforbrug til målgruppen går til sådanne akutte indsatser, som fx boformsophold, psykiatriske heldøgnsindlæggelser eller et fængselsophold. Fælles for disse typer af indsatser er, at borgeren akut befinder sig i en vanskelig livssituation, hvor vedkommende er "væltet omkuld" i tilværelsen og er i en hjemløshedssituation, er syg osv. Eksempelvis vil en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse typisk være udtryk for, at borgeren er psykotisk, selvmordstruet eller lignende og har akut behov for psykiatrisk behandling. Mens der generelt er et forholdsvis højt forbrug af sådanne akutte indsatser, viser analyserne som nævnt også, at der er en forholdsvis lav andel, der modtager individuel social støtte efter serviceloven, som kun cirka en femtedel af boformsbrugere har modtaget i samme år som eller året efter et boformsophold. Det er et påfaldende resultat set i lyset af, at netop individuel social støtte ud fra de specialiserede støttemetoder (sammen med en boligløsning) er et af hovedelementerne i Housing First-tilgangen. Rapportens analyser peger i den sammenhæng overordnet set på et stort behov for at udbrede de specialiserede sociale støttemetoder, der generelt kan være med til at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen og være med til at forbedre borgerens samlede situation.

Rapportens analyser kan ikke i sig selv godtgøre, at udgifterne til andre indsatser vil falde, hvis man investerer i de specialiserede støttemetoder. Ud fra den viden vi generelt har på området – herunder viden om Housing First-tilgangen, og at de specialiserede støttemetoder øger chancen for, at borgeren kan komme i egen bolig og fastholde boligen – er det dog sandsynligt, at en styrkelse af sådanne indsatser vil have en positiv afsmittende virkning på brugen af andre indsatser. En øget anvendelse af de specialiserede støttemetoder vil formentlig kunne bidrage til at reducere brugen af akutte indsatser som

ophold på § 110-boformer, psykiatriske indlæggelser, fængselsophold og lignende. Derved vil der både kunne opnås en generel forbedring af indsatsen for borgeren og en bedre udnyttelse af velfærdssystemets samlede ressourcer til borgere i hjemløshed.

➤ **Dokumentation**

6 Metode og data

I dette kapitel gennemgår vi datagrundlaget bag rapportens analyser, og de statistiske metoder, vi har anvendt i analyserne. Vi gennemgår først undersøgelsens metodiske design og de analysepopulationer, der anvendes i forbindelse med undersøgelsens opgørelser. Derefter gennemgår vi de statistiske analysemetoder, herunder særligt den klyngeanalyse, som vi anvender til at identificere de tre grupper af boformsbrugere, der udgør de gennemgående analysegrupper i rapporten. Vi beskriver også de metoder, der anvendes i rapportens analyser af udgifterne forbundet med brugen af indsatser og ydelser, herunder brugen af enhedsomkostninger baseret på oplysninger fra SØM-modellen. Endelig beskriver vi mere detaljeret nogle af de indikatorer, der anvendes i undersøgelse, herunder indikatorerne for psykiske lidelser og misbrug.

6.1 Undersøgellesdesign

Undersøgelsen er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra de nationale kortlægninger af hjemløshed. Registeranalysen er foretaget gennem Danmarks Statistiks forskerordning.

Målgruppen af borgere i hjemløshed og de forskellige delmålgrupper af borgere i hjemløshed identificeres på baggrund af data fra Danmarks Statistiks boformsregister, der identificerer brugere af § 110-boformer på landsplan. Data for boformsbrugerne suppleres med data fra de nationale kortlægninger af hjemløshed, der benyttes til at identificere specifikke delmålgrupper (gade-sovere og sofasovere), der ikke kan identificeres gennem boformsregistret.

Målgruppens karakteristika beskrives ud fra registerdata om demografi, samt om en række sociale og helbredsmæssige forhold. Det gælder fx data om psykiske lidelser, misbrugsproblemer og tidligere fængselsdomme.

Data om brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser er indhentet fra en række forskellige registre, der dækker brug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer: sundhedsområdet, socialområdet, kriminalforsorgen, beskæftigelsesområdet, mv. Fra sundhedsregistre er anvendt oplysninger om brugen af hospitalsindlæggelser, ambulante ydelser, lægeydelser, medicinforbrug mv. på både det somatiske og psykiatriske område. På socialområdet er indhentet oplysninger om brug af servicelovsydelser, som fx bostøtte, botilbud, aktivitets- og samværstilbud, social stofmisbrugsbehandling mv. Fra kriminalregistre er anvendt oplysninger om indsættelser i fængsel, samt oplysninger om retssager mv. På beskæftigelsesområdet er anvendt oplysninger om deltagelse i beskæftigelsesindsatser i jobcenterregi. Der

er også anvendt oplysninger om indkomstoverførselsydelse som fx kontanthjælp/uddannelseshjælp, førtidspension, SU mv.

Det senest tilgængelige år, hvor (stort set) alle de nødvendige registerdata, der anvendes til analyserne, er tilgængelige, er 2021. Hvad angår data fra kortlægningerne, anvendes primært data fra kortlægningen i 2022, hvor personer er identificeret som værende i en hjemløshedssituation i uge 6, 2022. Disse personers brug af indsatser og ydelser afdækkes således i kalenderåret 2021. For gadesoverne og sofasoverne er der således en tidsforskydning mellem tidspunktet for registreringen af, at borgeren har været i disse hjemløshedssituationer, og det tidsrum, hvor brugen af indsatser og ydelser måles.

Data om brugen af indsatser og ydelser er udelukkende baseret på oplysninger fra de centrale registre, det vil sige oplysninger, der er indberettet til Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. De centrale registre omfatter generelt langt hovedparten af de relevante indsatser og ydelser. Der vil dog være typer af indsatser, som ikke er omfattet af de centrale registre. Det gælder fx en række civilsamfundstilbud til udsatte borgere såsom åbne væresteder, der ikke er omfattet af central indberetning. Der er også offentlige indsatser, der ikke registreres i de centrale registre. Det gælder fx enkelte ikke-visiterte ydelser såsom indsatsen fra en støtte- og kontaktperson (SEL § 99). Det er dog indsatser, der generelt repræsenterer begrænsede udgifter i det samlede billede, og de tilgængelige data repræsenterer således langt hovedparten af de relevante indsatser, og de omkostninger, der er forbundet med indsatser til målgruppen på tværs af det samlede velfærdssystem.

Omkostningerne ved brugen af de forskellige indsatser og ydelser opgøres på baggrund af tilgængelige data herom på de forskellige områder. Her tages der udgangspunkt i oplysninger og beregningsprincipper fra SØM-modellen (Jacobsen m.fl., 2018). For nogle ydelser er der oplysninger i registrene om de direkte omkostninger. Det gælder en række ydelser på sundhedsområdet i forbindelse med hospitalsindlæggelser, lægebesøg mv., hvor der i registrene er oplysninger om udgifter til de enkelte behandlingsydelser. På andre områder findes der ikke oplysninger i registrene om de præcise udgifter til indsatsen for den enkelte borger. Her anvendes SØM-modellens principper om enhedspriser, det vil sige de gennemsnitlige udgifter til en enhed af den pågældende ydelse beregnet som et gennemsnit pr. enhed (fx beregnet ud fra kontakter og indskrivningsperioder) ud fra de samlede udgifter til brugen af de pågældende ydelser på landsplan. Selvom der i disse tilfælde ikke er tale om de eksakte udgifter på individniveau, har brugen af gennemsnitlige enhedspriser den egenskab, at variationen i udgifterne på individniveau i vid udstrækning vil udlignes på aggregeret niveau.

I forbindelse med undersøgelsesdesignet og de gennemførte analyser skal det generelt påpeges, at analysen afdækker grundlæggende mønstre i brugen af

velfærdssystemets indsatser og ydelser. Undersøgelsen afdækker således ikke virkningen af brugen af forskellige typer af indsatser, men giver viden om den eksisterende brug af indsatser og ydelser, som kan være med til at tydeliggøre udfordringer knyttet til brugen af indsatser og ydelser på tværs af sektorer, samt omkring brugen af specifikke indsatser og ydelser, som er særligt centrale i processen med at omstille indsatsen på hjemløshedsområdet ud fra Housing First-tilgangen.

6.2 Analysepopulationer

I undersøgelsens analyser foretages en generel karakteristik af målgruppen af borgere i hjemløshed og af forskellige delmålgrupper inden for denne gruppe. Disse delmålgrupper udgør generelt analysegrupperne i rapportens analyser af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser.

Forskellige grupper af brugere af § 110-boformerne

I forhold til brugerne af § 110-boformerne tages der udgangspunkt i viden fra undersøgelsen *Veje ind og ud af hjemløshed* (Benjaminsen & Enemark, 2017), der blandt andet viste, at boformsbrugerne generelt kunne inddeles i tre delgrupper, nemlig boformsbrugere med langvarigt, episodisk og kortvarigt ophold. I indeværende undersøgelse foretages en ny analyse af sammensætningen af boformsbrugere, der generelt viser, at de samme grupper kan genfindes i de nyere data. Selve klyngeanalysen, der identificerer de tre grupper af boformsbrugere, er beskrevet mere detaljeret i Afsnit 6.3.

Identifikationen af de tre grupper af boformsbrugere kræver generelt data om boformsophold over en længere periode, hvor vi i disse analyser ser på brugen af boformer over en syvårig periode fra 2016 til 2022 for at kunne identificere de forskellige grupper af boformsbrugere. I analyserne af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser afgrænser vi os dog til fortrinsvis at se på gruppen af personer, der har benyttet boformerne i 2021, der som tidligere nævnt er det seneste år, hvor vi generelt har registerdata for brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser, der er rapportens primære fokus. Når vi opdeler den samlede gruppe af boformsbrugere i de tre grupper af boformsbrugere (med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold), ser vi således på de personer, der var i de tre grupper, blandt de personer, der var indskrevet på boformerne i løbet af 2021 – baseret på analysen af de tre grupper af boformsbrugere for den samlede periode fra 2016 til 2022. En forudsætning for at indgå i analysen af de forskellige grupper af boformsbrugere er dog, at man har haft mulighed for at være indskrevet på boformerne over hele den syvårige periode. Det betyder i praksis, at analysen der identificerer de tre grupper af boformsbrugere, er afgrænset til at inkludere boformsbrugere, der var

fyldt 18 år i 2016, da det på langt de fleste boformer (med undtagelse af nogle få boformer henvendt til familier i hjemløshed) er et krav, at man er fyldt 18 år, for at blive indskrevet. I rapportens analyser skelner vi derfor mellem to "totalgrupper" af boformsbrugere, dels den samlede gruppe af boformsbrugere, som klassificeres i de tre grupper af boformsbrugere gennem klyngeanalysen (og som således ekskluderer boformsbrugere i 2021, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016), dels den samlede gruppe af alle boformsbrugere i 2021, der inkluderer dem, der endnu ikke var fyldt 18 år i 2016. I rapportens tabeller benævner vi disse to totalgrupper som hhv. 'Alle tre grupper af boformsbrugere' og 'Alle boformsbrugere' (i 2021).

Gadesovere og sofasovere

Ud over grupperne af boformsbrugere benyttes data fra kortlægningerne af hjemløshed til at identificere delmålgrupper af borgere i hjemløshed, der ikke indgår i populationen af boformsbrugere. På den baggrund har vi også inkluderet grupperne af gadesovere og sofasovere i en række af rapportens analyser. Identifikationen af disse analysegrupper er baseret på data fra kortlægningen af hjemløshed i uge 6, 2022. For de øvrige kategorier af hjemløshed, der anvendes i de nationale kortlægninger (fx personer på natvarmestuer, hotel/vandrehjem, midlertidige udslusningsboliger mv.) har der vist sig at være for få personer til at gennemføre analyserne af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser. I den sammenhæng har det været nødvendigt for at personerne har kunnet indgå i registeranalyserne, at der i data fra kortlægningen har været registreret et fuldt CPR-nummer for borgeren, hvilket er en forudsætning for at kunne sammenkoble data fra kortlægningen med registerdata. Særligt i kortlægningens kategori af natvarmestuebrugere var der for få personer med et fuldt CPR-nummer til, at denne kategori af hjemløshed kunne indgå i analyserne i indeværende undersøgelse. Af hensyn til at de forskellige analysegrupper skal være gensidigt udelukkende, ekskluderer vi fra analysegrupperne af gadesovere og sofasovere endvidere de personer, der også har benyttet en § 110-boform. Da rapportens analyser generelt har 2021 som det gennemgående år for analyserne af brugen af velfærdssystemets indsatser, hvor alle personer der har benyttet en § 110-boform indgår i analysegrupperne af boformsbrugere, har vi fra analysegrupperne af gadesovere og sofasovere ekskluderet alle personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 og 2022. Dermed er det vigtigt at være opmærksom på, at grupperne af gadesovere og sofasovere ikke på samme måde som for boformsbrugernes vedkommende udgør en "totalpopulation" (alle boformsbrugere i 2021). Det skyldes ikke blot, at vi udelader de gadesovere og sofasovere, der har benyttet boformerne, samt personer, der ikke er registreret med CPR-nummer i kortlægningen, men også at data for både gadesovere og sofasovere generelt er baseret på en enkelt optællingsuge (uge 6). Der kan således være personer, der har befundet sig i en situation som gadesovere eller sofasovere på andre

tidspunkter i løbet af året end i kortlægningens tælleuge, og som ikke indgår i data for disse grupper.

Sammenligningsgrupper

Undersøgelsens analyser af brugen af velfærdssystemets indsatser blandt de forskellige grupper af borgere i hjemløshed inkluderer endvidere bredere grupper af borgere i risiko for social udsathed som sammenligningsgrundlag, ligesom der også foretages opgørelser af brugen af de samme indsatser og ydelser i den øvrige befolkning. Sammenligningsgrupperne, der anvendes i rapportens opgørelser består af 1) personer med samtidig psykisk lidelse og misbrug ("dobbeltdiagnose"), 2) personer med en psykisk lidelse, men uden misbrug, 3) personer med misbrug uden psykisk lidelse samt 4) den øvrige befolkning, der ikke er registreret med hverken hjemløshed, psykiske lidelser eller misbrug. I forhold til identifikationen af sammenligningsgrupperne benyttes indikatorer for psykiske lidelser og misbrug inden for de seneste 5 år (fra 2017-2021). De anvendte definitioner af psykisk lidelse og misbrug er beskrevet nærmere i Afsnit 6.4. Samtidig har vi som et kriterium for at indgå i de fire sammenligningsgrupper også anvendt, at disse personer ikke på noget tidspunkt har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022 (perioden, som vi anvender til at identificere de tre grupper af boformsbrugere) eller har været registreret i hjemløshed i nogen af kortlægningerne af hjemløshed i årene 2017, 2019 og 2022.

6.3 Analyser

Til at identificere de tre grupper af boformsbrugere har vi ligesom i undersøgelsen Veje ind og ud af hjemløshed anvendt en statistisk klyngeanalyse. Denne analyse inddeler boformsbrugerne i forskellige grupper ud fra to oplysninger, nemlig antallet af ophold på boformerne og den samlede længde af opholdene, det vil sige antallet af "opholdsdøgn" på boformerne.

Vi anvender i denne analyse data fra boformsregistret til mere detaljeret at undersøge forskellige grupper af boformsbrugere ud fra deres mønster i brugen af boformerne. I disse analyser ser vi ved hjælp af klyngeanalysen på, hvem der kun kortvarigt befinder sig på boformerne, og hvem der langvarigt eller flere gange opholder sig på en boform. Her benytter vi, med inspiration fra analyser af amerikanske herbergsdata (Kuhn & Culhane, 1998), oplysninger om antallet af ophold på § 110-boformer samt længden af disse til gennem klyngeanalysen, at identificere forskellige grupper af boformsbrugere. En klyngeanalyse er generelt en statistisk metode, hvor personer inddeles i grupper (klynger) baseret på deres ligheder og forskelle, hvor analysen identificerer

grupper, der internt er så ens som muligt, men samtidig adskiller sig mest muligt fra de andre grupper.

I denne analyse anvender vi som nævnt boformsdata for perioden fra 2016 til og med 2022, da det generelt kræver en lang observationsperiode at identificere de forskellige grupper ud fra deres mønster i brugen af boformerne. Analysen udføres kun for individer, der både er i live og opholder sig i Danmark i hele perioden. Endvidere medtager vi som nævnt kun borgere, der er 18 år eller ældre i starten af perioden, det vil sige i 2016.

Boformsdataene indeholder oplysninger om ind- og udskrivningsdatoer fra § 110-boformerne, hvorfor det er muligt at registrere det præcise antal dage og perioder, hvor hver enkelt borger har benyttet § 110-boformerne. I forbindelse med opgørelsen af antallet af opholdsperioder har vi ladet indskrivninger/ophold, der ligger med mindre end syv dages mellemrum tælle som ét ophold i stedet for to. Det skyldes primært et hensyn til ikke at overestimere antallet af ophold for de episodiske boformsbrugere. De mellemliggende dage, hvor borgeren ikke er indskrevet på boformen er ikke medregnet som opholdsdage på en boform i ydelses- og omkostningsanalyserne. I den sammenhæng har vi i indeværende undersøgelse benyttet en lidt anden afgrænsning af opholdsperioderne end i den tilsvarende analyse i undersøgelsen *Veje ind og ud af hjemløshed*, hvor to indskrivninger talte som to ophold, blot der var mindst én dag mellem indskrivningerne. Det skyldes en empirisk baseret vurdering af, at afgrænsningen baseret på syv dages mellemrum samlet set giver den tydeligste afgrænsning mellem analysegrupperne på tværs af de to analyseperioder (2009-2015 og 2016-2022).

Opholdsperioder, der er indledt før starten af analyseperioden, altså før 1. januar 2016, eller som afsluttes efter analyseperiodens afslutning, altså efter 31. december 2022, beskæres ("trunkeres"), således at vi antager, at disse opholdsperioder hhv. starter 1. januar 2016 eller afsluttes 31. december 2022. Det betyder, at der særligt i den første og sidste del af analyseperioden vil være ophold, der i analysen fremstår kortere, end de reelt er, og at antallet af boformsbrugere med kortvarigt ophold derfor vil være lidt højere – særligt i 2016 og 2022. Da vi imidlertid foretager analysen af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser for kalenderåret 2021, har denne beskæring af opholdsperioder ved analyseperiodens start og afslutning dog kun en minimal betydning for rapportens analyser og resultater.

I alt indgår 17.743 personer i denne analyse af de forskellige grupper af boformsbrugere. Heraf har de 5.144 været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Derved udelades godt 1.000 af boformsbrugerne i 2021 fra denne analyse af de tre grupper af boformsbrugere, da de endnu ikke var fyldt 18 år i 2016. Som tidligere nævnt anvender vi derfor to "totalgrupper" når vi ser på brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser for den samlede gruppe af

boformsbrugere, nemlig henholdsvis dem, der indgår i analysen af de tre grupper af boformsbrugere (og således var fyldt 18 år i 2016), dels den samlede grupper af boformsbrugere i 2021, og som var fyldt 18 år i 2021.

I forhold til analyserne af udgifterne forbundet med brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser er disse analyser overvejende baseret på opgørelser af omfanget af brugen af indsatserne kombineret med oplysninger om "enhedsomkostninger" for brug af de pågældende indsatser og ydelser. Det er således generelt kun for brugen af somatiske sundhedsydelser, sygesikringsydelser og medicinforbrug, at der findes eksakte oplysninger i de centrale registre om de præcise udgifter til den pågældende indsats for den enkelte person. Hvor sådanne eksakte udgiftsoplysninger har været tilgængelige, har vi benyttet disse oplysninger.⁴ Ligeledes indgår der oplysninger om de eksakte beløb modtaget som overførselsindkomst. For en række øvrige indsatser og ydelser indeholder registrene oplysninger om brugen af disse indsatser og ydelser, mens der ikke er registeroplysninger om de eksakte udgifter for den enkelte person. Det gælder fx for en række indsatser og ydelser på det sociale område. I disse tilfælde er udgiftsberegningerne baseret på oplysninger om brugen af disse indsatser og ydelser og de gennemsnitlige enhedsomkostninger, der på landsplan er forbundet med de pågældende indsatser og ydelser. Her benytter vi generelt SØM-modellens oplysninger om sådanne enhedsomkostninger. På den måde skal det understreges, at opgørelsen af udgifterne til indsatser og ydelser i de forskellige grupper er en modelberegning, hvor en del af udgifterne således er beregnet ud fra oplysninger om enhedsomkostninger. Udgifterne til indsatser og ydelser er generelt omregnet til 2022-prisniveau, der var det senest tilgængelige prisindeks ved gennemførelsen af beregningerne.

6.4 Undersøgelsens indikatorer

I dette afsnit gennemgår vi de væsentligste indikatorer, som vi benytter i undersøgelsen, samt de øvrige indikatorer og registeroplysninger, der er anvendt i analyserne.

⁴ Oplysninger om eksakte udgifter forbundet med den enkelte persons behandling findes generelt på det somatiske sundhedsområde i form af det såkaldte DRG-register. Imidlertid var DRG-registret for 2021 ikke tilgængeligt til forskningsmæssig brug på analysetidspunktet. Beregningen af somatiske sundhedsudgifter i 2021 er derfor beregnet ud fra gennemsnitsprisen for boformsbrugere i året for hver patienttype i 2018, der er det seneste år med tilgængelige og pålidelige omkostningsdata. Omkostningerne fra 2020 vurderes således ikke være retvisende, da dette år er præget af covid-19, mens data fra 2019 er præget af et databrud i forbindelse med overgangen fra LPR2- til LPR3-registret. Udgifterne er generelt justeret til 2022-prisniveau.

Hjemløshed

Data for brug af § 110-boformer er som nævnt baseret på Danmarks Statistiks Boformsregister, som Danmarks Statistik i 2016 overtog fra Ankestyrelsen. Boformerne har generelt pligt til at registrere, hver gang en bruger ind- eller udskrives, uanset om borgeren tidligere har benyttet tilbuddet. Således indeholder boformsregistret oplysninger om alle borgere, der på et tidspunkt i løbet af et år har været indskrevet på en § 110-boform, samt varigheden af alle perioder, hvor borgeren har været indskrevet. Boformsregistret indeholder således information om brugen af boformerne, men indeholder derimod ikke information om de øvrige hjemløshedssituationer, der indgår i kortlægningerne af hjemløshed, som fx dem, der overnatter på gaden ("gadesovere"), eller dem, der overnatter midlertidigt hos familie, venner og bekendte ("sofasovere"). Boformsregistret omfatter endvidere ikke anonyme natvarmestuer, væresteder eller andre sociale tilbud. Midlertidige botilbud efter servicelovens § 107, længevarende botilbud efter servicelovens § 108 samt krisecentre efter servicelovens § 109 er ikke omfattet af boformsregistret. I boformsregistret indgår dog også enkelte boformer, der både fungerer som en § 110-boform for personer i hjemløshed og som en § 109-boform (kvindekrisecenter) for kvinder ramt af vold i nære relationer. Vi har generelt udeladt disse boformer med en delt § 110/§ 109-funktion fra analyserne. Det drejer sig sammenlagt om ca. 300 personer, der er registreret på disse tilbud i 2021.

De nationale kortlægninger af hjemløshed ("hjemløsetællingerne") er modsat boformsregistret baseret på en punktmåling, der giver et øjebliksbillede af omfanget af hjemløsheden i tælleugen, som er uge 6 i februar. Kortlægningerne er gennemført hvert andet år siden 2007, med undtagelse af 2021, hvor kortlægningen blev udsat til 2022 pga. covid-19-situationen i 2021. I kortlægningerne af hjemløshed opgøres forskellige hjemløshedssituationer i form af både gadehjemløshed, brug af natvarmestuer, brug af § 110-boformer, borgere, der overnatter midlertidigt hos familie og venner, samt dem, der står umiddelbart foran en udskrivning fra hospital eller løsladelse fra fængsel, uden at der er en boligløsning. For en nærmere gennemgang af metoden bag kortlægningerne henvises til rapporten fra den seneste kortlægning (Benjaminsen, 2022). Som tidligere nævnt benytter vi data fra kortlægningen i 2022 til at identificere to yderligere analysegrupper – gadesovere og sofasovere – som også anvendes i analyserne af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser blandt borgere i hjemløshed. Det har derimod ikke været muligt at inddrage kortlægningens øvrige kategorier af hjemløshed i rapportens analyser, da antallet af personer i disse grupper er for lille til, at vi kan gennemføre analyserne af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser.

Psykiske lidelser

Vi måler psykiske lidelser på baggrund af data fra Landspatientregistret, der er indhentet gennem Danmarks Statistik, og som indeholder oplysninger om

alle kontakter til somatiske og psykiatriske sygehuse i Danmark. Tabel 6.1 viser de psykiatriske diagnoser med tilhørende ICD-10-diagnosekoder, som vi har medtaget i indikatoren på psykisk lidelse. Der er endvidere en række psykiske eller kognitive tilstande med lettere symptomer, som vi ikke medregner som psykiske lidelser, eksempelvis kleptomani og ord- og talblindhed. Vi inddrager heller ikke forskellige former for udviklingsforstyrrelser eller øvrige tilstande såsom mental retardering og demens.

Tabel 6.1 Diagnoser for psykiske lidelser med tilhørende ICD-10-koder

Diagnose	ICD-10-kode	Indhold
Skizofreni	F20.0-20.9	-
Skizotypisk sindslidelse	F21.0-21.9	-
Øvrige psykoser	F22.0-29.9	Paranoide psykoser, induceret psykose, skizoaffektive psykoser mv.
Mani og bipolar lidelse	F30.0-31.9	Manisk enkeltepisode, bipolar affektiv sindslidelse mv.
Depression	F32.1, F32.2, F32.8-32.9, F33.1, F33.2, F33.4-33.9, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Depressiv enkeltepisode af lettere, moderat eller svær grad, periodisk depression i episode af lettere, moderat eller svær grad mv.
Andre affektive lidelser	F34.0-39.9	Vedvarende affektive tilstande, andre affektive sindslidelser eller tilstande mv.
Angstlidelser	F40.0-41.9	Fobiske angsttilstande, andre angsttilstande, panikangst, generaliseret angst mv.
OCD	F42.0-42.9	-
Svære belastnings- og tilpasningsreaktioner	F43.0-43.9	PTSD, akut belastningsreaktion, tilpasningsreaktion mv.
Dissociative tilstande og forstyrrelser	F44.0-44.9	Dissociative bevægelsesforstyrrelser, kramper, sanseforstyrrelser mv.
Spiseforstyrrelser	F50.0-50.9	Nervøs spisevægring, nervøs spiseanfaldstilbøjelighed mv.
Personlighedsforstyrrelser	F60.0-60.30, F60.32-62.9, F63.0-63.9, F68.0-69.9	Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen, ikke-organiske personlighedsændringer, patologiske vane- og impuls-handlinger mv.
ADHD	F90.0-90.9, F98.8C	-
Adfærdsforstyrrelser	F91.0-94.9	Usocialiseret adfærdsforstyrrelse, socialiseret adfærdsforstyrrelse, depressiv adfærdsforstyrrelse mv.
Autisme	F84.0-84.9	Infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom mv.
Hjerneskade	F06.0-09.9	Personligheds- og adfærdsforstyrrelser eller andre psykiske lidelser som følge af hjerneskade, hjernedysfunktion eller sygdom
Barselsdepression	F53.0-53.9	Psykiske lidelser i barselsperioden

Når psykiske lidelser måles ud fra registeroplysningerne, indebærer det, at kun diagnosticerede lidelser indgår i opgørelserne. I den forbindelse vil der generelt være et "mørketal" af personer, der har forskellige former for psykiske lidelser, men som endnu ikke har gennemgået en udredning og diagnosticering.

Misbrugsproblemer

Oplysninger om stofmisbrug og alkoholmisbrug stammer fra Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og Landspatientregisteret. SIB- og NAB-registrene er indhentet fra Sundhedsdatastyrelsen gennem Danmarks Statistik, mens Landspatientregisteret er indhentet fra Danmarks Statistik.

Stofmisbrug opdeles efter tre stoftyper: opioider (heroin, metadon, buprenorphin, andre opioider), andre hårde stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy, hallucinogener) samt hash. Endvidere indgår personer med brug af substitutionsmedicin også i gruppen af personer med stofmisbrug (personer i substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin). Stofmisbrug operationaliseres ud fra, at personen ifølge Register over Stofmisbrugere i Behandling eller Det Nationale Alkoholbehandlingsregister har indtaget stoffet inden for den seneste måned, eller at personen har angivet et stof fra en af ovenstående kategorier som sit hovedstof i Register over Stofmisbrugere i Behandling. Misbrug af medicin/andet (benzodiazepiner, opløsningsmidler og andet) samt uoplyst misbrug defineres på samme måde som stofmisbrug. Disse to misbrugstyper indgår dog kun i opgørelser over misbrug samlet set, sammen med alkoholmisbrug og stofmisbrug. Personer, der optræder i Landspatientregisteret med en diagnose relateret til stofmisbrug, opgøres ligeledes med et stofmisbrug. Disse diagnoser er vist i Tabel 6.2.

Alkoholmisbrug opgøres som alle personer, der har været i alkoholbehandling ifølge Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Oplysninger om alkoholmisbrug fra denne kilde er tilgængelige fra 2006 og frem. Fra Register over Stofmisbrugere i Behandling opgøres personer, der har oplyst, at de dagligt indtager alkohol. Endelig medtages en række diagnoser fra Landspatientregisteret relateret til alkoholmisbrug, der ligeledes kan ses i Tabel 6.2. Særligt for oplysningerne fra NAB-registret gælder, at disse oplysninger ved datatrækket til undersøgelsen var tilgængelige frem til og med 2020, mens oplysninger for kalenderåret 2021 kun var tilgængelige frem til oktober på daværende tidspunkt. Det betyder, at for indikatorerne for misbrug over de seneste 5 år, der generelt dækker perioden fra 2017-2021, dækker oplysningerne fra NAB-registret således kun frem til de senest tilgængelige data i oktober 2021. De ufuldstændige oplysninger om brug af alkoholbehandling i 2021 betyder også, at vi i rapportens opgørelser af brug af alkoholbehandling blandt borgere i hjemløshed i stedet benytter oplysningerne fra NAB-registret i 2020.

Ligesom for psykiske lidelser vil der også i forhold til misbrug generelt være et mørketal af personer med misbrugsproblematikker, som ikke optræder i registrene, fordi de ikke har været i kontakt med behandlingssystemet eller sundhedssystemet i forhold til deres misbrug.

Tabel 6.2 Diagnoser for misbrugstyper med tilhørende ICD-10-koder

Misbrug	ICD-10-kode	Indhold
Stofmisbrug		
Opioidmisbrug	F11.1-11.4, F11.9, T40.1, T40.3	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af opioider. Forgiftning med heroin eller metadon.
Misbrug af andre hårde stoffer	F14.1-14.4, F14.9, F15.1-15.4, F15.9, F16.1-16.4, F16.9, F19.1-19.4, F19.9	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af kokain, andre centralstimulerende stoffer, hallucinogener eller multiple eller andre psykoaktive stoffer.
Hashmisbrug	F12.1-12.4, F12.9	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af cannabis.
Misbrug af medicin/andet	F13.1-13.4, F13.9, F18.1-18.4, F18.9	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af sedativa, hypnotika eller flygtige opløsningsmidler.
Alkoholmisbrug		
Alkoholmisbrug	F10.1-10.9	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af brug af alkohol, herunder fx skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand og psykotisk tilstand.

Fængselsophold

Oplysningen om fængselsophold stammer fra Kriminalregisteret, der er indhentet fra Danmarks Statistik. I rapportens kapitel 2 benyttes et tidligere fængselsophold som en af de risikoindekatorer for udsathed, der indgår i analysen af udsathedprofilen blandt borgere i hjemløshed. Her omfatter indikatoren for, om personen har haft et fængselsophold, ubetingede fængselsophold for overtrædelser af straffeloven, lov om euforiserende stoffer og våbenloven, men omfatter ikke betingede fængselsdomme eller domme som følge af overtrædelser af

færdselsloven. Indikatoren for, om personen har haft et fængselsophold, indfan-ger således generelt kriminalitet af en forholdsvis alvorlig karakter. Ligesom for de øvrige risikoindikatorer kan der dog også for denne indikator være et "mør-ketal" af personer med alvorlige kriminalitetsproblematikker, der ikke er blevet "opdaget" eller ikke har ført til en domfældelse.

Oplysningerne om fængselsophold indgår endvidere i opgørelserne af brugen af indsatser og ydelser samt omkostningerne forbundet hermed. I disse opgørelser indgår generelt alle typer af fængselsophold uanset lovovertrædelsens karakter.

Øvrige registeroplysninger

Ud over ovennævnte oplysninger anvendes også en række øvrige registerop-lysnings, der er indhentet gennem Danmarks Statistik. Det drejer sig om oplys-ninger om brug af sundhedsydelser, sociale indsatser, beskæftigelsesindsatser samt retssager i retssystemet. Oplysninger om brug af sundhedsydelser på sy-gehuse stammer fra Landspatientregistret, mens oplysninger om ydelser udført i det primære sundhedssystem stammer fra sygesikringsregistret. Data om bru-gen af sociale indsatser under serviceloven stammer fra HANDIC-registret (undtagen § 110-boformer og misbrugsbehandling, der som tidligere nævnt stammer fra henholdsvis boformsregistret, samt SIB og NAB). Oplysninger om beskæftigelsesindsatser stammer fra DREAM-registret, der indeholder oplysnin-ger om offentlige overførselsindkomster, herunder ydelser givet som "vejled-ning og opkvalificering". Oplysninger om retssager i retssystemet stammer fra Kriminalregisteret, der indeholder oplysninger om afsagte domme. I opgørelsen af retssager er medtaget alle domme (også bøder og frifindelser), samt afgørel-ser som følge af overtrædelser af færdselsloven.

Endelig indgår der i analysen også oplysninger om medicinudgifter, der stam-mer fra Lægemiddelstatistikregistret. Disse oplysninger er indhentet gennem Sundhedsdatastyrelsen og anvendt gennem Danmarks Statistiks forskerord-ning.

Litteratur

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Benjaminsen, L. (2013). *Rehousing Homeless Citizens with Assertive Community Treatment. Experiences from an ACT-programme in Copenhagen*. Working paper 2013:07. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. (2022). *Hjemløshed i Danmark, 2022: National kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. (2023). *Housing First i kommunen. En kvalitativ undersøgelse af muligheder og udfordringer i omstillingen til Housing First på hjemløshedsområdet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., & Andrade, S.B. (2015). Testing a typology of homelessness across welfare regimes: An analysis of shelter use in Denmark compared to the US. *Housing Studies*, 30(6), 858-876.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H., & Andrade, S.B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Samfundsøkonomiske aspekter*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Christensen, R.A., & Hundahl, M.S. (2020). *Udbredelsen af Housing First: Muligheder og barrierer i implementeringen af Housing First på hjemløshedsområdet i Danmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen L., Dyrby, T.M., Enemark, M.H., Thomsen, M.T., Dalum, H.S., & Vinther, U.L. (2017). *Housing First i Danmark: Evaluering af Implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., & Enemark, M.H. (2017). *Veje ind og ud af hjemløshed*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., & Grønfeltd, L. (2022). *Housing First for Unge*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe. Final Report*. Bremen: GISS – Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.

- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., & Pleace, N. (2010). *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research. European Consensus Conference on Homelessness*. Bruxelles: FEANTSA – European Federation of National Organizations Working with the Homeless.
- Coldwell, C.M., & Bender, W.S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 393-399.
- Davidson, L., Tondora, J., & Lawless, M.S. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. New York: Oxford University Press.
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., MacNaughton, E., Streiner, D., & Aubry, T. (2014). *National Final Report: Cross-Site at Home/Chez Soi Project*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada.
- Herman, D.B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L., & Susser, E. (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services*, *62*(7), 713-719.
- Herman, D.B., & Mandiberg, J.M. (2010). Critical time intervention: Model description and implications for the significance of timing in social work interventions. *Research on Social Work Practice*, *20*(5), 502-508.
- Hrast, M.F., Pleace, N., O'Sullivan, E., Allen, M., Benjaminsen, L., Busch-Geertsema, V., & Teller, N. (2023). *Leaving Prison and Homelessness*. Brussels: European Observatory on Homelessness. Comparative Studies.
- Jacobsen, R.H., Arendt, J.N., Verner, M., Kollin, M.S., Halling, C., & Kolstrup, K. (2018). *Socialøkonomisk investeringsmodel (SØM): Dokumentation*. VIVE Notat. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, P., Jensen, K.B., Olsen, E., & Sørensen, D. (2004). *Recovery på dansk*. København: Systime Academic.
- Kuhn, R., & Culhane, D. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *American Journal of Community Psychology*, *26*(2), 207-232.
- Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007) A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(3), 350-361.

- Padgett, D., Henwood, B., & Tsemberis, S. (2016). *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. New York: Oxford University Press.
- Pleace, N. (2011). The ambiguities, limits and risks of Housing First from a European perspective. *Journal of Homelessness*, 5(2), 113-127.
- Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Rambøll & VIVE (2018). *En helhedsorienteret og tidlig indsats mod hjemløshed blandt unge og unge i risiko for hjemløshed: Evalueringsrapport*. København: Rambøll og VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Socialstyrelsen (2021). *Styrket implementering af Housing First. Erfaringer fra danske kommuner*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023). *Indsatsbeskrivelse – Modificeret ACT-indsats*. Odense: Socialstyrelsen.
- Stephens, M., & Fitzpatrick, S. (2007). Welfare regimes, housing systems and homelessness. How are they linked? *European Journal of Homelessness*, 1, 201–212.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Wei-Yann, T., & Wyatt, R.J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A 'critical time' intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256-262.
- Tomita, A., & Herman, D.B. (2012). The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(9), 935-937.
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minneapolis: Hazelden Press.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.

Bilag 1 Bilagstabeller

Bilagstabel 1.1 Andel af boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold, særskilt for køn, alder og herkomst. Boformsbrugere 2021. Procent.

	Kortvarigt ophold, 2021	Episodisk ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	I alt, procent	I alt, antal
<i>Køn</i>					
Mænd	38	20	42	100	3.969
Kvinder	47	16	36	100	1.175
<i>Alder</i>					
18-24 år	46	10	44	100	281
25-29 år	45	16	39	100	727
30-49 år	38	22	40	100	2.481
50 år og derover	40	18	42	100	1.655
<i>Herkomst</i>					
Dansk	41	20	39	100	3.988
Indvandrer	36	15	48	100	937
Efterkommer	42	13	45	100	219

Anm.: Tabellen viser fordelingen mellem boformsbrugere med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold for henholdsvis mænd og kvinder, aldersgrupper samt danskere, indvandrere og efterkommere. Opgørelsen er foretaget for personer, der var indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021. Personens alder er opgjort i 2021. Analysepopulationen for opgørelsen er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016, da identifikationen af de tre grupper af boformsbrugere er baseret på personernes brug af boformer over en samlet analyseperiode fra 2016-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilagstabel 1.2 Andel 18-29-årige registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særsilt for grupper af boformsbrugere. Procent.

Somatiske diagnoser	Kortvarigt ophold, 2021	Episodiske ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
Infektionssygdomme	27,4	36,7	25,4	28,0	25,5
Neoplasmer	4,8	4,1	4,4	4,6	3,7
Blodsygdomme	2,9	-	-	2,1	1,9
Stofskiftesygdomme	11,2	7,5	7,7	9,2	8,6
Nervesygdomme	9,0	10,2	12,8	10,7	9,2
Kredsløbssygdomme	7,9	4,8	7,2	7,1	5,7
Lungesygdomme	37,9	40,1	38,8	38,6	36,2
Fordøjelsesygdomme	37,3	34,7	23,7	31,4	27,5
Hudsygdomme	24,3	25,9	18,5	22,2	18,0
Sygdomme i bevægeapparatet	33,3	36,7	27,2	31,3	26,7
Nyre- og urinvejssygdomme	22,4	20,4	19,8	21,0	18,2
Mindst én af ovenstående	86,6	89,8	76,8	83,1	78,0
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	456	147	405	1.008	1.646

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Bilagstabel 1.3 Andel 50-årige og derover registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for grupper af boformsbrugere. Procent.

Somatiske diagnoser	Kortvarigt ophold, 2021	Episodiske ophold, 2021	Langvarigt ophold, 2021	Alle tre grupper af boformsbrugere, 2021	Alle boformsbrugere, 2021
Infektionssygdomme	28,4	44,3	30,5	32,1	30,2
Neoplasmer	23,1	15,8	18,7	19,9	18,9
Blodsygdomme	8,1	10,0	6,0	7,6	7,2
Stofskiftesygdomme	30,2	27,5	22,3	26,3	25,1
Nervesygdomme	27,0	25,1	21,7	24,4	23,1
Kredsløbssygdomme	36,7	40,5	33,5	36,0	35,2
Lungesygdomme	33,0	45,0	32,8	35,0	33,7
Fordøjelsesygdomme	52,5	63,6	44,4	51,0	49,0
Hudsygdomme	26,2	36,4	26,1	28,0	26,0
Sygdomme i bevægeapparatet	56,6	56,4	55,1	55,9	54,1
Nyre- og urinvejssygdomme	35,3	29,2	28,2	31,2	29,6
Mindst én af ovenstående	92,3	94,2	90,0	91,7	89,9
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	663	291	701	1.655	1.918

Anm.: Analysepopulationen for de tre grupper med kortvarigt, episodisk og langvarigt ophold er afgrænset til boformsbrugere, der var fyldt 18 år i 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed*, 2022.

Bilagstabel 1.4 Andel 18-29-årige registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for boformsbrugere samt andre grupper i befolkningen. Procent.

Somatiske diagnoser	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Infektionssygdomme	25,5	22,6	20,1	20,1	14,6	15,2
Neoplasmer	3,7	5,0	5,3	4,2	4,3	4,4
Blodsygdomme	1,9	2,5	2,7	1,7	1,7	1,8
Stofskiftesygdomme	8,6	12,2	14,5	7,3	7,3	7,9
Nervesygdomme	9,2	11,7	11,9	7,7	5,8	6,4
Kredsløbssygdomme	5,7	5,7	4,7	4,1	2,8	3,0
Lungesygdomme	36,2	40,4	35,7	37,5	27,2	28,2
Fordøjelsesygdomme	27,5	31,4	28,1	26,3	18,7	19,8
Hudsygdomme	18,0	17,4	16,0	15,5	11,6	12,1
Sygdomme i bevægeapparatet	26,7	31,2	30,7	27,4	22,4	23,2
Nyre- og urinvejssygdomme	18,2	26,1	23,9	19,4	15,7	16,5
Mindst én af ovenstående	78,0	83,9	80,6	79,2	66,2	67,8
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	9.498	75.656	9.625	818.394	917.586

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Bilagstabel 1.5 Andel 50-årige og derover registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for boformsbrugere samt andre grupper i befolkningen. Procent.

Somatiske diagnoser	Alle boformsbrugere, 2021	Samtidig psykisk lidelse og misbrug	Psykisk lidelse uden misbrug	Misbrug uden psykisk lidelse	Øvrige befolkning	Hele befolkningen (18 år og derover)
Infektionssygdomme	30,2	28,6	21,0	25,6	11,9	12,5
Neoplasmer	18,9	31,7	34,9	31,2	32,4	32,4
Blodsygdomme	7,2	9,7	8,5	9,8	4,6	4,8
Stofskiftesygdomme	25,1	35,8	35,3	28,8	18,7	19,4
Nervesygdomme	23,1	33,7	33,6	28,2	19,9	20,5
Kredsløbssygdomme	35,2	46,7	47,6	46,2	37,8	38,2
Lungesygdomme	33,7	39,4	31,2	34,0	19,8	20,4
Fordøjelsesygdomme	49,0	60,2	53,6	55,2	39,9	40,6
Hudsygdomme	26,0	28,4	22,3	24,1	15,5	15,9
Sygdomme i bevægeapparatet	54,1	63,6	65,6	62,2	56,8	57,1
Nyre- og urinvejssygdomme	29,6	42,2	49,6	35,1	36,4	36,8
Mindst én af ovenstående	89,9	96,0	95,6	94,7	90,1	90,3
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.918	9.927	68.228	22.809	2.243.820	2.351.027

Anm.: Af sammenligningsgrupperne er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 2016-2022, eller som har været registreret i kortlægningerne af hjemløshed i 2017-2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Bilagstabel 1.6 Andel 18-29-årige registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særskilt for boformsbrugere, gadesovere og sofasovere. Procent.

Somatiske diagnoser	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Infektionssygdomme	25,5	31,4	19,9
Neoplasmer	3,7	0,0	2,5
Blodsygdomme	1,9	0,0	2,8
Stofskiftesygdomme	8,6	-	-
Nervesygdomme	9,2	-	-
Kredsløbssygdomme	5,7	8,6	3,1
Lungesygdomme	36,2	34,3	40,7
Fordøjelsesygdomme	27,5	28,6	30,1
Hudsygdomme	18,0	8,6	19,9
Sygdomme i bevægeapparatet	26,7	14,3	25,8
Nyre- og urinvejssygdomme	18,2	25,7	17,1
Mindst én af ovenstående	78,0	71,4	77,3
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.646	35	322

Anm.: I grupperne af gadesovere og sofasovere er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 eller 2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Bilagstabel 1.7 Andel 50-årige og derover registreret med specifikke somatiske diagnoser over det hidtidige livsforløb, særligt for boformsbrugere, gadesovere og sofasovere. Procent.

Somatiske diagnoser	Alle boformsbrugere, 2021	Gadesovere, uge 6, 2022	Sofasovere, uge 6, 2022
Infektionssygdomme	30,2	25,7	32,3
Neoplasmer	18,9	-	-
Blodsygdomme	7,2	-	-
Stofskiftesygdomme	25,1	8,6	20,4
Nervesygdomme	23,1	11,4	23,7
Kredsløbssygdomme	35,2	31,4	29,0
Lungesygdomme	33,7	22,9	32,3
Fordøjelsesygdomme	49,0	31,4	40,9
Hudsygdomme	26,0	22,9	23,7
Sygdomme i bevægeapparatet	54,1	42,9	65,6
Nyre- og urinvejssygdomme	29,6	22,9	37,6
Mindst én af ovenstående	89,9	85,7	92,5
Beregningsgrundlag, antal personer (N)	1.918	35	93

Anm.: I grupperne af gadesovere og sofasovere er udeladt personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i løbet af 2021 eller 2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen samt data fra *Kortlægning af hjemløshed, 2022*.

Bilagstabel 1.8 Brug af udvalgte servicelovsydelser, 2021, særskilt for grupper af boformsbrugere, 2020. Procent.

Andel med servicelovsydelser, 2021	Kortvarigt ophold, 2020		Episodisk ophold, 2020		Langvarigt ophold, 2020		Alle tre grupper af boformsbrugere, 2020		Alle boformsbrugere, 2020	
	Ikke boformsophold, 2021	Boformsophold, 2021	Ikke boformsophold, 2021	Boformsophold, 2021	Ikke boformsophold, 2021	Boformsophold, 2021	Ikke boformsophold, 2021	Boformsophold, 2021	Ikke boformsophold, 2021	Boformsophold, 2021
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	18,4	17,1	24,4	19,8	19,7	13,6	19,4	16,1	18,5	15,0
Midlertidigt botilbud (§ 107)	3,9	4,6	8,1	7,5	4,9	3,8	4,6	5,0	4,7	4,7
Længerevarende botilbud (§ 108)	0,7	1,1	3,3	1,0	3,5	1,1	1,8	1,1	1,7	1,0
§ 85, § 107 og § 108 i alt	22,4	20,4	33,3	26,5	26,8	17,7	24,8	20,8	23,8	19,5
Beregningsgrundlag										
Antal personer i alt (N)	1.428	457	246	774	717	1.359	2.391	2.590	2.856	3.140

Anm.: I tabellen er opgjort andelen med brug af udvalgte servicelovsydelser i 2021 for personer, der har været indskrevet på en § 110-boform i 2020. Opgørelsen er opdelt på grupper af boformsbrugere i 2020 og på, om boformsbrugerne i 2020 også har været indskrevet på en § 110-boform i 2021 eller ej.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

VIVÉ