HÁSKÓLI ÍSLANDS

MA ritgerð
í félagsráðgjöf til starfsréttinda

Staða heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir í Reykjavík

Þýðisrannsókn úr gagnagrunni neyðarskýlanna hjá Reykjavíkurborg árið 2022

Aníta Rún Óskarsdóttir

Leiðbeinandi: Erla Björg Sigurðardóttir, lektor

Júní 2025

HÍ | FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

MA gráða í félagsráðgjöf til starfsréttinda

Staða heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir í Reykjavík

Þýðisrannsókn úr gagnagrunni neyðarskýlanna hjá Reykjavíkurborg árið 2022

Aníta Rún Óskarsdóttir

Leiðbeinandi: Erla Björg Sigurðardóttir, lektor
Nóvember 2024

HÍ | FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

Staða heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir í Reykjavík

Þýðisrannsókn úr gagnagrunni neyðarskýlanna hjá Reykjavíkurborg árið 2022

Aníta Rún Óskarsdóttir

211296-3649

Lokaverkefni til MA-gráðu í félagsráðgjöf til starfsréttinda

Leiðbeinandi: Erla Björg Sigurðardóttir, lektor

Stærð ritgerðar í ECTS einingum: 30 einingar

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Nóvember 2024

Staða heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir í Reykjavík:

Þýðisrannsókn úr gagnagrunni neyðarskýlanna hjá Reykjavíkurborg árið 2022

Ritgerð þessi er lokaverkefni til MA gráðu í félagsráðgjöf til starfsréttinda
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Aníta Rún Óskarsdóttir, 2024

Reykjavík, Ísland, 2024

Útdráttur

Samkvæmt erlendum rannsóknum eru heimilislaus ungmenni einstaklingar sem eru yfirleitt að kljást við alvarleg vandamál, líkt og vímuefnaröskun, geðraskanir og í mörgum tilfellum tvíþættan vanda. Íslenskar úttektir á stöðu heimilislausra í Reykjavík árin 2009, 2012, 2017 og 2021 sýna einnig að vímuefnaröskun og geðraskanir er algengt meðal heimilislausra. Markmið þessarar rannsóknar er að skoða stöðu heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára í Reykjavík ásamt því að skoða hvaða úrræði og þjónustu sá hópur hefur nýtt sér. Rannsóknin er megindleg þýðisrannsókn þar sem notast hefur verið við innihaldsgreiningu til þess að breyta eigindlegum gögnum úr málaskrám velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í megindlegar upplýsingar. Aflað var gagna um þau ungmenni á aldrinum 18 til 24 ára sem gistu í neyðarskýlum árið 2022. Unnið var með gögn um húsnæðisumsóknir, vanda einstaklinganna, atvinnustöðu og hvaða úrræði og þjónustu þau hefðu nýtt sér. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 40 talsins, 26 karlar, 13 konur og 1 kynsegin. Flest eða 90% voru með íslenskt ríkisfang. Um helmingur þátttakenda var með Reykjavík skráð sem sitt sveitarfélag og á innihaldsgreining gagna við 21 af 23 einstaklingum sem voru skráðir með lögheimili í Reykjavík. Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru að um langtíma heimilisleysi er að ræða í einhverjum tilfellum. Af 21 einstaklingum voru 17 með umsókn um félagslegt leiguhúsnæði hjá Reykjavíkurborg og um helmingur þeirra var með húsnæðislaus sem skráða búsetuaðstæður, 12% á áfangaheimili, 23% á stofnun, 6% í leiguhúsnæði, 6% hjá ættingjum og 6% annað. Flestir eða 19 áttu við vímuefnaröskun að etja, 13 með geðröskun og 12 með tvíþættan vanda. Allir þátttakendurnir höfðu þegið fjárhagsaðstoð, allir nema einn fengið félagslega ráðgjöf, 17 verið í þjónustu hjá barnavernd, 17 í meðferð vegna vímuefnaröskunnar og 13 í þjónustu vegna geðröskunnar.

Lykilhugtök: Heimilisleysi ungmenna, Vímuefnaröskun, Geðröskun, Tvíþættur vandi, Húsnæði fyrst.

Abstract

According to international studies, homeless youth are typically individuals facing serious challenges such as substance use disorders, mental health issues, and, in many cases, co-occurring disorders. Icelandic reviews of homelessness in Reykjavík from the years 2009, 2012, 2017, and 2021 similarly indicate that substance use disorders and mental health conditions are common among the homeless population. The aim of this study was to examine the situation of homeless youth aged 18 to 24 in Reykjavík with extensive and complex service needs, as well as to assess what resources and services this group has utilized.This research was a quantitative population study that employed content analysis to convert qualitative data from case files maintained by the Reykjavík Welfare Division into quantitative information. Data were collected on young individuals aged 18 to 24 who stayed in emergency shelters in 2022. The data included housing applications, individual challenges, employment status, and the resources and services they accessed. The study included 40 participants: 26 men, 13 women, and 1 non-binary individual. Most participants (90%) were Icelandic citizens. About half were officially registered as residents of Reykjavík, and content analysis was performed on data for 21 out of 23 individuals with legal residence in Reykjavík. The main findings indicate that long-term homelessness was an issue in some cases. Of the 21 individuals, 17 had applied for social rental housing with Reykjavík Municipality. About half had their housing status listed as "homeless," while 12% were in transitional housing, 23% in institutions, 6% in rental housing, 6% with relatives, and 6% in other living situations. Most participants or 19 experienced substance use disorders, 13 had mental health disorders, and 12 had co-occurring disorders. All participants had received financial assistance, all but one had accessed social counseling, 17 had been under child protection services, 17 had undergone treatment for substance use disorders, and 13 had received mental health services.

Keywords: Youth homelessness, Substance use disorder, Mental health disorder, Co-occurring disorders, Housing First

Formáli

Þessi ritgerð er 30 eininga (ECTS) lokaritgerð til MA prófs í félagsráðgjöf til starfsréttinda við Háskóla Íslands. Leiðbeinandi ritgerðarinnar var Erla Björg Sigurðardóttir, lektor og vil ég færa henni mínar bestu þakkir fyrir stuðninginn og góða leiðsögn í gegnum allt ferlið. Ég vil þakka Soffíu Hjördísi Ólafsdóttur sem veitti mér ómetanlegan stuðning fyrir hönd velferðarsvið Reykjavíkurborgar þegar kom að gagnasöfnun rannsóknarinnar og öllum þeim úrræðum sem gáfu sér tíma til að veita mér nánari gögn um þeirra starf. Þá vil ég einnig þakka systur minni Andreu Ýr Arnarsdóttur og vinkonu minni Benediktu Haraldsdóttur fyrir yfirlestur. Að lokum vil ég þakka öllum mínum nánustu fyrir dýrmætan stuðning og hvatningu í gegnum allt námið.

Efnisyfirlit

Útdráttur **6**
Abstract **7**
Formáli **8**
Efnisyfirlit **9**
Töfluskrá **11**
Myndaskrá **12**
1 Inngangur **13**
1.1 Val á rannsóknarefni 14
1.2 Markmið og rannsóknarspurningar 14
1.3 Mikilvægi rannsóknar 14
1.4 Uppbygging verkefnis 15
2 Skilgreiningar og önnur hugtök **16**
2.1 Heimilisleysi 16
2.2 Vímuefni 17
2.3 Vímuefnaröskun 17
2.3.1 DSM-5 ..... *17*
2.3.2 ICD-11 og ICD-10 ..... *18*
2.4 Geðraskanir 20
2.5 Tvíþættur vandi 20
3 Kenningar og hugmyndafræði **22**
3.1 Sjúkdómskenningar 22
3.1.1 Kenning Jellineks *22*
3.1.2 Heilasjúkdómur *23*
3.2 Félagsnámskenning 24
3.3 Skaðaminnkun 25
3.3.1 Húsnæði fyrst *27*
3.4 Valdeflandi nálgun 29
3.5 Lausnar- og styrkleikakenningar 30
3.6 Kenningar um áföll 32
4 Fræðileg umræða **34**
4.1 Heimilisleysi með áherslu á ungmenni 34

4.2 Heimilisleysi í Reykjavík 38

5 Stefna í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir 44

6 Úrræði og þjónusta 47

6.1 Barnavernd 47
6.2 VoR-teymi 48
6.3 Fjárhagsaðstoð 49
6.4 Félagslegt leiguhúsnæði 51
6.5 Búsetuúrræði 52
6.6 Neyðarskýli 53
6.7 Félagsleg ráðgjöf 56
6.8 Starfsendurhæfing 57
6.9 Geðheilbrigðisþjónusta 59
6.10 Vímuefnameðferð 61
6.11 Áfangaheimili 64

7 Aðferð 68

7.1 Markmið og rannsóknarspurningar 68
7.2 Rannsóknaraðferð 68
7.3 Þátttakendur 69
7.4 Gagnasöfnun og úrvinnsla gagna 70
7.5 Siðferðisleg álitamál og takmarkanir rannsóknar 70

8 Niðurstöður 72

8.1 Þátttakendur og neyðarskýlin 72
8.2 Húsnæðisumsóknir 76
8.3 Vandi þátttakenda 78
8.4 Úrræði og þjónusta 81

9 Umræða 85

9.1 Þátttakendur og neyðarskýlin 85
9.2 Húsnæðisumsóknir 87
9.3 Vandi þátttakenda 88
9.4 Úrræði og þjónusta 90

10 Lokaorð 94

Heimildaskrá 97

Töfluskrá

Tafla 1 Fjöldi, kyn, aldur og ríkisfang 2009, 2012 og 2017 39
Tafla 2 Búseta 2009, 2012 og 2017 40
Tafla 3 Tímalengd heimilisleysis 2009, 2012 og 2017 40
Tafla 4 Tímalengd heimilisleysis 18-30 ára 2017 41
Tafla 5 Geðraskanir og misnotkun vímuefna árið 2017 41
Tafla 6 Aðstæður og vandi sem hefði getað ýtt undir heimilisleysi árið 2017 42
Tafla 7 Fjöldi, Kyn, aldur og ríkisfang 2021 43
Tafla 8 Búseta 2021 43
Tafla 9 Fjöldi, kyn og aldur í VoR-teyminu 2021 49
Tafla 10 Búseta í þjónustu VoR-teymis 2021 49
Tafla 11 Notendur fjárhagsaðstoðar til framfærslu í Reykjavík eftir aldri 50
Tafla 12 Meðaltal umsækjenda á biðlistum fyrir félagslegu leiguhúsnæði í Reykjavík árin 2020, 2021 og 2022 52
Tafla 13 Fjöldi gesta og gistinátta í neyðarskýli á Lindargötu eftir aldri árin 2020, 2021 og 2022 54
Tafla 14 Fjöldi gesta og gistinátta í neyðarskýli við Grandagarð eftir aldri árin 2020, 2021 og 2022 55
Tafla 15 Fjöldi gesta og gistinátta í Konukoti eftir aldri árin 2020, 2021 og 2022 56
Tafla 16 Fjöldi í Grettistaki 2020-2023 59
Tafla 17 Fjöldi innlagna á geðdeildir Landspítalans eftir kyni árin 2020, 2021 og 2022 61
Tafla 18 Fjöldi einstaklinga 25 ára og yngri á sjúkrahúsinu Vogi 62
Tafla 19 Fjöldi einstaklinga 19 til 25 ára á Vík eftir kyni 63
Tafla 20 Fjöldi einstaklinga á Krýsuvík eftir kyni 63
Tafla 21 Fjöldi íbúa á áfangaheimilinu Brú eftir kyni 64
Tafla 22 Fjöldi og meðalaldur íbúa á áfanga- og stuðningsheimilinu M18 65
Tafla 23 Fjöldi og meðalaldur íbúa á áfanga- og stuðningsheimilinu D27 65
Tafla 24 Fjöldi og aldur íbúa á áfangaheimilinu Nýtt takmark 66
Tafla 25 Fjöldi íbúa, útskrifta og legudaga á áfangaheimilinu Vin 67
Tafla 26 Aldur þátttakenda 72
Tafla 27 Kyn þátttakenda 73

Myndaskrá

Mynd 1 Sveitarfélög þátttakenda 73
Mynd 2 Ríkisfang þátttakenda 74
Mynd 3 Neyðarskýlin sem þátttakendur nýttu sér árið 2022 74
Mynd 4 Fjöldi nótta þátttakenda í neyðarskýlum 2022 75
Mynd 5 Árin sem þátttakendur nýttu sér neyðarskýlin 75
Mynd 6 Tegund húsnæðisumsókna hjá þátttakendunum 76
Mynd 7 Staða umsókna þátttakenda 77
Mynd 8 Búsetuaðstæður þátttakenda 77
Mynd 9 Skráð atvinnustaða í umsóknum þátttakenda 78
Mynd 10 Hlutfall þátttakenda með afbrotaferil 79
Mynd 11 Hlutfall þátttakenda með vímuefnaröskun 79
Mynd 12 Hlutfall þátttakenda með geðröskun 80
Mynd 13 Fjöldi þátttakenda með vímuefnaröskun, geðröskun og tvíþættan vanda 80
Mynd 14 Fjöldi þátttakenda sem hafa fengið fjárhagsaðstoð og félagslega ráðgjöf 81
Mynd 15 Fjöldi þátttakanda sem hafði farið í starfsendurhæfingu 82
Mynd 16 Fjöldi þátttakenda sem hafa fengið geðheilbrigðisþjónustu og farið í vímuefnameðferð 82
Mynd 17 Fjöldi þátttakanda sem hafði búið á áfangaheimili 83
Mynd 18 Fjöldi þátttakanda sem hafði fengið þjónustu hjá VoR-teyminu 83
Mynd 19 Hlutfall þátttakenda sem fengu þjónustu hjá barnavernd fyrir 18 ára aldur 84

1 Inngangur

Heimilisleysi meðal ungs fólks er orðið alvarlegt félagslegt vandamál í mörgum löndum. Einstaklingar sem eru heimilislausir eru yfirleitt að kljást við ýmis vandamál, en dæmi um slík vandamál eru fjölskylduerjur, geðræn og líkamleg vandkvæði, andleg vanlíðan, fíkn og tvíþættur vandi (Altena o.fl., 2010; Bharel o.fl., 2013; Fazel o.fl., 2008; Heerde og Patton, 2020; Hwang, 2001; Narendorf o.fl., 2018; Nielsen o.fl., 2011; Nordentoft og Wandall-Holm, 2003; Reykjavíkurborg, 2019; Sample og Ferguson, 2019; Torchalla o.fl., 2011). Árið 2017 var áfengisröskun og misnotkun annarra vímuefna algengasta vandamálið hjá þeim sem voru heimilislausir og þar á eftir voru geðraskanir. Hvað varðar tvíþættan vanda, þá var 80% af þeim sem voru með geðraskanir líka með áfengis- og/eða vímuefnaröskun (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017). Afbrot er algengt meðal heimilislausra og algengustu afbrotin eru fíkniefnabrot (Gonzalez o.fl., 2018; Mitchell o.fl., 2023). Einstaklingar sem fara í fangelsi geta einnig verið í meiri hættu á að verða heimilislausir en aðrir, en árið 2017 voru 4% heimilislausra að ljúka afplánun og var það talið ýta undir heimilisleysi þeirra (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Heiða Kristín Helgadóttir o.fl., e.d.).

Nýjustu tölur um fjölda heimilislausra í Reykjavík eru frá árinu 2021. Þá voru 301 einstaklingar heimilislausir og 22% þeirra voru 18 til 30 ára (Reykjavíkurborg, 2021). Í stefnu Reykjavíkurborgar í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir kemur fram að það þurfi að bregðast við húsnæðisvanda heimilislausra og að það sé lögð áhersla á skaðaminnkandi nálgun og húsnæði fyrst hugmyndafræðina. Hópur heimilislausra sem eru í virkri áfengis- og/eða vímuefnaneyslu eiga erfitt með að fá úthlutað búsetuúrræði. Árið 2021 voru 40% heimilislausra í húsnæði fyrir heimilislausa og 14% í húsnæði með langtímastuðningi. Þá lækkaði hópur heimilislausra í neyðarskýlum úr 33% árið 2017 í 31% árið 2021 (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Reykjavíkurborg, 2019; Reykjavíkurborg, 2021).

Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu (2023) tóku fram í skýrslu sinni að það þurfi að vera fjölbreytt úrræði og þjónusta í boði fyrir heimilislausa þar sem það er viðkvæmur og fjölbreyttur jaðarsettur hópur. Í skýrslunni kom einnig fram að í aðildarsveitarfélögum samtakanna, Garðabæ, Hafnarfirði, Kópavogi, Mosfellsbæ og Seltjarnarnesi er ekki til staðar nægt framboð af úrræðum fyrir þennan viðkvæma hóp. Vegna þess eiga ráðgjafar og starfsfólk félagsþjónustunnar í þessum sveitarfélögum erfitt

með að sinna hópnum í samræmi við þjónustuþarfir hans. Reykjavíkurborg hefur þurft að bera þungann af þjónustu við heimilislausa á höfuðborgarsvæðinu ásamt því að reka flestu úrræðin og þjónustu fyrir þann hóp. Árið 2009 var til dæmis 18% af 87 heimilislausum einstaklingum sem voru með lögheimili utan Reykjavíkur en voru að nýta sér úrræði hennar. Í flestum tilfellum var þá um að ræða gistingu í neyðarskýlunum (Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu, 2023).

1.1 Val á rannsóknarefni

Félagsráðgjafi kom fyrir hönd velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í tíma hjá meistaranemum í félagsráðgjöf vorið 2023 til þess að kynna ýmsar hugmyndir að rannsóknum. Áhugasvið rannsakanda hefur verið tengt jaðarsettum hópum og því vakti hugmyndin um að rannsaka stöðu heimilislausra ungmenna áhuga hans. Eftir að hafa skoðað ýmsar íslenskar og erlendar rannsóknir kom í ljós að þessi hópur hefur ekki verið skoðaður sérstaklega hérlendis. Því vildi rannsakandi vekja athygli á þessum hóp í von um að betri þekking verði til og að fleiri rannsóknir verði gerðar á heimilislausum ungmennum.

1.2 Markmið og rannsóknarspurningar

Markmið með þessari megindlegu rannsókn er að skoða stöðu heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára í Reykjavík ásamt því að skoða hvaða úrræði og þjónustu sá hópur hefur nýtt sér. Þátttakendur rannsóknarinnar eru öll þau ungmenni sem eru fædd árin 1998 til 2004 og gistu í neyðarathvarfi hjá Reykjavíkurborg árið 2022. Notast var við innihaldsgreiningu til þess að breyta eigindlegum gögnum í málaskrám þeirra í megindlegar upplýsingar. Leitast var eftir að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- Hver er staða heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára sem gistu í neyðarathvarfi í Reykjavík árið 2022?
- Hvaða úrræði og þjónustu hefur þessi hópur nýtt sér?

1.3 Mikilvægi rannsóknar

Heimilisleysi meðal ungs fólk er orðið alvarlegt félagslegt vandamál í mörgum löndum, en sá hópur hefur ekki verið sérstaklega skoðaður hérlendis. Þessi rannsókn kemur því með nýja þekkingu og getur ýtt undir að fleiri rannsaki hóp heimilislausra ungmenna. Ýmis fjölbreytt vandamál geta verið að hrjá heimilislaust fólk, eins og vímuefna- og geðraskanir

ásamt tvíþættum vanda. Með þessari rannsókn er hægt að sjá hversu stór hluti heimilislausra ungmenna sem nýttu sér neyðarskýli Reykjavíkurborgar árið 2022 hefur slík vandamál (Altena o.fl., 2010; Bharel o.fl., 2013; Fazel o.fl., 2008; Heerde og Patton, 2020; Hwang, 2001; Narendorf o.fl., 2018; Nielsen o.fl., 2011; Nordentoft og Wandall-Holm, 2003; Reykjavíkurborg, 2019; Sample og Ferguson, 2019; Torchalla o.fl., 2011).

Heimilislausir einstaklingar eru fjölbreyttur og viðkvæmur hópur sem þarf fjölbreytt úrræði og þjónustu. Það reynist þeim þó erfiðara en öðrum að sækja sér heilbrigðis- og félagsþjónustu. Þessi rannsókn sýnir hversu stór hluti heimilislausra ungmenna fengu ákveðna þjónustu eins og fjárhagsaðstoð og/eða fóru í ákveðið úrræði eins og vímuefnameðferð (Ríkisendurskoðun, 2022; Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu, 2023; Thompson o.fl., 2006). Í rannsókninni var skoðað hvert sveitarfélag þátttakenda var og mun hún sýna hversu stór hópur heimilislausra ungmenna sem nýtti sér neyðarskýli í Reykjavík árið 2022 var ekki skráður í Reykjavík.

1.4 Uppbygging verkefnis

Rannsóknin skiptist í tíu kafla að meðtöldum inngangi. Í inngangi er efni rannsóknarinnar kynnt og sagt frá vali á rannsóknarefni, markmiði og mikilvægi rannsóknar. Annar kafli fjallar um skilgreiningar þar sem breytur sem notaðar verða í rannsókninni eru skilgreindar. Þriðji kafli fjallar um kenningar og hugmyndafræði sem rannsóknin byggir á. Fræðileg umræða er í fjórða kafla þar sem farið er yfir niðurstöður erlendra rannsókna á viðfangsefninu og heimilisleysi í Reykjavík. Fimmti kafli er um stefnu í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir og í sjötta kafla er fjallað um úrræði og þjónustu sem heimilislaus ungmenni nýta sér. Farið er yfir framkvæmd rannsóknarinnar í sjöunda kafla þar sem sagt er frá markmiði og rannsóknarspurningum, rannsóknaraðferð, þátttakendum, gagnasöfnun og úrvinnslu gagna ásamt siðferðislegu álitamáli og takmörkum rannsóknar. Niðurstöður rannsóknarinnar eru lagðar fram í áttunda kafla og síðan er fjallað um niðurstöður rannsóknarinnar í fræðilegu samhengi í níunda kafla. Lokaorð eru í tíunda kafla og loks heimildaskrá. Aflað var upplýsinga um stöðu þekkingar á heimilisleysi með áherslu á ungmenni á aldrinum 18 til 24 ára í fræðibókum, íslenskum rannsóknum, ritrýndum greinum og skýrslum ásamt erlendum rannsóknum og ritrýndum greinum. Notast var við gagnagrunnana Leitir, Campbell og Cochrane í heimildarleit.

2 Skilgreiningar og önnur hugtök

Hér verður fjallað um helstu skilgreiningar sem varða efni ritgerðarinnar. Í kaflanum verður fjallað um heimilisleysi, vímuefni, vímuefnaröskun, geðraskanir og tvíþættan vanda.

2.1 Heimilisleysi

Félagsmálaráðuneytið gaf út skilgreiningu um húsnæðisleysi árið 2005. Sú skilgreining er tiltölulega þröng og á aðeins að ná til þeirra sem eiga ekki þak yfir höfuðið, eiga ekki í nein hús að venda, býr á götum Reykjavíkurborgar og gistir eina nótt í einu á hverjum stað. Þá var ákveðið að nota hugtakið húsnæðisleysi í stað heimilisleysi svo skilgreiningin nái ekki yfir fólk sem hefur húsaskjól en býr við erfiðar aðstæður (Félagsmálaráðuneytið, 2005). Sú skilgreining hljómar svona:

> Húsnæðislaus er sá sem ekki hefur aðgang að hefðbundnu húsnæði, hann hefur ekki húsaskjól að staðaldri á sama stað og gistir þar sem kostur er hverja nótt, þar með talið í gistiskýli, á gistiheimili eða inni á öðru fólki. Þeir sem koma úr tímabundnu húsaskjóli, svo sem úr fangelsi eða úr vímuefnameðferð, eiga sögu um margháttaða húsnæðis- og félagslega erfiðleika og eiga ekki tryggt húsaskjól einum til tveimur mánuðum áður en þeir fara úr hinu tímabundna húsnæði, eru taldir hér með. (Félagsmálaráðuneytið, 2005)

Framkvæmdastjórn Evrópusambandsins gaf einnig út skilgreiningu á heimilisleysi árið 2005 sem heitir European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS). Skilgreiningin þeirra er ólík skilgreiningu félagsmálaráðuneytisins á þann veg að hún er breið og skilgreinir margvíslegar aðstæður sem flokkast undir heimilisleysi. Það eru 13 þættir sem falla undir ETHOS og það skiptist í flokkana að vera á götunni (e. rooflessness), vera húsnæðislaus, búa í ófullnægjandi húsnæði og að búa í óöruggu húsnæði (Edgar, 2009; Reykjavíkurborg, 2021). Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir 2019-2025 styðst við ETHOS skilgreininguna (Reykjavík, e.d.-c) og nær til eftirfarandi hópa:

1. Þeir sem búa í opinberum rýmum/aðstæðum eða á götunni
2. Þeir sem nýta neyðarskýli þar sem þeir eru húsnæðislausir
3. Þeir sem eru að ljúka stofnanavist innan þriggja mánaða (Reykjavíkurborg, 2019).

2.2 Vímuefni

Vímuefni er samheiti yfir öll þau efni sem hafa áhrif á miðtaugakerfi heilans. Áhrifin sem vímuefnin hafa geta verið slævandi, skynvillandi eða örvandi og vísar sú flokkun í þau áhrif sem efnin hafa á miðtaugakerfið og það vímuástand sem einstaklingur upplifir við inntöku efnis. Vímuefni eru flokkuð eftir verkun þeirra á miðtaugakerfið. Fyrsti flokkurinn er slævandi vímuefni, en þar eiga lyfseðilsskyld lyf og áfengi við. Annar flokkurinn er örvandi og í þeim flokki er til dæmis kókaín og amfetamín. Í síðasta flokknum, skynvillandi vímuefni, eru meðal annars kannabisefni, e-pillur og LSD (Kinney, 2020; Þorkell Jóhannesson, 2001; Doweiko, 2023). Hafa þarf í huga að einstaklingur sem neytir vímuefna er ekki endilega með vímuefnaröskun. Einstaklingur getur misnotað vímuefni án þess að vera orðinn líkamlega háður þeim, en hann getur þó einnig þróað með sér vímuefnaröskun (Doweiko, 2023).

2.3 Vímuefnaröskun

Til þess að greina vímuefnaröskun er notast við tvö greiningarlíkön, DSM-5 (e. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) og ICD-11 (e. International Classifications of Diseases) (APA, 2013; WHO og UNODC, 2020). Árið 2013 gaf American Psychiatric Association (APA) út DSM-5 og árið 2019 samþykkti World Health Assembly ICD-11. Þegar vinnan á þessum tveimur greiningarlíkönum átti sér stað, þá reyndu APA og World Health Organization (WHO) að samræma þau eins mikið og hægt var. Þau hafa bæði áhrif á geðlækningar og rannsóknir um allan heim og því telja APA og WHO mikilvægt að munurinn á kerfunum sé í lágmarki. Margt er áberandi líkt með skilgreiningu á vímuefnaröskun hjá DSM-5 og ICD-11 og sem dæmi er hægt að nefna að í báðum þarf einstaklingur að svara játandi við tveimur greiningarviðmiðum. Það sem er ólíkt með þeim er að það fyrrnefnda hefur talsvert fleiri greiningarviðmið heldur en ICD-11 (First o.fl., 2021).

2.3.1 DSM-5

Greiningarviðmiðin í DSM-5 eru 11 og eins og kom fram hér að ofan þurfa að vera tvö eða fleiri einkenni til staðar til þess að einstaklingur sé greindur með vímuefnaröskun. Til þess að fá greininguna þarf einstaklingurinn þó einnig að hafa fundið fyrir einkennunum í allavega 12 mánuði. Mismunandi stig eru á því hversu alvarleg vímuefnaröskunin er þar sem fleiri einkenni þýða alvarlegri röskun. Þeim er skipt niður í þrjá flokka þar sem tvö til

þrjú einkenni þýða væg vímuefnaröskun, fjögur til fimm einkenni þýða mild vímuefnaröskun og til þess að falla undir alvarlega vímuefnaröskun þarf einstaklingur að sýna sex eða fleiri einkenni (APA, 2013). Greiningarviðmið DSM-5 fyrir vímuefnaröskun eru eftirfarandi:

1. Vímuefni er notað yfir lengri tíma og í stærri skömmtun heldur en ætlað var upphaflega
2. Löngun er til staðar til að hætta neyslu vímuefna og/eða tilraunir til að stjórna neyslunni misheppnast
3. Mikill tími fer í að útvega vímuefnið, neyta þess og jafna sig á áhrifum þess
4. Þráhyggja eða sterk löngun til að neyta efnisins er til staðar
5. Þrátt fyrir vandamál í daglegu lífi vegna vímuefnaneyslunnar er henni haldið áfram og skyldum gagnvart vinnu, heimili eða skóla er ekki sinnt
6. Neyslu vímuefna er haldið áfram þrátt fyrir félagsleg vandamál sem koma til dæmis fram í samskiptum við vini og fjölskyldu
7. Iðkun tómstundaiðju og áhugamála hefur minnkað eða alveg hætt vegna neyslu vímuefna
8. Neysla vímuefna í aðstæðum sem eru líkamlega hættulegar er síendurtekin
9. Neyslu vímuefna er haldið áfram þrátt fyrir viðvarandi og endurtekin andleg og líkamleg vandamál
10. Þolmyndun þar sem það gæti verið annað hvort:
    a. Þörf fyrir auknu magni af vímuefni til að ná tilætluðum áhrifum
    b. Með áframhaldandi neyslu á sama magni af vímuefni verður sömu áhrifum ekki náð
11. Fráhvörf sem gætu lýst sér á eftirfarandi hátt:
    a. Tvö eða fleiri fráhvarfseinkenni líkt og krampi, svefnleysi, óróleiki, sviti, skjálfti eða aukinn hjartsláttur, koma fram
    b. Vímuefni eða skylt efni er tekið inn til þess að koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni (APA, 2013).

2.3.2 ICD-11 og ICD-10

Í ICD-11 er vímuefnaröskun skilgreind sem endurtekin eða samfelld misnotkun vímuefna. Einstaklingur þarf að hafa skerta stjórn á notkun sinni á vímuefnum og einkenni hans

þurfa að koma fram í tveimur eða fleiri af eftirfarandi einkennum til þess að vera greindur með vímuefnaröskun (WHO og UNODC, 2020):

1. Skert stjórn á notkun vímuefna (þar á meðal við upphaf notkunar, tíðni, styrkleika, lengd, hætta notkun og samhengi)

2. Notkun vímuefna sett í aukin forgang fram yfir aðra þætti lífsins, þar með talið viðhald heilsu og daglegra athafna og ábyrgðar, þannig að vímuefnanotkun heldur áfram eða stigmagnast þrátt fyrir skaða eða neikvæðar afleiðingar

3. Lífeðlisfræðilegir eiginleikar sem benda til taugaaðlögunar að efninu, þar á meðal:

    a. Þol fyrir áhrifum efnisins eða þörf á að nota vaxandi magn af efninu til að ná sömu áhrifum

    b. Fráhvarfseinkenni eftir að notkun þess efnis er hætt eða minnkað

    c. Endurtekna notkun á efninu eða lyfjafræðilega svipuðum efnum til að koma í veg fyrir eða draga úr fráhvarfseinkennum (WHO og UNODC, 2020)

Ísland notar enn ICD-10 greiningarlíkanið við skráningu sjúkdómsgreininga (Embætti landlæknis, e.d.). Þar eru sex einkenni sem að skilgreina vímuefnaröskun og til þess að einstaklingur sé greindur þarf hann að uppfylla þrjú þeirra síðastliðna 12 mánuði (WHO, e.d.-b). Einkennin eru:

1. Löngunin er sterk eða áráttutengda hegðun er sýnd til þess að nálgast vímuefni

2. Viðkomandi neytir vímuefnisins lengur og oftar en áður þar sem hann hefur ekki stjórn á neyslu sinni

3. Viðkomandi fer í fráhvörf þegar neyslan er minnkuð eða þegar önnur efni eru notuð til að deyfa fráhvörfin

4. Aukin einkenni þolmyndunar og því þörf fyrir meira magn af vímuefninu

5. Neyslunni er haldið áfram þrátt fyrir skaðann sem þau valda

6. Tómstundir og athafnir sem veittu viðkomandi gleði víkja sökum þess tíma sem fer í að útvega efni og neyta þeirra (WHO, e.d.-b)

2.4 Geðraskanir

Þegar að talað er um að einstaklingur sé með geðrænan vanda, eða geðröskun (e. mental illness), þá er átt við að hann sé með röskun á heilastarfsemi sem getur haft truflandi áhrif á hegðun hans, hugsun, skynjun og tilfinningar. Ekki er hægt að setja allar geðraskanir undir einn hatt þar sem þær eru mismunandi og geta haft allskyns birtingarmyndir. Það eru þó hægt að sjá algeng einkenni hjá einstaklingum með geðraskanir þegar fylgst er með hegðun þeirra og samskipti við annað fólk, sem eru þá lyndisbreytingar, óeðlilegar skynjanir og/eða hugsanir og skert tilfinningastjórnun ásamt röskun á minni, hugsun, einbeitingu og skynjun (Mcknight o.fl., 2019; WHO, 2022).

Skilgreiningar á geðröskun geta verið mismunandi eftir samfélögum og menningarheimum (Stein o.fl., 2021) en til þess að greina einstakling með geðröskun er notast við greiningarkerfin DSM-5 og ICD-11. Skilgreiningar á öllum sjúkdómum og röskunum ásamt tölfræðiupplýsingum er hægt að finna í ICD-11 greiningarkerfinu sem nýtast sérfræðingum í greiningarferlum og rannsóknum. Sérfræðingar nýta einnig DSM-5 í klínískum tilgangi, en þar er hægt að finna lýsingar á einkennum og hegðunarmynstrum sem eru byggð á fræðum um heilastarfsemi, genum og áhrifum umhverfisins (APA, 2013; WHO, e.d.-a).

2.5 Tvíþættur vandi

WHO hefur skilgreint vímuefnaröskun og geðraskanir sem tvíþættan vanda (e. dual diagnosis), sem er vaxandi vandamál í heiminum og hópur þeirra sem glíma við slíkan vanda fer stækkandi (Jaffe o.fl., 2012; Todd o.fl., 2004; WHO, 1994). Samkvæmt National Institute on Drug Abuse (NIDA) í Bandaríkjunum er 37,9% af þeim 20,3 milljónum fullorðinna einstaklinga sem eru með vímuefnaröskun einnig með geðröskun. Þá er 18,2% af þeim 42,1 milljón fullorðinna einstaklinga sem glíma við geðraskanir einnig með vímuefnaröskun (NIDA, 2018).

Ýmsir erfiðleikar félagslega og í persónulegu lífi einstaklings geta fylgt því að vera með tvíþættan vanda. Sú birtingarmynd getur verið alls kyns og má þá til dæmis nefna fjárhagserfiðleika, uppgjafar- og vonleysistilfinningu, útskúfun, erfiðar heimilisaðstæður, fátækt og heimilisleysi (Doweiko, 2023; Panadero o.fl., 2017). Þeir einstaklingar sem kljást

við tvíþættan vanda geta fundið fyrir því að einkenni beggja sjúkdómanna tvöfaldast ásamt því að upplifa alvarlegri vandkvæði en þeir sem eru greindir með annað hvort geðraskanir eða vímuefnaröskun (Institute of Medicine, 2006; Langås o.fl., 2011; Torrens o.fl., 2012). Þeir sem eru með tvíþættan vanda eru líklegri en þeir sem hafa eina greiningu til að upplifa eftirfarandi:

- Vera greindir seint
- Alvarleg sálfræðileg einkenni
- Lítil áhrif frá meðferðum
- Skerðingu á félagslegri starfsemi
- Vera lagðir inn á neyðardeildir
- Þjást af líkamlegum vanda
- Sjálfsvígshugsanir
- Atvinnu- og heimilisleysi (Langås o.fl., 2011).

3 Kenningar og hugmyndafræði

Hér verður fjallað um kenningar og hugmyndafræði í tengslum við viðfangsefnið heimilisleysi ungmenna. Fjallað er um sjúkdómskenningar, félagsnámskenningar, skaðaminnkun, valdeflandi nálgun, lausnar- og styrkleikakenninguna og kenningar um áföll.

3.1 Sjúkdómskenningar

Sjúkdómskenningar (e. diseases theories) vísa til þess að áfengis- og önnur vímuefnaröskun sé ólæknandi sjúkdómur sem einkennist af óhóflegri neyslu áfengis og/eða annarra vímuefna þrátt fyrir neikvæðar sálfélagslegar og líkamlegar afleiðingar fyrir einstaklinginn (Doweiko, 2023).

3.1.1 Kenning Jellineks

Samkvæmt sjúkdómskenningu bandaríska geðlæknisins Elvin Morton Jellinek, sem var brautryðjandi kenningarsmiður hvað varðar áfengis- og vímuefnaröskun, er um króníska líffræðilegan sjúkdóm að ræða sem erfist á milli kynslóna. Til þess að halda sjúkdómnum niðri á eina lausnin að vera að hætta allri neyslu. Tilgáta Jellinek um alkóhólisma kom fram árið 1960 og felur hún meðal annars í sér að þeir sem þjást af alkóhólisma væru ekki að drekka sér til gamans. Hans tilgáta var sú að þeir sem þjást af slíkum sjúkdómi hefðu enga stjórn þegar kemur að áfengi og því teljast þeir óhæfir til þess að taka ábyrgð á drykkju sinni (Jellinek, 1960). Tilgáta og síðar kenning Jellineks varð til út frá rannsókn sem hann framkvæmdi. Í henni tóku þátt 100 karlmenn sem voru tengdir AA samtökunum. Sú rannsókn leiddi í ljós að minnisleysi, aukið þol fyrir áfengi, fráhvarfseinkenni, geðveiki og dauði gæti verið afleiðing af óstjórnlegri drykkju. Jellinek taldi að einkenni sjúkdómsins væru alltaf andleg, líkamleg og félagsleg, en geta þó verið missterk og á mismunandi stigi. Hann skipti því sjúkdómnum niður í fjögur stig, frá óhóflegri neyslu í króníska sjúkdóm (Doweiko, 2023; Jellinek, 1960; Kinney, 2020). Stigin fjögur eru eftirfarandi:

1. stig (e. pre alcoholic phase) - einstaklingur neytir vímuefna til að takast á við áhyggjur. Neyslan vekur enga sérstaka athygli hjá öðrum

2. stig (e. prodromal phase) - breytingar verða á neyslumynstri, einstaklingur upplifir minnisleysi vegna drykkju og þarf að hafa fyrir því að líta vel út í augum annarra

3. stig (e. crucial phase) - neysla vímuefna verður stjórnlaus

4. stig (e. chronic phase) - einstaklingur verður líkamlega háður vímuefnum og hver dagur snýst um næsta skammt (Kinney, 2020).

Rannsóknir og vinna Jellineks hafði mikil áhrif á sjúkdómshugtakið og skilgreininguna á alkóhólisma. Opinberar stofnanir í Bandaríkjunum viðurkenndu hugtakið og breyting varð á hugsun fólks um hvað alkóhólismi og áfengisröskun er. Hann lagði alltaf mikla áherslu á að þessi sjúkdómur væri langvarandi, stigversnandi og lífshættulegur ef að hann er ekki meðhöndlaður rétt. Sú áhersla skilaði því að áfengisröskun fór úr því að vera skilgreind sem persónulegur veikleiki hjá einstaklingum í það að vera skilgreind sem ólæknandi sjúkdómur sem krefst viðeigandi meðferðar (Dodgen og Shea, 2000; Doweiko, 2023).

3.1.2 Heilasjúkdómur

Rannsóknir hafa varpað ljósi á það að ofneysla áfengis og/eða annarra vímuefna sé langvarandi heilabrestur eða heilasjúkdómur sem einkennist af taugalíffræðilegum breytingum sem eiga sér stað við mikla og langvarandi neyslu vímuefna. Við inntöku vímuefna skerðist rökhugsun einstaklings og með tíð og tíma verður hann ófær um að taka rökrétta ákvörðum sökum taugalíffræðilegra skemmda sem hafa átt sér stað í heilanum (Koob, 2000). Nora D. Volkow og félagar (2016) hafa rannsakað áhrif vímuefna á heilastarfsemi einstaklinga og hvernig vímuefnin hafa áhrif á gangflokkunarbrautir heilans. Samkvæmt rannsóknum þeirra kalla vímuefnin fram falskar vellíðunartilfinningar út frá aukinni dópamínframleiðslu (Volkow o.fl., 2016). Stöðug neysla vímuefna getur valdið skemmdum á taugakerfinu sem getur komið fram í breytingum á tilfinningaviðbrögðum og persónueinkennum einstaklings ásamt breytingum á viðhorfum og hæfni til þess að takast á við hin ýmsu verkefni. Vímuefni hafa verkun á heilafrumurnar á fjölbreyttan og flókinn hátt og á þann hátt breytir vímuefnið boðefnabúskap heilans (Volkow o.fl., 2016; Lembke, 2024).

Heilinn forgangsraðar verkefnum út frá dópamínframleiðslu sem á sér stað í randakerfinu. Vímuefnin hafa áhrif á taugafrumur heilans sem veldur skerðingu á daglegum athöfnum og við stjórnlausa notkun efnanna bregst stjórnkerfi heilans (NIDA, 2020). Fíkn er hægt að skipta upp í þrjú endurtekin einkenni. Jákvæð styrking á hegðun er fyrsta stig einkennis þar sem við inntöku efnis verður til skilyrðing og vímuefnin auka

dópamínframleiðslu sem heilinn skilur sem umbun. Heilinn dregur þá úr dómapínframleiðslu þegar mikil skilyrðing og umbun á sér stað. Drifkrafturinn til þess að neyta vímuefna verður þá vímuefnið sjálft. Fráhvörf, fíknivaki og þrjáhyggjuferli er annað stig fíknar. Líkamleg og andleg vandkvæði koma þá í ljós þegar dregið er úr neyslu eða henni hætt. Augljósar skemmdir á taugum heilans byrja þá líka að myndast. Á þessu stigi er þráhyggjan í efnið orðin það sterk að það reynist einstaklingi erfitt að slíta sig frá henni. Þriðja stig fíknar endar í áráttkukenndri notkun til að bægja frá óþægindum (neikvæð styrking). Skaði hefur þá orðið á heilastarfsemi einstaklingsins vegna neyslu efnanna sem veldur því að hann er ekki lengur við stjórn. Þá er hann óhæfur til að bregðast við eða taka rökrétta ákvörðun, þá til dæmis um að stoppa vímuefnaneyslu sína (Volkow o.fl., 2016).

Sjúkdómskenningar hafa verið gagnrýndar. Gagnrýnt hefur verið að sjónarhorn þeirra sé of þröngt og að of mikil áhersla sé lögð á að aðeins heilbrigðisstarfsmenn geti sinnt einstaklingum með vímuefnaröskun. Þessi hópur er ólíkur og margleitur og þarfnast fjölbreyttrar meðferðar sem felur í sér ráðgjöf, stuðning og fræðslu fyrir þá og aðstandendur þeirra. Auk þess hefur verið gagnrýnt að einstaklingar með vímuefnaröskun réttlæti hegðun sína þar sem að vandi þeirra er skilgreindur sem sjúkdómur. Einstaklingurinn á þá að geta komið sér undan ábyrgð og ætlast til þess að samfélagið afsaki óæskilega hegðun hans. Gagnrýnendur telja að einstaklingur með vímuefnaröskun þurfi að taka ábyrgð á eigin bataferli (Doweiko, 2023; Kinney, 2020; Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

3.2 Félagsnámskenning

Albert Bandura setti fram félagsnámskenninguna (e. social learning theory) þar sem lykilþættir í þroska einstaklings eru hegðun, umhverfi og hugarstarf. Herminám (e. observational learning) er það sem Bandura telur að einstaklingar fari í gegnum, en það ferli á við þegar að einstaklingur lærir ákveðna hegðun og hegðunarmynstur frá umhverfi sínu. Samkvæmt Bandura læra einstaklingar á lífsleiðinni meirihluta af færni sinni í gegnum herminám, og þá sérstaklega á yngri árum. Sú reynsla sem hver og einn upplifir á þeim árum getur þá mótað það hegðunarmynstur sem einstaklingar læra og tileinka sér síðar á lífsleiðinni. Bandura var ekki sammála öðrum fræðimönnum varðandi það að það þyrfti að notast við styrkingu til þess að breyta ákveðinni hegðun. Hann var þó sammála því að með notkun styrkingar eru líkurnar á því að hegðun breytist auknar. Þessa ályktun

studdi hann með rannsókn sinni sem var kölluð “Bobo doll tilraunin”. Þá var börnum skipt í þrjá hópa og þeim öllum sýnt myndband af fullorðnum einstaklingi beita uppblásinni dúkku ofbeldi. Munurinn á hópunum var endirinn sem var sýndur á myndbandinu. Í fyrsta hóp fékk gerandinn sælgæti í verðlaun fyrir ofbeldisfullu hegðunina, í öðrum hópnum var gerandinn skammaður og flengdur, en engar afleiðingar voru sýndar fyrir gerandann í þriðja hópnum. Hvert barn var síðan skilið eftir eitt í herbergi með uppblásinni dúkku og var þá sett í sömu aðstæður og gerandinn í myndbandinu. Þá kom í ljós að börn í hóp eitt og þrjú voru líklegri til þess að herma eftir hegðun gerandans en börn í hóp tvö. Styrking og engar afleiðingar hafa því svipuð áhrif á mótun hegðunar, en með notkun refsingar er hægt að draga úr ákveðinni hegðun (Bandura, 1977).

Í félagsnámskenningunni er talað um að notkun vímuefna sé lærð hegðun, eins og öll önnur hegðun. Nærumhverfi einstaklings, eins og fjölskylda og vinir, hafa mestu áhrifin á þróun viðmóts og viðhorfs hans. Norm og gildi samfélagsins hafa einnig áhrif, eins og viðhorf til drykkju og bindindis. Áhættuhegðun er því lærð hegðun og hafa rannsóknir sýnt að þeir sem alast upp þar sem vímuefnaröskun er til staðar í fjölskyldunni eru líklegri en aðrir til þess að trúa að þeir muni feta í sömu spor. Bandura setti fram fullyrðingu um þá sem voru háðir áfengi, en hann taldi að hegðun þeirra væri lærð í gegnum mismunandi styrkingarferli ásamt herminámi og að almennir drykkjusiðir væru lærðir. Neyslumynstur einstaklinga á vímuefnum eru því mismunandi og hefur mismunandi áhrif á líf þeirra þar sem hver og einn þróar sína notkun út frá beinni reynslu frá sínu eigin lífi, og sú reynsla er mismunandi. Innan atferlisfræðinnar er þó ekki hægt að líta framhjá áhrifum erfða, menningar og sálfræðilegra þátta á tilhneigingu einstaklinga til að þróa með sér vímuefnaröskun (Dodgen og Shea, 2000; Kinney; 2020; Siegel, 2017).

3.3 Skaðaminnkun

Skaðaminnkandi nálgun (e. harm-reduction approach) er notuð í ýmissi heilbrigðis- og félagslegri starfsemi þar sem einstaklingum með vímuefnaröskun er sinnt. Hugmyndafræði skaðaminnkunnar byggir á raunhyggju og viðurkennir að vímuefnanotkun er staðreynd í nútímasamfélagi. Markmið með notkun hennar er fyrst og fremst miðuð að því að sporna við neikvæðum afleiðingum vímuefnaröskunnar með forvörnum og meðferðarúrræðum og tryggja að einstaklingar fái aðgang að heilbrigðisþjónustu og stuðningsúrræðum óháð notkun. Út frá því minnkar neikvæð áhrif

á samfélagið, eins og smitandi sjúkdómar, og álag á heilbrigðiskerfið. Skaðaminnkun er ekki hvetjandi fyrir vímuefnanotkun, en þar sem ekki allir einstaklingar velja að hætta notkun sinni er frekar einblínt á neytandann sjálfan en neysluna hans. Með því er hægt að koma í veg fyrir ýmsar neikvæðar efnahagslegar, félagslegar og heilsufarslegar afleiðingar fyrir bæði einstaklinginn og samfélagið (Harm Reduction International, e.d.).

Ýmis úrræði styðja við skaðaminnkandi hugmyndafræði. Nálaskiptaverkefni er eitt þeirra, þar sem einstaklingar fá aðgang að hreinum sprautum sem dregur úr smiti sjúkdóma eins og HIV og lifrabólgu C. Liverpool var fyrsta borgin í heiminum til þess að veita nálaskiptiþjónustu fyrir þá einstaklinga sem notuðu vímuefni í æð, og var sú þjónusta sett af stað eftir að fyrsta ráðstefnan um skaðaminnkandi nálgun var haldin í Liverpool árið 1990. Annað úrræði er viðhaldsmeðferð, þar sem gefin eru lyf sem hjálpa einstaklingum að halda notkun sinni stöðugri. Slíkt dregur einnig úr fráhvörfum og líkum á ofskömmtun. Hlutlaus fræðsla um vímuefni og áhættu og öryggisráðstafanir tilheyrir skaðaminnkandi hugmyndafræði í þeim tilgangi að einstaklingur geti tekið upplýstar ákvarðanir. Að lokum er það staður fyrir örugga notkun, en til dæmis Kanada og Sviss hafa opnað staði þar sem einstaklingar geta notað vímuefni undir eftirliti heilbrigðisstarfsmanna (Des Jarlais o.fl., 2009; O'Hare, 2007; Potier o.fl., 2014; Volkow o.fl., 2014). Með notkun hugmyndafræðarinnar í þjónustu fyrir einstaklinga sem nota vímuefni er hægt að styðja við að fagaðilar eigi gott meðferðarsamband við notendur og kemur í veg fyrir að fagaðilar setji ákveðnar kröfur á þá (Helgi Gunnlaugsson, 2018; Lala Ashenberg Straussner, 2012). Margir sem nota vímuefni vilja ekki hætta notkun þeirra eða eru einfaldlega ófærir um það, en þeir aðilar njóta þó mannréttinda. Skaðaminnkandi nálgun tekur mið af því og grunnur hennar er því ávallt að efla heilsu allra óháð stöðu (Harm Reduction International, e.d.; Stjórnarráð Íslands, e.d.).

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar er í dag notuð í hinum ýmsum úrræðum erlendis og hérlendis. Reykjavíkurborg hefur innleitt hugmyndafræðina í sín úrræði og er hún til dæmis höfð að leiðarljósi þegar að unnið er með heimilislausum og þeim sem eiga við vímuefnaröskun að stríða (Reykjavíkurborg, 2019; Rhodes og Hedrich, 2010). Á síðustu árum hefur mikil þekking safnast um skaðaminnkandi nálgun og því er nauðsynlegt að farið sé eftir ýmsum skilyrðum svo hagnaður hennar sé sem mestur. Það er til dæmis mikilvægt að skoða hvern einstakling í hans umhverfi til þess að skilja hann sem best og mæta honum á jafningjagrundvelli. Nota á því einstaklingsmiðaða nálgun og

mæta þarf hverjum og einum á þeim stað sem hann er staddur. Gagnlegt er að byggja fólk upp með þeirra styrkleikum og forðast gildishlaðin orð eins og “fíkill”. Hlusta þarf á einstaklinginn og virða hans markmið, menningu, viðmið og gildi. Í skaðaminnkandi nálgun er mikilvægt að byggja upp gott meðferðarsamband. Þeir sem veita þjónustuna þurfa þó að skilgreina vel sitt starfssvið við notandann, sem er sá sem fær þjónustuna, svo hægt sé að veita sem bestu þjónustuna. Mikilvægt er að hafa í huga að einstaklingar með fíknivanda eru ekki alltaf tilbúnir til þess að takast á við sinn vanda, eða almennt viðurkenna að þeir séu með vanda. Þrátt fyrir það þarf aðalmarkmiðið með þjónustunni alltaf að vera viðhorfsbreyting og þá aðstoða fólk við að horfast í augu við sinn vanda til þess að hægt sé að stuðla að skaðaminnkun (Rhodes og Hedrich, 2010; Tatarsky og Marlatt, 2010).

Ýmsir ávinningar eru af notkun skaðaminnkunar þegar kemur að heilsuvernd og samfélagslegu öryggi. Rannsóknir hafa til dæmis sýnt að nálaskiptiverkefni draga úr smithættu HIV og annarra smitsjúkdóma. Auk þess hefur ofskömmtunum og dauðsföllum fækkað með komu viðhaldsmeðferða og öruggra neyslustaða. Þá hefur einnig skapast meira umburðarlyndi og fleiri úrræði eru nú í boði sem virða einstaklinga óháð stöðu þeirra í bata (Des Jarlais o.fl., 2009; Harm Reduction International, e.d.; Potier o.fl., 2014). Skaðaminnkun hefur verið gagnrýnd og þá sérstaklega af þeim sem telja hana hvetja til áframhaldandi vímuefnanotkunar. Þá telja gagnrýnendur að nálgunin samþykki almenna vímuefnanotkun, en í mörgum löndum hafa verið lagalegar hindranir þar sem erfitt er að fá samþykki fyrir úrræðum á borð við nálaskiptiverkefni og örugg neyslurými. Þar að auki er mikil áskorun fyrir þá sem standa að skaðaminnkandi úrræðum að fjármagna starfsemina og til þess að halda starfseminni gangandi þurfa þau á opinberum styrkjum að halda (Harm Reduction International, e.d.).

3.3.1 Húsnæði fyrst

Húsnæði fyrst (e. housing first) er hugmyndafræði sem er stuðst við alþjóðlega í þjónustu við heimilislaust fólk. Hægt er að rekja hugmyndafræðina til upphafs tíunda áratugs síðustu aldar og var það stofnunin Pathways to Housing Inc. sem var fyrst til þess að þróa hana. Hugmyndafræðin byggir á gildum skaðaminnkunar þar sem áhersla er á lágþröskuldaumhverfi og gengur hún út frá því að húsnæði sé grunnþörf og teljist til mannréttinda. Hugmyndafræðin felur í sér að ef að einstaklingar með til dæmis vímuefna-

eða geðröskun eiga að ná árangri í meðferðum eða ráði við aðrar áskoranir þarf að mæta þeirri grunnþörf að hafa húsnæði. Einstaklingar sem nýta sér húsnæði fyrst þurfa þar að auki ekki að sýna fram á edrúmennsku eða fylgja ákveðnum reglum um meðferðarfylgni (e. treatment compliance). Aðferðin er gagnreynd og notendamiðuð þar sem notandinn hefur alltaf vald til þess að hafa áhrif á hvar hann býr og getur valið sjálfur hvaða þjónustu hann mun þiggja (Norwegian Ministries, 2014; Watson o.fl., 2017).

Samkvæmt leiðbeiningum Pleace (2016) fyrir evrópulönd hvað varðar húsnæði fyrst eru átta lykilþættir sem þarf að styðjast við þegar að notast er við hugmyndafræðina. Þeir þættir eru eftirfarandi:

1. Húsnæði eru mannréttindi
2. Notendur þjónustunnar hafa val og stjórn
3. Aðskilnaður húsnæðis og meðferðar
4. Batamiðuð nálgun
5. Skaðaminnkun
6. Virk þátttaka án þvingunar
7. Einstaklingsmiðuð nálgun
8. Sveigjanlegur stuðningur eins lengi og þörf krefur (Pleace, 2016).

Þegar starfsfólk vinnur eftir þessum átta þáttum er hægt að sinna margvíslegum verkefnum þegar kemur að þjónustu fyrir heimilislausa. Hægt er að bjóða þeim aðstoð við að viðhalda heimili sínu ásamt því að bæta heilsu og vellíðan þeirra og félagslega þætti í lífi þeirra. Þá er verið að stuðla að bata og auðveldari samfélagsaðlögun fyrir þá sem eru með flóknar stuðningsþarfir, en slík þjónusta er einnig hagkvæm nálgun fyrir samfélagið. Erfitt getur þó verið að segja til um hvernig þessi nálgun hentar hverjum og einum þar sem hún er einstaklingsmiðuð, en hún veitir allavega ákveðið öryggi hvað varðar húsnæði. Með slíku öryggi er hægt að vinna að því að styrkja líkamlega og sálræna heilsu heimilislausra og þar með draga úr skaðsemi heimilisleysis (Benjaminsen, 2018; Pleace, 2016; Tsemberis, 2010).

3.4 Valdeflandi nálgun

Valdefling (e. empowerment) er hugtak sem hægt er að rekja til baráttuhreyfinga, en þá var markmið einstaklinga að komast undan kúgun samfélagsins og berjast fyrir því að fá vald til þess að stjórna eigin aðstæðum. Fagaðilar geta nýtt valdeflingu til þess að stuðla að aukinni virkni hjá einstaklingum og í kjölfarið að ná stjórn á eigin lífi. Þá er verið að efla einstaklinga til sjálfshjálpar (Healy, 2014). Notkun valdeflingar beinist að vinnu fagaðila með jaðarsettum hópum, en það er þó almennt hægt að nýta valdeflingu í vinnu með einstaklingum, fjölskyldum, hópum og samfélögum í heild þar sem þetta er einstaklings- og samfélagsmiðuð nálgun (Kam, 2021; Turner og Maschi, 2015). Samkvæmt Chamberlin og Schene (1997) felur valdefling í sér 15 atriði. Ekki er krafa að einstaklingur upplifi öll atriði þar sem valdefling getur verið mismunandi fyrir hvern og einn. Hægt er að notast við eftirfarandi lista til þess að kanna hvort ákveðin valdefling í starfi hefur skilað árangri hjá einstaklingi, og þá hvaða árangri hún hefur skilað (Chamberlin og Schene, 1997). Atriðin 15 eru eftirfarandi:

1. Hafa vald til að taka ákvarðanir
2. Hafa aðgang að úrræðum og upplýsingum
3. Hafa möguleika á vali og þá sérstaklega þegar kemur að mikilvægum þáttum í lífi einstaklingsins
4. Sýna þrautseigju og ákveðni
5. Upplifun að viðkomandi geti breytt kjörum sínum
6. Læra að hugsa á gagnrýninn hátt, að viðkomandi finni að hann geti séð hluti og málefni í mismunandi ljósi, lært að tjá sig með eigin rödd, endurskilgreint hver hann er og lært að endurskilgreina samband sitt við stofnanabundið vald
7. Læra um og að tjá reiði sína
8. Upplifa sig hluta af heild eða hópi og ekki einmanna
9. Skilja og þekkja rétt sinn
10. Stuðla að breytingum hjá sér og í samfélaginu

11. Læra það sem viðkomandi hefur áhuga á

12. Breyta skynjun annarra á eigin getu og hæfileikum til framkvæmda

13. Koma út úr skápnum

14. Vaxa persónulega og breytast á þann hátt sem viðkomandi kýs sjálfur

15. Bæta eigin sjálfsmynd og vinna á móti fordómum (Chamberlin og Schene, 1997).

Eitt af meginmarkmiðum félagsráðgjafa er að valdefla einstaklinga og mæta grunnþörfum þeirra. Með slíkri vinnu er félagsráðgjafi að notast við valdeflandi nálgun (e. empowerment theory). Slík nálgun kom fyrst fram meðal stéttarinnar árið 1976. Barbara Solomon skilgreindi þá hugtakið sem ferli þar sem hópar sem hafa verið stimplaðir sem jaðarsettir af samfélaginu eru aðstoðaðir við að öðlast betra innsæi inn í líf sitt og út frá því leysa ýmsan vanda. Einstaklingar sem tilheyra jaðarsettum hópum eiga rétt á því að hafa stjórn á eigin lífi líkt og allir aðrir og getu til þess að standa á eigin fótum í samfélaginu. Félagsráðgjafar leita því eftir því að auka tækifæri þeirra og getu til þess. Valdeflandi nálgun í starfi félagsráðgjafa gerir notendum kleift að hafa vald þegar kemur að ákvörðunum og styður við það að félagsráðgjafinn og notandinn vinni saman að lausn við vandamálum. Þar að auki styrkir valdeflandi nálgun virkni jaðarsettra hópa í samfélaginu og í ýmsum athöfnum (Hardina o.fl., 2007; Joseph, 2020).

3.5 Lausnar- og styrkleikakenningar

Í lausnar- og styrkleikamiðuðum kenningum (e. solution and strength based approaches) er einblínt á styrkleika frekar en vandamál. Þær byggja á því að hver og einn einstaklingur búi yfir ákveðnum styrkleikum og að fagaðilar aðstoði við að finna og nýta þá styrkleika. Þá geti einstaklingurinn náð sínum markmiðum og tekist betur á við allskyns áskoranir í lífinu. Þessar kenningar er því nokkuð frábrugðnar öðrum kenningum og aðferðum í félagsráðgjöf þar sem meiri áhersla hefur verið á að greina vandamálin og takast á við þau. Með notkun þessara kenninga trúir fagaðilinn að notandinn sé sérfræðingur í sínu eigin lífi og byggist aðferðin á hjálp til sjálfshjálpar. Líkt og með valdeflandi nálgun er það notandinn sem hefur valdið til þess að taka ákvarðanir og út frá því finnur hann lausnir við vandamálum sínum. Í lausnar- og styrkleikamiðuðum kenningum er ávallt einblínt á

framtíð notandans frekar en á fortíð hans. Ýmsir kostir eru við notkun þessara kenninga, eins og að meiri líkur er að fundin sé lausn á vandamálum ef það er einblínt á styrkleika frekar en vandamál. Þá eru einnig minni líkur á að fagaðilinn og notandinn festist í vandamálinu sjálfu. Lausnar- og styrkleika kenningarnar hafa bæði kosti og galla (Chapin, 2010; Climie og Mastoras, 2015; Healy, 2014). Hér fyrir neðan er hægt að sjá fjóra kosti og fjóra galla við notkun þeirra:

Kostir:

1. Ýtir undir jákvætt og bjartsýnt viðhorf til notandans
2. Mikil áhersla á samvinnu á milli fagaðila og notandans
3. Valdeflir notandann
4. Skapar seiglu og gæði í lífi notandans (Healy, 2014).

Gallar:

1. Horft sjaldan á breytingar utan nánasta umhverfi notandans og getur þá sýnin verið þröng
2. Getur verið of mikil áhersla á getu og ábyrgð einstaklinga til að ná breytingu
3. Getur snúist í andhverfu sína þegar aðal áherslan er á styrkleika notandans með þeim afleiðingum að notandinn getur skaðað sig sjálfan og/eða aðra
4. Getur verið erfitt að greina hverjir eru styrkleikar notandans (Healy, 2014).

Til þess að sporna við slíkum göllum þegar notast er við lausnar- og styrkleika kenningarnar þarf félagsráðgjafinn að setja skýr mörk og vera með undirstöðuatriðin á hreinu áður en að meðferð hefst. Góð samvinna er lykilatriði í þessu ferli til þess að félagsráðgjafinn eigi auðveldara með að skilja notandann. Með góðum skilningi nær fagaðilinn að valdefla notandann og hjálpa honum að finna sína styrkleika sem leiðir þá til betri árangurs. Félagsráðgjafinn þarf þó að vera meðvitaður um að styrkleikar hjá einum geta verið veikleikar hjá öðrum og því þarf að vinna vel að því að ákveða á hvaða styrkleika skuli einblína (Healy, 2014).

3.6 Kenningar um áföll

Áfall er þegar eitt eða fleiri atvik gerast fyrirvaralaust í lífi einstaklings og ógnar því og öryggi hans. Birtingarmynd áfalla getur þó verið margvísleg og einstaklingar geta upplifað áföll á mismunandi hátt. Einstaklingar vinna einnig misjafnt úr áföllum, og það getur síðan haft bæði jákvæð og neikvæð áhrif á líf þeirra. Dæmi um áföll er náttúruhamfarir, slys, misnotkun, ofbeldi eða missir (Alisic o.fl., 2011; Black o.fl., 2012; Magruder o.fl., 2017; Wamser-Nanney og Vandenberg, 2013). Áfallakenningar leitast við að skýra viðbrögð þeirra sem hafa lent í áföllum. Ef einstaklingur vinnur rétt úr áfalli ætti hann að fara í gegnum nokkur stig sem eru lost, höfnun, úrvinnsla og að lokum endurskipunarstig. Þeir einstaklingar sem verða fyrir áfalli í barnæsku geta hinsvegar upplifað sterkar tilfinningar sem valda truflunum í daglegu lífi þeirra og hæfni þeirra að takast á við ýmsar aðstæður á lífsleiðinni verður þá lakari (Alisic o.fl., 2011; Harley o.fl., 2010).

Talið er að meirihluti einstaklinga með vímuefnaröskun hafi upplifað eitt eða fleiri áföll á lífsleiðinni, en rannsóknir sýna einnig tengsl á milli áfalla í bernsku og misnotkun á vímuefnum á unglingsárum (Dell'Osso o.fl., 2014; Infurna o.fl., 2015; Magruder o.fl., 2017). Alvarleg áföll í lífi einstaklinga geta leitt til áfallastreituröskunar og er það flokkað sem kvíðaröskun. Þá geta einstaklingar verið að endurupplifa atburðinn sem orsakaði áfallið og geta upplifað sjálfsásakanir, kvíða, reiði, svefntruflanir og martraðir. Ómeðhöndluð áfallastreituröskun getur leitt til þess að einstaklingurinn deyfi tilfinningar sínar með lyfjanotkun og út frá því getur hann þróað með sér vímuefnaröskun (APA, 2013; Margrét Blöndal, 2007; Villagonzalo o.fl., 2011).

Tengsl eru á milli áfallastreituröskunar og vímuefnaröskunar þar sem rannsóknir benda til þess að allt að 90% einstaklinga með vímuefnaröskun hafa orðið fyrir áfalli (Walter o.fl., 2023). Áfallakenningar eru þó ekki sammála um hvernig þeim tengslum er háttað. Sumar kenningar telja að vímuefnaröskun auki líkurnar á því að einstaklingur þrói með sér áfallastreituröskun. Í þeim kenningum er til dæmis nefnt að taugakerfið verður viðkvæmara eftir langvarandi neyslu vímuefna. Þá upplifa einstaklingar meiri kvíðaeinkenni og geta þeirra til að nýta bjargráð sín skerðast. Út frá því aukast líkur á að einstaklingurinn þrói með sér áfallastreituröskun. Aukin áhættuhegðun í tengslum við vímuefnaröskun er einnig áhrifaþáttur sem getur aukið líkurnar á að einstaklingur verði fyrir áfalli og út frá því þróað með sér áfallastreituröskun (Acierno o.fl., 1999; Chilcoat og Breslau, 1998; Jacobsen o.fl., 2001; Sharkansky o.fl., 1999; Stewart o.fl., 2000; Stewart og

Conrod, 2003). Aðrar kenningar telja að áfallastreituröskun sé ástæðan fyrir því að einstaklingar þróa með sér vímuefnaröskun. Sjálfsmeðhöndlunarkenning Khantzian er ein af þeim og er mikið vísað til hennar til þess að útskýra tengsl áfallastreituröskunar og vímuefnaröskunar. Samkvæmt henni er talið að einstaklingur velji sér vímuefni eftir því hvernig virkni þeirra er og þá hvernig þau slái á einkenni áfallastreituröskunar. Markmið einstaklingsins sé þá að ná tilfinningalegu jafnvægi og/eða deyfa tilfinningar sínar (Khantzian, 1987; Reed o.fl., 2007; Stewart og Conrod, 2003; Villagonzalo o.fl., 2011).

4 Fræðileg umræða

Staða heimilislausra ungmenna hefur ekki verið skoðuð sérstaklega á Íslandi og því verður í þessum kafla fjallað um erlendar rannsóknir sem hafa skoðað heimilisleysi meðal ungmenna. Tölulegar upplýsingar um heimilisleysi verða skoðaðar ásamt því hver helsti vandi heimilislausra er og hvaða afleiðingar heimilisleysi getur haft á einstakling. Sagt verður frá nokkrum erlendum rannsóknum sem hafa skoðað árangur ýmissa úrræða til þess að sporna við heimilisleysi. Velferðarsvið Reykjavíkur hefur gert almennar kortlagningar á heimilislausum árin 2009, 2012, 2017 og 2021. Farið verður yfir helstu niðurstöður þeirra og þá sett sérstök áhersla á þau gögn sem fjalla um ungmenni.

4.1 Heimilisleysi með áherslu á ungmenni

Samtök eins og FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) og HUD (The U.S. Department of Housing and Urban Development) gefa reglulega út skýrslur þar sem hægt er að sjá tölfræði um heimilislausa í Bandaríkjunum og Evrópu. Hafa þarf þó í huga að það getur reynst erfitt að fá heildartölur af þeim sem eru heimilislausir og því eiga tölurnar yfirleitt aðeins um það form heimilisleysis sem er sýnilegast. Samkvæmt skýrslu HUD voru í kringum 582.462 einstaklingar heimilislausir í Bandaríkjunum árið 2022, eða 18 af hverjum 10.000 íbúum. Þá gistu sex af hverjum tíu sem voru heimilislausir í neyðarskýli en fjórir af hverjum tíu höfðu ekkert athvarf. Nýjustu tölur frá FEANTSA segja að árið 2023 voru um 895.000 einstaklingar skilgreindir heimilislausir í Evrópu (Fondation Abbé Pierre og FEANTSA, 2023; Sousa o.fl., 2022). Í Bandaríkjunum eru fullorðnir einstaklingar 25 ára og eldri 76% af þeim sem eru heimilislausir og 17% eru börn undir 18 ára aldri. Þá eru ungmenni á aldrinum 18 til 24 ára 7% þeirra sem eru heimilislausir, eða 40.177 einstaklingar. FEANTSA er ekki með tölulegar upplýsingar um fjölda heimilislausra ungmenna í Evrópu, en segja þó að ungt fólk ásamt konum og fjölskyldum er hópur sem fer stækkandi meðal heimilislausra. Í Bandaríkjunum hefur hins vegar hópur heimilislausra ungmenna á aldrinum 18 til 24 ára minnkað á árunum 2007-2022 um 11,4%, eða 3.750 manns (FEANTSA, e.d.; Fondation Abbé Pierre og FEANTSA, 2023).

Heimilisleysi meðal ungs fólks er alvarlegt félagslegt vandamál í mörgum löndum. Ýmis fjölbreytt vandamál geta verið að hrjá heimilislaust fólk, eins og fjölskylduerjur, geðræn og líkamleg vandkvæði, andleg vanlíðan og fíkn. Vímuefna- og geðraskanir ásamt

tvíþættum vanda á þá sérstaklega við þar. Heimilislaust fólk er til dæmis sex til sjö sinnum líklegra til þess að eiga við slík vandamál heldur en aðrir hópar í samfélaginu (Altena o.fl., 2010; Bharel o.fl., 2013; Fazel o.fl., 2008; Heerde og Patton, 2020; Hwang, 2001; Narendorf o.fl., 2018; Nielsen o.fl., 2011; Nordentoft og Wandall-Holm, 2003; Reykjavíkurborg, 2019; Sample og Ferguson, 2019; Torchalla o.fl., 2011). Chassman o.fl. (2022) framkvæmdu rannsókn um mynstur og notkun ólöglegra vímuefna í Bandaríkjunum þar sem 1426 ungmenni voru rannsökuð. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu til dæmis að 34% ungmenna drukku óhóflega mikið, 60,7% notuðu maríjuana, 9,3% notuðu heróín, 17,7% notuðu kókaín og 17,5% notuðu metamfetamín. Þá voru 8,3% þeirra sem sögðust neyta vímuefna í gegnum æð. Í rannsókninni voru geðraskanir heimilislausra ungmenna einnig skoðaðar og sögðu þar 69,2% upplifa þunglyndi og 88,2% hefðu upplifað skaðlega hluti í æsku. Hvað varðar ómeðhöndlaðar geðraskanir sögðu 33,5% hafa upplifað slíkt á lífsleiðinni og 28,7% höfðu upplifað slíkt innan við það ár sem rannsóknin var gerð (Chassman o.fl., 2022). Heimilisleysi var kortlagt í Danmörku árið 2017 og mismunandi hópar voru þar skoðaðir. Heimilislaus ungmenni á aldrinum 18 til 24 ára er einn af þeim hópum sem var sérstaklega skoðaður, og eru þar vímuefna- og geðraskanir þeirra skoðaðar. Niðurstöður þeirra sýndu að heimilislausar ungar konur eru líklegri til þess að hafa geðsjúkdóm heldur en ungir karlmenn, þar sem 46% karla greindu frá því að vera með geðsjúkdóm en 64% kvenna. Þetta snýst við þegar vímuefnaröskun er skoðuð þar sem 61% heimilislausra ungra karla greinir frá slíkum vanda en 34% kvenna. Tvíþættur vandi var einnig skoðaður hjá heimilislausum ungmennum í Danmörku og þær niðurstöður sýndu að 24% kvenna og 29% karla glíma við slíkan vanda. Þá er svipaður fjöldi hjá kynjunum þegar kemur að þeim sem eru hvorki með vímuefna- eða geðröskun, eða 26% karla og 25% kvenna (Benjaminsen, 2017). Heimilislausir eru almennt líklegri en aðrir hópar til að deyja fyrir aldur fram og hægt er að tengja mörg dauðsföll þeirra til ofskömmtunar (Baggett o.fl., 2013; Hwang, 2001; Meehan o.fl., 2024; Romaszko o.fl., 2017; Slockers o.fl., 2018).

Heimilislausir einstaklingar geta verið útsettir fyrir því að verða fyrir ofbeldi, en þeir eru líklegri að verða fyrir líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi en aðrir hópar (Altena o.fl., 2010; Heerde og Patton, 2020; Hwang, 2001; Narendorf o.fl., 2018). Heimilislausir einstaklingar eru einnig líklegri en aðrir til þess að brjóta af sér og eru afbrot því algeng meðal þess hóps (WHO, 2005). Gonzalez o.fl. (2018) framkvæmdu rannsókn í

Bandaríkjunum þar sem 581 heimilislausir einstaklingar voru beðnir um að segja frá þeim brotum sem þeir hafa verið handteknir fyrir og hversu margar nætur þeir hefðu gist í fangelsi. Niðurstöður þeirrar rannsóknar sýndu að 76% þátttakenda hefðu verið handteknir og 57% höfðu farið í fangelsi þrisvar sinnum eða oftar. Algengustu handtökurnar voru fyrir fíkniefnabrot þar sem 35% voru handtekin fyrir vörslu fíkniefna, 31% fyrir akstur undir áhrifum og 28% fyrir óspektir eða ölvun (Gonzalez o.fl., 2018). Rannsókn sem að Mitchell o.fl. (2023) gerðu í Ástralíu þar sem afbrotasaga 1646 einstaklinga sem sóttu neyðarathvarf var skoðuð sýndi svipaðar tölur þar sem 62% þátttakenda höfðu afbrotaferil að baki sér. Eitt algengasta afbrotið þar var einnig varsla fíkniefna, eða 18%, en önnur afbrot fólu í sér athæfi þar sem ætlað var að valda skaða og þjófnað. Vert er að hafa í huga að þeir sem brjóta af sér og fara í fangelsi eru einnig í hópi þeirra sem eru í meiri hættu á að verða heimilislaus en aðrir (Heiða Kristín Helgadóttir o.fl., e.d.; Mitchell o.fl., 2023). Caton o.fl. (2005) tóku viðtöl við 377 einstaklinga sem sóttu neyðarathvarf í New York og þar höfðu 13,5% orðið heimilislaus eftir að þau komu úr fangelsi.

Þegar kemur að æsku þeirra ungmenna sem verða heimilislaus, hafa rannsóknir sýnt að þau hafa frekar en ekki lent í ýmsum áföllum. Í Bandaríkjunum gerðu Tyler og Schmitz (2013) eigindlega rannsókn þar sem þau tóku viðtöl við 40 heimilislaus ungmenni á aldrinum 19 til 21 ára. Í þeirri rannsókn var fjölskyldusaga þeirra meðal annars skoðuð og kom þar í ljós að vímuefnaröskun meðal fjölskyldumeðlima, vanræksla og ofbeldi innan fjölskyldunnar voru mjög algengir þættir meðal þátttakendanna á þeirra æskuárum. Þónokkrir þátttakendur nefndu þá að vímuefnaröskun fjölskyldumeðlima sinna ýtti undir þeirra eigin neyslu á vímuefnum, en það voru alls 93% sem töluðu um að meðlimir innan fjölskyldunnar hefðu kljáðst við vímuefnaröskun (Tyler og Schmitz, 2013). Putnam-Hornstein o.fl. (2017) skoðuðu einnig tilkynningar til barnaverndaryfirvalda á meðal heimilislausra ungmenna á aldrinum 17 til 24 ára í San Francisco árin 2011 til 2014. Fjöldi þátttakenda var 2241 einstaklingar og sýndu niðurstöður rannsóknarinnar að í 50% tilvika hafði vanræksla verið tilkynnt til barnaverndaryfirvalda (Putnam-Hornstein o.fl., 2017).

Heimilislaus ungmenni sýna ítrekað styrk, seiglu og jákvæði þrátt fyrir erfiða æsku. Eigindleg rannsókn var gerð í Texas þar sem viðtöl voru tekin við 45 heimilislaus ungmenni á aldrinum 18 til 24 ára. Þar kom fram að 80% ungmennanna töldu sig vera sterk og með seiglu þrátt fyrir að upplifa mikið mótlæti. Þeir eiginleikar eru þá sérstaklega góðir þegar

þau þurfa að standa upp fyrir sjálfum sér og finna lausnir á vandamálum. Af þessum hópi voru einnig 64% sem töldu sig vera jákvæð og horfa jákvætt á lífið. Þau einbeita sér þá ekki að þeim vandamálum sem geta fylgt því að vera heimilislaus og eru yfirleitt vongóð um að aðstæður þeirra munu breytast til hins betra með tímanum (Thompson o.fl., 2016).

Erlendar samantektarrannsóknir hafa verið gerðar á heimilislausum ungmennum og þær þrjár sem verður fjallað um hér höfðu það markmið að skoða hvaða inngrip eru gagnleg þegar kemur að heimilislausum ungmennum. Munthe-Kaas o.fl. (2018) tóku saman 43 rannsóknir og er meirihluti þeirra frá Bandaríkjunum, en einnig frá Bretlandi, Ástralíu, Kanada og Danmörku. Þar kemur fram að húsnæði fyrst (e. housing first) er gott inngrip til þess að draga úr fjölda heimilislausra og bæta húsnæðisstöðugleika ásamt ráðgjöf frá fagaðila (Munthe-Kaas o.fl., 2018). Árið 2023 var einnig gerð samantektarrannsókn þar sem 64 íhlutunarrannsóknir og 41 framkvæmdarrannsóknir frá árunum 1990 til mars 2021, aðallega frá Bandaríkjunum og Kanada, voru skoðaðar. Niðurstöður hennar styðja að húsnæði fyrst getur verið skilvirkari en aðrar leiðir. Þar að auki voru vísbendingar um að með notkun húsnæðis fyrst er hægt að auka getu og vellíðan heimilislausra (Weightman o.fl., 2023). Altena o.fl. (2010) unnu upp úr 11 rannsóknum frá árunum 1985 til 2008 sem voru aðallega frá Bandaríkjunum, en ein var frá Kanada og ein frá Suður-Kóreu. Vegna skorts á rannsóknum áttu þau erfitt með að alhæfa um það hvað virkar og hvað ekki. Það kom þó fram í nokkrum rannsóknum að hugræn atferlismeðferð virðist skila jákvæðum niðurstöðum þegar kemur að geðheilsu heimilislausra (Altena o.fl., 2010).

Í eigindlegri rannsókn sem að Brakenhoff o.fl. (2022) gerðu kom skýrt í ljós að ungt fólk sem fékk húsnæði eftir hugmyndafræðinni húsnæði fyrst upplifðu framfarir í lífi sínu og aukinn stöðugleika. Þá kom þar einnig fram að sveigjanleg ráðgjöf byggð á styrkleikum væri góð viðbót við húsnæðisúrræðið (Brakenhoff o.fl., 2022). Finnland setti hugmyndafræði húsnæði fyrst í opinbera stefnu til að draga úr langtíma heimilisleysi. Í yfirliti á innleiðingu hugmyndafræðarinnar í Finnlandi sem Juhila o.fl. (2022) gerðu kemur einnig skýrt fram að hugmyndafræðin virðist virka þar sem einstaklingum sem höfðu upplifað langtíma heimilisleysi fækkaði úr 3.500 í 1.000 frá árinu 2008 til 2020 (Juhila o.fl., 2022).

4.2 Heimilisleysi í Reykjavík

Á Íslandi hefur velferðarsvið Reykjavíkurborgar gert úttektir á stöðu heimilislausra í Reykjavík árin 2009, 2012, 2017 og 2021. Úttektirnar 2009, 2012 og 2017 voru sambærilegar en það þarf að hafa í huga að gögnin frá úttektinni árið 2021 eru fengin með ólíkri aðferð og því er ekki hægt að bera hana saman við fyrri úttektir. Í öllum úttektunum var notast við skilgreiningu félagsmálaráðuneytisins og ETHOS á heimilisleysi. Í fyrstu þremur úttektunum voru ýmsar stofnanir og samtök sem koma að málefnum heimilislausra beðnar um að svara rafrænni könnun. Í fyrstu úttektinni voru það starfsmenn þjónustumiðstöðva í Reykjavík, Hjálpræðisherinn, Fangelsismálastofnun og samráðshópur um málefni utangarðsfólks sem svöruðu könnuninni. Starfsmenn þjónustumiðstöðva Reykjavíkurborgar, Samhjálp, Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands, Lögreglan á höfuðborgarsvæðinu og Fangelsismálastofnun ríkisins tóku síðan þátt í annarri úttektinni. Þessar stofnanir og samtök tóku einnig þátt í þriðju úttektinni, en SÁÁ og Landspítali Háskólasjúkrahús bættust einnig við. Í þessum könnunum var spurt um kyn, aldur, búsetuaðstæður, vitneskju um áfengis- og/eða aðra vímuefnaneyslu ásamt hugsanlegum orsökum heimilisleysis. Þar að auki var stofnunin eða samtökin beðin um að svara hvers kyns þjónustu þau veittu hverjum aðila og hvort þau hefðu vitneskju um stuðning frá öðrum stofnunum eða félagasamtökum. Í fyrstu úttektinni árið 2009 var einnig notast við vettvangsrannsókn þar sem tekin voru viðtöl við heimilislaust fólk og spurt út í félagslegar aðstæður, heilsufar og almennar grunnþarfir (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012; Reykjavíkurborg, 2021). Í nýjustu úttektinni hjá Reykjavíkurborg (2021) var ekki send út könnun heldur gerð úttekt á skráðum gögnum í málaskrám velferðarsviðs hvað varðar heimilislausa sem eru í þjónustu hjá Reykjavíkurborg. Í málaskrám er að finna upplýsingar sem hafa verið markvisst skráðar um þjónustu sem heimilislausir með miklar og flóknar þjónustuþarfir hafa fengið (Reykjavíkurborg, 2021).

Í kortlagningu á fjölda heimilislausra árið 2009 voru 121 einstaklingar sem töldust heimilislausir og af þeim voru 21 einstaklingar sem bjuggu í langtímabúsetuúrræðum. Hvað varðar kynjahlutfall voru 76% þeirra karlar og 24% konur. Í næstu úttekt árið 2012 voru 176 einstaklingar heimilislausir, þar af 62,6% karlar, 35,8% konur og 1,7% ekki vitað. Mikil fjölgun varð síðan á einstaklingum sem teljast heimilislausir frá úttektinni 2012 til

ársins 2017, eða úr 176 í 349. Af 349 einstaklingum voru 58 sem bjuggu í langtímabúsetuúrræði. Kynjahlutfallið var þó svipað þar sem 68% voru karlar, 31% konur og 1% ekki vitað. Fjölgun hefur einnig verið í aldurshópnum 18 til 30 ára á milli þessara þriggja úttekta. Árið 2009 var sá hópur 17% af heimilislausum í Reykjavík, 26,8% árið 2012 og 28% árið 2017 eins og sjá má í töflu eitt (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012).

Tafla 1 Fjöldi, kyn, aldur og ríkisfang 2009, 2012 og 2017

	2009	2012	2017
Karlar	92	112	238
Konur	29	64	108
Kyn ekki skráð	0	3	3
18-30 ára	20	48	98
Erlent ríkisfang	(5%)	(11%)	(11%)
Heildarfjöldi	121	176	349

(Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012)

Í útttektunum kom fram að stærsti hluti heimilislausra var með íslenskt ríkisfang. Þeim sem höfðu erlent ríkisfang fjölgaði þó aðeins á milli ára, eins og tafla eitt sýnir. Búsetuaðstæður síðastliðna þrjá mánuði á undan voru einnig skoðaðar þar sem mögulegt var að merkja við fleiri en einn flokk hjá hverjum og einum einstaklingi. Á töflu tvö má sjá að þeim er skipt niður í sex flokka: neyðarskýli, gatan, langtímastuðningsúrræði, ótryggar aðstæður, kvennaathvarf og er að ljúka stofnanavist. Stærsta hlutfall heimilislausra á öllum þremur árunum var skráð í ótryggar aðstæður, eða 39,7% árið 2009, 52% árið 2012 og 42% árið 2017. Næst á eftir var sá hópur sem hafði nýtt neyðarskýlin, það er 36% árið 2009, 33,5% árið 2012 og 33% árið 2017 (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012).

Tafla 2 Búseta 2009, 2012 og 2017

	2009	2012	2017
Neyðarskýli	36%	34%	33%
Gatan	17%	12%	21%
Langtíma stuðningsúrræði	17%	16%	16%
Ótryggar aðstæður	40%	52%	42%
Kvennaathvarf	0,01%	0,6%	0,003%
Er að ljúka stofanavist	22%	12%	27%

(Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012)

Algengasta lengd heimilisleysis var tvö ár eða lengur í fyrstu þrem úttektunum, eða 64,5% árið 2009, 38% árið 2012 og 33% árið 2017 eins og tafla þrjú sýnir (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012).

Tafla 3 Tímalengd heimilisleysis 2009, 2012 og 2017

	2009	2012	2017
0-3 mánuði	11,8%	10,6%	13%
4-11 mánuði	11,8%	28,5%	13%
1-2 ár	11,8%	17,3%	13%
2 ár eða lengur	64,5%	38%	39%
Ekki vitað	22%	0%	5,6%

(Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012)

Í úttektinni 2017 var lengd heimilisleysis eftir aldursflokkum einnig skoðuð, sem má sjá á töflu fjögur. Af þeim 48 heimilislausu einstaklingum árið 2017 á aldrinum 18 til 30 ára höfðu 13% verið heimilislaus í núll til þrjá mánuði, 40% í fjóra til ellefu mánuði, 19% í eitt til tvö ár, 23% í meira en tvö ár og ekki var vitað um lengd heimilisleysis hjá 6% (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017).

Tafla 4 Tímalengd heimilisleysis 18-30 ára 2017

	2017
0-3 mánuði	13%
4-11 mánuði	40%
1-2 ár	19%
2 ár eða lengur	23%
Ekki vitað	6%

(Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017)

Áfengis- og vímuefnaröskun er algengt vandamál meðal heimilislausra, eins og hefur komið fram hér að ofan. Árið 2009 var stærsti hópurinn að neyta bæði áfengis og fíkniefna að staðaldri, eða 58%. Árið 2012 var hinsvegar stærsti hópurinn sem neytti bara áfengis, eða 52% og síðan 49% sem neyttu annarra vímuefna en áfengi að staðaldri. Stærsti hópurinn árið 2017 var þeir sem neyttu áfengis og annarra vímuefna, en það ár var 65% heimilislausra með áfengis- og vímuefnaröskun. Skoðað var hversu margir væru með tvíþættan vanda árið 2017. Þær niðurstöður sýndu að af þeim 142 einstaklingum sem voru skráðir með geðröskun voru 80% einnig með áfengis- og/eða vímuefnaröskun, eins og sést á töflu fimm (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012).

Tafla 5 Geðraskanir og misnotkun vímuefna árið 2017

	Fjöldi	Hlutfall
Geðröskun ásamt áfengis- og vímuefnaröskun	64	45%
Geðröskun ásamt eingöngu vímuefnaröskun	35	25%
Geðröskun ásamt eingöngu áfengisröskun	15	11%
Eingöngu geðröskun til staðar	28	20%
Samtals	142	100%

(Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017)

Vandamál meðal heimilislausra geta verið fjölbreytt (Altena o.fl., 2010; Hwang, 2001) og í úttektunum árin 2009, 2012 og 2017 var skoðað hvort heimilislausir í Reykjavík væru í ákveðnum aðstæðum eða með ákveðin vandamál sem gætu ýtt undir heimilisleysi. Á töflu sex má sjá að áfengis- og vímuefnaröskun var helsta vandamál heimilislausra árið 2017 og geðraskanir komu næst á eftir því. Öll þrjú árin voru þessi þrjú vandkvæði efst á lista þegar

kom að aðstæðum og vanda sem geta ýtt undir heimilisleysi (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012).

Tafla 6 Aðstæður og vandi sem hefði getað ýtt undir heimilisleysi árið 2017

	Fjöldi	Hlutfall
Misnotkun annarra vímuefna en áfengis	242	67%
Áfengisröskun	206	57%
Geðröskun	142	39%
Ekki með öruggt húsaskjól	74	20%
Líkamlegur sjúkdómur	33	9%
Þroskafrávik	24	7%
Atvinnuleysi	20	6%
Hjónaskilnaður/sambúðarslit	13	4%
Er að ljúka afplánun	13	4%
Ofbeldi á heimili	13	4%
Útskrift af spítala	5	1%
Óöryggi við að búa ein/einn	1	0,30%

(Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017)

Nýjustu tölur um heimilislausa í Reykjavík eru frá úttekt velferðarsviðs Reykjavíkurborgar árið 2021 og voru 301 einstaklingar taldir heimilislausir eftir skilgreiningu ETHOS um heimilisleysi. Á töflu sjö má sjá að af þeim hópi voru 71% karlar og 29% konur. Í aldurshópnum 20 ára og yngri voru fjórir einstaklingar, sem er 1% af heildarfjölda en 63 einstaklingar í aldurshópnum 21 til 30 ára, eða 21%. Einstaklingar með erlent ríkisfang voru 11% (Reykjavíkurborg, 2021).

Tafla 7 Fjöldi, Kyn, aldur og ríkisfang 2021

	Fjöldi
Karlar	214
Konur	87
18-30 ára	67
Erlent ríkisfang	32

(Reykjavíkurborg, 2021)

Búsetan hjá þessum hóp var einnig skoðuð og á töflu átta má sjá að flestir voru í húsnæði fyrir heimilislausa, eða 40%. Hinum í hópnum var dreift í sex aðra flokka þar sem 31% var í neyðargistingu, 3% á víðavangi, 4% að útskrifast af stofnunum, 14% í húsnæði og með langtímastuðning, 7% í ótryggum húsnæðisaðstæðum og 1% sem býr við ofbeldisógn. Í úttektinni árið 2021 var lengd heimilisleysis, áfengis- og vímuefnaröskun eða helstu vandar heimilislausra ekki skoðuð eins og var gert í fyrrum úttektum (Reykjavíkurborg, 2021).

Tafla 8 Búseta 2021

	Fjöldi
Neyðargisting	93
Á víðavangi	8
Að útskrifast af stofnun	12
Langtímabústa með stuðningi	42
Í húsnæði fyrir heimilislausa	121
Í ótryggum aðstæðum	22
Býr við ofbeldisógn	3

(Reykjavíkurborg, 2021)

5 Stefna í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar gaf út stefnu í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir sem gildir frá árinu 2019 til 2025. Starfshópurinn sem vann að stefnunni var skipaður fulltrúum frá öllum flokkum og starfsfólki velferðarsviðs. Við gerð stefnunnar fundaði starfshópurinn alls 14 sinnum og komu ýmsir sérfræðingar að þeirri vinnu. Rætt var meðal annars um húsnæðismöguleika við ýmsa fulltrúa, eins og fulltrúa Félagsbústaða og fulltrúa umhverfis- og skipulagssviðs. Leitað var í smiðju Arndísar Vilhjálmsdóttur geðhjúkrunarfræðings og teymisstjóra samfélagsgeðteymis Landspítala, en neyðarskýlið á Lindargötu, Víðinesið og Draumasetrið voru einnig heimsótt þar sem hópurinn fékk að kynnast starfsemi þeirra og aðbúnaði. Í stefnunni kemur fram að velferðarsvið Reykjavíkurborgar vinnur eftir skilgreiningu ETHOS á heimilisleysi og notar hugtakið „heimilislaus með miklar og flóknar þjónustuþarfir“ í stað „utangarðsfólks“. Þegar að stefnan var í vinnslu fundaði starfshópurinn með sérfræðingi á Árnastofnun og deildarstjóra gæða og rannsókna á velferðarsviði Reykjavíkurborgar varðandi skilgreiningu á hugtökunum utangarðs og heimilislaus ásamt skilgreiningu ETHOS. Áður en stefnan var endanlega gefin út var kallað eftir umsögnum um hana ásamt því að haldnir voru tveir fundir þar sem fulltrúar ýmissa hagsmunahópa fengu tækifæri til þess að koma athugasemdum sínum á framfæri (Reykjavíkurborg, 2019).

Stefnan byggir á jafnræðisreglu stjórnarskrárinnar, sbr. 65. gr. laga nr. 33/1944, og mannréttindastefnu Reykjavíkurborgar þar sem kemur fram að tryggja eigi þeim sem glíma við heilbrigðis- og félagsvanda aðgengi að þjónustu líkt og öðrum borgarbúum og að þjónustan sé án aðgreiningar (Reykjavíkurborg, 2016; Reykjavíkurborg 2019). Samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga (nr. 40/1991) og lögum um húsnæðismál (nr. 44/1998) ber sveitarfélögum lagaleg skylda til þess að sinna málefnum heimilislausra og bregðast þá við húsnæðisvanda þeirra. Stefnan er því einnig byggð á þeim lögum og er heildstæð stefna um þá þjónustu sem velferðarsvið veitir þeim hópi sem skilgreindur er heimilislaus (Reykjavíkurborg, 2019).

Skaðaminnkandi nálgun og húsnæði fyrst er hugmyndafræði sem lögð er áhersla á í stefnu velferðarsviðs Reykjavíkurborgar um málefni heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir. Fram kemur að ávallt eigi að hafa skaðaminnkandi hugmyndafræði til hliðsjónar á öllum starfsstöðvum velferðarsviðs þegar unnið er með heimilislausu fólki. Þá er einnig mikilvægt að starfsfólk sé með nauðsynlega þjálfun og endurmenntun til þess

að geta nýtt slíka hugmyndafræði, og þar með lágmarkað þær áhættur sem vímuefnaneysla hefur hjá meðal annars heimilislausum. Hvað varðar hugmyndafræði húsnæði fyrst telur starfshópur stefnunnar mikilvægt að sett verði skýr stefna hjá Reykjavíkurborg hvað varðar útfærslu og innleiðingu hennar hér á landi. Með innleiðingu hennar væri þá markmiðið að komast í veg fyrir heimilisleysi á Íslandi ásamt því að bæta lífsgæði þjónustuþega og aðstandenda, draga úr álagi í nærsamfélagi og úr kostnaði ríkis og sveitarfélaga fyrir þennan hóp (Reykjavíkurborg, 2019).

Í stefnunni er tekið fram að þegar unnið er með heimilislausum eigi starfsfólk velferðarsviðsins og Reykjavíkurborgar að hafa það að leiðarljósi að sýna virðingu og fagmennsku á öllum stigum þjónustunnar. Starfsfólki ber að efla og auka sjálfsvirðingu notandans ásamt því að valdefla einstaklinginn og draga úr fordómum í samfélaginu. Þá kemur einnig fram að ávallt sé mikilvægt að horft sé til styrkleika sem sérhver einstaklingur býr yfir og að einstaklingsmiðuð nálgun sé notuð með það að markmiði að starfsfólk og notandi vinni saman að því að finna bestu lausnina við vanda sem steðjar að hverjum og einum. Framtíðarsýn stefnunnar byggir á til dæmis þessum atriðum en þar kom líka fram að allir íbúar eiga að hafa jöfn tækifæri til að lifa góðu og mannsæmandi lífi og enginn Reykvíkingur á að neyðast til að sofa úti. Auk þess er framtíðarsýnin sú að víðtækt samráð verði haft við notendur, stjórnvöld svo sem félagsmála- dóms- og heilbrigðisyfirvöld og fjárls félagasamtök. Þar að auki á Reykjavíkurborg að nýta þau tækifæri sem bjóðast í nærumhverfi sínu hvað varðar samvinnu við aðrar stofnanir og frjáls félagasamtök (Reykjavíkurborg, 2019).

Reykjavíkurborg hefur þurft að bera þungann af þjónustu við heimilislausa á höfuðborgarsvæðinu ásamt því að reka flestu úrræðin og þjónustu fyrir þennan málaflokk (Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu, 2023). Í úttekt velferðarsviðs Reykjavíkurborgar árið 2009 var hægt að skoða lögheimili hjá 87 heimilislausum einstaklingum. Af þeim voru 16 einstaklingar með lögheimili utan Reykjavíkur sem höfðu nýtt sér úrræði Reykjavíkurborgar, eða 18%, og í flestum tilfellum var um að ræða gistingu í neyðarskýlunum. Velferðarsvið Reykjavíkurborgar sagði þær niðurstöður vekja upp spurningar um hver aðkoma annarra sveitarfélaga sé að þjónustu við heimilislausa á Íslandi (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009). Samkvæmt skýrslu um samstarfsverkefni sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu er ekki nægt framboð af úrræðum í aðildarsveitarfélögum hennar og því er erfitt fyrir ráðgjafa og starfsfólk

félagsþjónustunnar þar að sinna þessum hópi í samræmi við þjónustuþarfir hans. Áhersla þessa aðila er á að grípa til aðgerða til þess að bæta stöðu heimilislausra í þessum sveitarfélögum (Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu, 2023).

6 Úrræði og þjónusta

Hópur heimilislausra þarf eins og aðrir hópar að sækja sér heilbrigðis- og félagsþjónustu, en það getur reynst þeim erfiðara en öðrum (Ríkisendurskoðun, 2022; Thompson o.fl., 2006). Þessi hópur er jaðarsettur, viðkvæmur og fjölbreyttur og því þurfa að vera til staðar fjölbreytt úrræði og þjónusta í boði fyrir hann (Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu, 2023). Í þessum kafla verður sagt frá úrræðum og þjónustu sem er í boði fyrir heimilislausa á Íslandi ásamt þjónustu sem hópurinn hefur getað nýtt sér áður en það varð heimilislaust, eins og barnavernd.

6.1 Barnavernd

Lögfest markmið barnaverndarlaga (nr. 80/2002) er að tryggja öllum börnum rétt á nauðsynlegri aðstoð ef þau búa við óviðunandi aðstæður eða ef þau stofna heilsu sinni og þroska í hættu, sbr. 2. gr. laganna. Ef slíkt kemur upp hjá barni, þá er það hlutverk barnaverndar að beita ráðstöfunum sem ætla má að séu barni fyrir bestu. Þá á alltaf að taka tillit til sjónarmiða og óska barnsins, en þó eftir því sem aldur þeirra og þroski gefur tilefni til. Hvert sveitarfélag ber ábyrgð á því að starfrækja barnaverndarþjónustu, og eru þau með fjölbreytt stuðningsúrræði fyrir börn. Þau geta þó einnig alltaf leitað til Barna- og fjölskyldustofu sem eru með sérhæfð meðferðarúrræði fyrir öll börn, en eitt af markmiðum þeirrar stofnunnar er að veita og styðja við þjónustu í þágu barna (Stjórnarráð Íslands, 2023).

Þegar þörf er fyrir því að barn fari í stuðningsúrræði á vegum Barna- og fjölskyldustofu, er viðeigandi úrræði ávallt valið í samráði við forsjáraðila barnsins og barnið sjálft. Staða barnsins og fjölskyldunnar er höfð að leiðarljósi þegar úrræði er valið og áhersla lögð á að stuðningur sé markviss og falli að þörfum hvers og eins. Stuðlar er eitt af stuðningsúrræðum þeirra og þar er börnum á aldrinum 12 til 18 ára þjónað. Á meðferðardeildinni þeirra fer fram greining á vanda barna og meðferð sem yfirleitt stendur yfir í sex til átta vikur. Lokaða deildin þeirra er hins vegar fyrir neyðarvistun vegna til dæmis óupplýst afbrots, ofbeldi eða vímuefnaneyslu unglings og er hámarkstími vistunar 14 dagar í senn. Lækjarbakki er eina meðferðarheimilið sinnar tegundar, en þar er pláss fyrir sex drengi á aldrinum 14 til 18 ára. Afbrotahegðun, ofbeldi, vímuefnaneysla, skóla- og námserfiðleikar eða sálfélagslegur vandi eru ástæður fyrir vistun barna á þessu meðferðarheimili og tekur meðferðin að jafnaði sex til tólf mánuði. Þegar um alvarlegan

hegðunarvanda á mörgum sviðum er að ræða hjá barni á aldrinum 12 til 18 ára er einnig hægt að notast við fjölkerfameðferð (MST), en sú meðferð er fyrir alla fjölskylduna. Fyrir foreldra barna með hegðunarerfiðleika er síðan í boði PMTO sem er sannprófað meðferðarprógramm. Þegar að grunur er um að barn sé þolandi kynferðisofbeldis eða annars líkamlegs ofbeldis er því vísað í viðtöl hjá Barnahúsi vegna könnunar eða skýrslutöku fyrir dómstóla. Sérfræðingar Barnahúss veita þá einnig viðeigandi meðferð fyrir þau sem hennar þurfa. Ef að barn sýnir hins vegar óviðeigandi kynhegðun, þá er því vísað í þjónustu sem er í höndum sálfræðinga sem sérhæfa sig á því sviði (Barna- og fjölskyldustofa, e.d.; Mennta- og barnamálaráðuneytið, 2024).

6.2 VoR-teymi

VoR-teymi er vettvangs- og ráðgjafateymi sem aðstoðar fólk sem er heimilislaust og með vímuefna- og geðröskun. Það er staðsett á Vesturmiðstöð og hlutverk þess að hafa yfirsýn yfir stöðu heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir. Auk þess sinnir teymið gestum neyðarskýlanna í samstarfi við ráðgjafa frá þjónustumiðstöðvum Reykjavíkur, og eru þá að vinna að forvörnum. Teymið veitir einstaklingsmiðaða ráðgjöf og stuðning á vettvangi. Þjónusta þeirra er einnig í hreyfanlegu formi og með sveigjanleika til þess að geta mætt þörfum hvers og eins sem þiggur þjónustu hjá þeim (Reykjavík, e.d.-h; Reykjavíkurborg, 2019). Helstu verkefni teymisins eru eftirfarandi:

- Styðja einstaklinga sem tilheyra markhópi þjónustunnar við að halda heimili meðal annars á grundvelli hugmyndafræðinnar húsnæði fyrst
- Vera málsvari þeirra þegar þeir óska eftir því
- Stuðningur við að tengjast öðrum stofnunum þegar þörf er á
- Veita stuðning við að sækja aðra þjónustu (Reykjavíkurborg, 2019).

Árið 2021 voru 40% heimilislausra í VoR-teyminu. Á töflu níu má sjá að meiri hluti þeirra voru karlar, eða 78 og 42 konur. Af þeim fjórum sem voru heimilislausir á aldrinum 20 ára og yngri voru tveir í VoR-teyminu og 26 af þeim 63 sem voru á aldrinum 21 til 30 ára. Ef þessir aldurshópar eru settir saman má sjá að 42% heimilislausra á aldrinum 18 til 30 ára sóttu þjónustu til teymisins (Reykjavíkurborg, 2021).

Tafla 9 Fjöldi, kyn og aldur í VoR-teyminu 2021

	Fjöldi
Karlar	78
Konur	42
18-30 ára	28

(Reykjavíkurborg, 2021)

Á töflu tíu má sjá að hæsta hlutfall þeirra sem fengu þjónustu frá teyminu árið 2021 voru einstaklingar sem voru í húsnæði fyrir heimilislausa, eða 39%. Næst hæsta hlutfallið var einstaklingar í neyðargistingu, eða 29%, og þar á eftir þeir sem voru í húsnæði og með langtímastuðning, eða 19%. Nokkrir voru að útskrifast af stofnunum, eða 6%, í ótryggum húsnæðisaðstæðum, 5%, og 2% bjó við ofbeldisógn (Reykjavíkurborg, 2021).

Tafla 10 Búseta í þjónustu VoR-teymis 2021

	Fjöldi
Neyðargisting	35
Á víðavangi	0
Að útskrifast af stofnun	7
Langtímabústa með stuðningi	23
Í húsnæði fyrir heimilislausa	47
Í ótryggum aðstæðum	6
Býr við ofbeldisógn	2

(Reykjavíkurborg, 2021)

6.3 Fjárhagsaðstoð

Hverjum manni er skylt að framfæra sjálfan sig, maka sinn og börn yngri en 18 ára samkvæmt 19. gr. laga um félagsþjónustu sveitarfélaga (nr. 40/1991). Ef einstaklingur á erfitt með slíkt eiga sveitarfélög að sjá um að veita honum þjónustu og aðstoð, með til dæmis fjárhagsaðstoð, til þess að ná slíkum markmiðum, sbr. 12. gr. sömu laga. Fjárhagsaðstoð er að jafnaði veitt sem styrkur og er upphæð mismunandi eftir sveitarfélögum. Hjá Reykjavíkurborg er hægt að sækja um fjárhagsaðstoð rafrænt á vefsíðu Reykjavíkurborgar eða með því að fylla út eyðublað hjá þjónustumiðstöð. Ýmsar upplýsingar þurfa að fylgja með umsókninni, eins og lögheimili umsækjandans,

fjölskyldugerð, nafn maka og barna á framfæri ásamt upplýsingum um skráningu í nám. Auk þess þarf að fylgja yfirlit yfir eignir og tekjur vegna síðastliðins árs, og tekjur og aðrar greiðslur þann mánuð sem umsókn er lögð fram og mánuðinn á undan. Dvalarleyfi þarf einnig að fylgja með umsókninni í þeim tilfellum sem það á við (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Reykjavíkurborg, 2024).

Til þess að fá fjárhagsaðstoð þarf einstaklingur að hafa náð 18 ára aldri. Hjá einstaklingi sem er 18 ára eða eldri og rekur sitt eigið heimili getur grunnfjárhæð fjárhagsaðstoðar numið allt að 228.689 krónum á mánuði hjá Reykjavíkurborg. Grunnfjárhæð fjárhagsaðstoðar hjá einstaklingi sem hefur hins vegar ekki aðgang að húsnæði, býr hjá öðrum eða er að leigja húsnæði án þinglýsts leigusamnings er upphæðin allt að 192.682 krónur. Félagslega ráðgjöf skal veita samhliða fjárhagsaðstoð, en einnig þarf að kanna sérstaklega aðstæður þeirra umsækjenda sem hafa fengið fjárhagsaðstoð lengur en þrjá mánuði (Reykjavíkurborg, 2024). Fjölgun hefur orðið af einstaklingum með fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg frá árinu 2020 til ársins 2022 úr 2539 í 3352, eins og sjá má á töflu 11. Þeim fækkaði þó í 3260 árið 2023. Það má einnig sjá að fjölgun hefur verið á einstaklingum með fjárhagsaðstoð til framfærslu í aldurshópum 18 til 19 ára og 20 til 24 ára. Hlutfall þessara aldurshópa miðað við heildarfjölda hefur þó minnkað á milli ára þar sem aldurshópurinn 18 til 19 ára fer úr 4,2% í 4% og 20 til 24 ára úr 15,7% í 12,7% (Reykjavík, e.d.-b).

Tafla 11 Notendur fjárhagsaðstoðar til framfærslu í Reykjavík eftir aldri

	2020		2021		2022		2023	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
18-19 ára	106	4,2	84	3,5	121	3,6	132	4
20-24 ára	399	15,7	353	14,5	445	13,3	413	12,7
25-29 ára	474	18,7	444	18,2	533	15,9	501	15,4
30-39 ára	764	30,1	755	31	991	29,6	971	29,8
40-49 ára	417	16,4	448	18,4	655	19,5	581	17,8
50-59 ára	221	8,7	236	9,7	365	10,9	383	11,7
60-66 ára	87	3,4	90	3,7	176	5,3	173	5,3
67 ára og eldri	71	2,8	23	0,9	66	2	106	3,3
Samtals	2539	100	2433	100	3352	100	3260	100

(Reykjavík, e.d.-b)

6.4 Félagslegt leiguhúsnæði

Einstaklingar eða fjölskyldur sem eru ekki fær um að sjá sér fyrir húsnæði vegna lágra launa, þungrar framfærslubyrðar eða annarra félagslegra aðstæðna á að geta leitað til síns sveitarfélags, þar sem það á að tryggja framboð af leiguhúsnæði, félagslegu kaupleiguhúsnæði og/eða félagslegum eignaríbúðum fyrir þann hóp (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991). Félagslegt leiguhúsnæði skiptist í fjóra flokka, en þeir flokkar fara eftir því hver staða einstaklingsins sem sækir um er. Fyrsti flokkur er almennt félagslegt leiguhúsnæði, en það er ætlað fjölskyldum og einstaklingum sem eru ekki færir um að sjá sér fyrir húsnæði vegna félagslegra aðstæðna, þungrar framfærslubyrðar og lágra launa. Áfangahúsnæði telst einnig undir þeim flokki, en það er úthlutað tímabundið og með skilyrði um samning um eftirfylgd. Húsnæði fyrir fatlað fólk er flokkur númer tvö, en það eru íbúðir sem hafa verið gerðar aðgengilegar fyrir þennan ákveðna hóp. Tveir undirflokkar eru í þessum umsóknum, sem er sértækt húsnæði fyrir fatlað fólk og húsnæði með stuðningi. Fyrrnefndi undirflokkurinn er fyrir þá sem þurfa umfangsmikla aðstoð og stuðning til að geta búið á eigin heimili en sá síðari fyrir þá sem þurfa nokkurn stuðning. Þriðji flokkurinn er húsnæði fyrir heimilislausa með miklar og flóknar þjónustuþarfir. Slík húsnæði er fyrir þá sem geta ekki búið í almennu félagslegu leiguhúsnæði og þurfa sértæka þjónustu að halda vegna alvarlegra vímuefna- og/eða geðraskanna. Fjórði og síðasti flokkurinn er þjónustuíbúðir aldraðra. Þær íbúðir eru ætlaðar öldruðum sem þurfa aðstoð og stuðning til að geta búið á eigin heimili. Slíkar íbúðir er einnig hægt að úthluta sem áfangahúsnæði (Reykjavíkurborg, 2023).

Einstaklingur sækir um félagslegt leiguhúsnæði hjá sínu sveitarfélagi og eru það fjölskylduhagir, félagslegar aðstæður, tekjur og eignir sem ráða í aðalatriðum úthlutun slíkra íbúða. Reglur um skilyrði fyrir úthlutun félagslegra íbúða og rekstur þeirra getur verið mismunandi eftir sveitarfélögum þar sem hvert sveitarfélag setur sér nánari reglur um slíkt (Ísland.is, e.d.). Í Reykjavíkurborg voru rétt undir 1000 manns á biðlista fyrir félagslegu leiguhúsnæði, óháð flokkum. Fólki á biðlista fyrir almennt félagslegt leiguhúsnæði fækkaði milli áranna 2020 til 2021 úr 643 einstaklingum í 494, en hækkaði þó aftur upp í 619 einstaklinga árið 2022 eins og sjá má á töflu 12. Biðlistarnir fyrir húsnæði fyrir fatlað fólk hafa hins vegar nokkurn vegin staðið í stað milli áranna 2020 og 2022, þá lægst 135 einstaklingar og hæst í 139. Það sama á við um biðlistann fyrir húsnæði

fyrir heimilislausa þar sem tölurnar voru lægst 65 einstaklingar og hæst í 69 (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023).

Tafla 12 Meðaltal umsækjenda á biðlistum fyrir félagslegu leiguhúsnæði í Reykjavík árin 2020, 2021 og 2022

	2020	2021	2022
Almennt félagslegt leiguhúsnæði	643	494	619
Húsnæði fyrir fatlað fólk	139	135	135
Húsnæði fyrir heimilislausa	69	68	65
Samtals	982	828	952

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar (munnleg heimild, 23. október 2023)

6.5 Búsetuúrræði

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar rekur fimm smáhýsi sem eru ætluð heimilislausum einstaklingum. Húsnæðið er byggt á húsnæði fyrst hugmyndafræðinni, og er þá um að ræða sjálfstæða búsetu en íbúarnir fá þó stuðning í formi innlita og eftirlits. Íbúunum er einnig boðið að gera einstaklingsáætlun um þjónustu VoR-teymisins og geta þá fengið innlit frá teyminu alla virka daga. Einstaklingar sem eru í virkri áfengis- og/eða vímuefnaneyslu eða eru með önnur veikindi eiga erfitt með að fá úthlutað búsetuúrræði. Markmið með úthlutun í smáhýsi er að veita þessum hópi öruggt skjól, sem er mikilvægt þar sem húsnæði er ein af grunnþörfum hvers einstaklings. Með komu smáhýsanna er Reykjavíkurborg að framfylgja mannréttindastefnu Reykjavíkurborgar og stefnu í málefnum heimilislauss fólks með miklar og flóknar þjónustuþarfir. Smáhýsin eiga að verða 20 í heildina og staðsett á víð og dreif um höfuðborgarsvæðið (Reykjavík, 2021; Reykjavíkurborg, 2019).

Búsetuúrræði fyrir karlmenn með tvígreiningu og miklar og flóknar þjónustuþarfir er staðsett á Miklubraut og er skilgreint sem fötlunarúrræði. Íbúar þar þurfa ekki að hætta notkun áfengis og/eða annarra vímuefna en þurfa að vera í tengslum við félagsráðgjafa á þjónustumiðstöð. Allir fá einstaklingsbundna og sveigjanlega þjónustu ásamt víðtækum stuðningi sem er partur af endurhæfingu og aðlögun að sjálfstæðri búsetu. Dvalarsamningur er gerður við íbúana og þurfa þeir að greiða leigu og fæðisgjald, en þeir fá morgunmat og eina heita máltíð á dag. Á Njálsgötu er annað búsetuúrræði sem velferðarsvið rekur og er það með pláss fyrir átta heimilislausa karlmenn. Algengt er að

íbúar þar séu með tvíþættan vanda og úrræðið er ætlað þeim hóp heimilislausra karla sem eru verst settir og erfiðlegast hefur gengið að veita þjónustu. Líkt og á Miklubrautinni er þess ekki krafist að íbúar hætti neyslu áfengis og/eða annarra vímuefna en íbúar þurfa að vera í tengslum við félagsráðgjafa á þjónustumiðstöð. Það er einnig boðið upp á morgunmat og eina heita máltíð á dag og íbúar þurfa að greiða leigu og fæðisgjald (Reykjavíkurborg, 2019).

Á Hringbraut eru fimm íbúðir sem eru sérstaklega ætlaðar fyrir konur, en alls eru 11 íbúðir í því úrræði. Hér er um að ræða sjálfstæða búsetu sem er byggð á húsnæði fyrst hugmyndafræðinni. Íbúar á Hringbraut eru í sumum tilfellum með tvígreiningar, en úrræðið er þó ekki stofnað með þann hóp í huga. Úrræðið var byggt upp fyrir þá sem eru heimilislausir, með miklar og flóknar þjónustuþarfir og erfiðlega hefur gengið að veita þjónustu. Íbúar á Hringbraut þurfa ekki að hætta notkun áfengis og/eða annarra vímuefna þar sem aðalmarkmið úrræðisins er að veita heimilislausum konum og körlum öruggt heimili. VoR-teymið veitir íbúum stuðning með einstaklingsmiðaðri þjónustu. Starfsfólkið sem vinnur á Hringbraut veitir þeim einnig ýmsa ráðgjöf, en það er til staðar fyrir íbúana hluta sólarhringsins (Reykjavíkurborg, 2019).

6.6 Neyðarskýli

Þrjú neyðarskýli eru starfandi í Reykjavík fyrir heimilislaust fólk með miklar og flóknar þjónustuþarfir, tvö af þeim eru fyrir karla og eitt fyrir konur. Í þeim er boðið upp á kvöldverð ásamt morgunmat og eru þau öll opin frá 17 á daginn til 10 næsta morgun (Reykjavík, e.d.-e). Á Lindargötu 48 er eitt neyðarskýli sem er fyrir heimilislausa karlmenn. Þar er pláss fyrir 25 einstaklinga hverja nótt (Reykjavík, e.d.-g). Fjöldi einstaklinga sem hefur nýtt sér neyðarskýlið á Lindargötu hefur fjölgað frá árinu 2020 til ársins 2022, eins og sjá má á töflu 13. Árið 2020 voru 139 einstaklingar sem gistu þar, en árið 2021 var fjöldinn kominn upp í 167 einstaklinga. Enn meiri fjölgun var síðan árið 2022, en þá voru 239 einstaklingar sem nýttu sér neyðarskýlið á Lindargötu. Fjöldi gistinátta hefur líka aukist með árunum, en þær voru 4664 árið 2020, 6360 árið 2021 og 9071 árið 2022. Algengasti aldurinn í þessu neyðarskýli árið 2020 var 30 til 39 ára. Sá aldursflokkur var einnig algengastur árin 2021 og 2022 og því næst var 40 til 49 ára. Fæstir voru á aldrinum 18 til 19 ára og 20 til 24 ára. Í yngsta flokknum kom enginn árin 2020 og 2021 en einn kom árið 2022. Á aldrinum 20 til 24 ára komu sjö árið 2020, 11 árið 2021 og 15 árið 2022 og

því einnig fjölgun þar á milli ára (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023).

Tafla 13 Fjöldi gesta og gistinátta í neyðarskýli á Lindargötu eftir aldri árin 2020, 2021 og 2022

	2020		2021		2022	
	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta
18-19 ára	0	0	0	0	1	15
20-24 ára	7	78	11	143	15	222
25-29 ára	10	62	11	108	21	336
30-39 ára	39	1324	59	1769	78	2511
40-49 ára	33	678	36	1167	54	1875
50-59 ára	31	1279	34	2413	42	2604
60 ára og eldri	19	1243	16	760	28	1508
Samtals	139	4664	167	6360	239	9071

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar (munnleg heimild, 23. október 2023)

Á Grandagarði 1A er annað neyðarskýli fyrir heimilislausa karlmenn, og er það sérstaklega fyrir yngri menn. Þar eru 15 pláss fyrir hverja nótt (Reykjavík, e.d.-f). Fjöldi einstaklinga sem nýttu sér neyðarskýlið við Grandagarð fækkaði frá árinu 2020 til ársins 2021 úr 146 einstaklingum í 130, eins og sjá má á töflu 14. Fjöldinn hækkaði þó aftur árið 2022, en þá voru 181 einstaklingar sem nýttu sér neyðarskýlið. Fjölda gistinátta hefur fjölgað með árunum, eins og á neyðarskýlinu á Lindargötu. Árið 2020 voru gistinæturnar 3781, árið 2021 var það 4596 og síðan 6150 árið 2022. Þó að neyðarskýlið við Grandagarð sé ætlað yngri mönnum er algengasti aldurinn þar einnig 30 til 39 ára öll þrjú árin og þar á eftir 40 til 49 ára. Árið 2022 er aldursskiptingin mjög svipuð á neyðarskýlunum við Grandagarð og á Lindargötu, og á báðum stöðum er það aldurshópurinn 30 til 39 ára sem gistir einnig flestar næturnar í neyðarskýlunum. Ef aldursflokkarnir 18 til 19 ára og 20 til 24 ára eru teknir saman, þá voru 17 árið 2020, 16 árið 2021 og 19 árið 2022 og því smá fjölgun frá árinu 2021 til 2022 (Reykjavík, e.d.-e; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023).

Tafla 14 Fjöldi gesta og gistinátta í neyðarskýli við Grandagarð eftir aldri árin 2020, 2021 og 2022

	2020		2021		2022	
	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta
18-19 ára	2	3	1	2	4	27
20-24 ára	15	204	15	322	15	254
25-29 ára	19	383	13	422	25	840
30-39 ára	43	1375	47	1768	65	2796
40-49 ára	31	723	31	942	37	1201
50-59 ára	27	932	16	563	22	652
60 ára og eldri	9	161	7	577	13	380
Samtals	146	3781	130	4596	181	6150

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar (munnleg heimild, 23. október 2023)

Konukot er neyðarskýli fyrir heimilislausar konur og er það staðsett í Eskihlíð 4. Gistiplássin þar eru 12 fyrir hverja nótt (Reykjavík, e.d.-d). Fjöldi gesta í Konukoti jókst frá árinu 2020 til ársins 2021 úr 94 í 99 eins og tafla 15 sýnir. Árið 2022 minnkaði hinsvegar fjöldi gesta í 92. Fjöldi gistinátta jókst þó á milli allra áranna þar sem árið 2020 var fjöldinn 2709, 2993 árið 2021 og 3843 árið 2022. Líkt og með neyðarskýlin fyrir karlmennina er algengasti aldurinn í Konukoti 30 til 39 ára öll árin, og þar á eftir 40 til 49 ára. Minnsti hópurinn er á aldrinum 18 til 19 ára og næst á eftir 60 ára og eldri. Ef aldursflokkarnir 18 til 19 ára og 20 til 24 ára eru teknir saman, þá voru 16 árið 2020, 11 árið 2021 og 13 árið 2022 og því örlítil fjölgun frá árinu 2021 til 2022 en þó færri þá en árið 2020 (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023).

Tafla 15 Fjöldi gesta og gistinátta í Konukoti eftir aldri árin 2020, 2021 og 2022

	2020		2021		2022	
	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta	Fjöldi gesta	Fjöldi gistinátta
18-19 ára	2	42	2	6	4	28
20-24 ára	14	149	9	180	9	52
25-29 ára	10	188	8	162	12	440
30-39 ára	25	523	34	673	28	951
40-49 ára	22	842	27	939	20	1101
50-59 ára	11	597	11	538	11	814
60 ára og eldri	10	368	8	495	8	457
Samtals	94	2709	99	2993	92	3843

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar (munnleg heimild, 23. október 2023)

6.7 Félagsleg ráðgjöf

Félagsleg ráðgjöf hefur það markmið að veita upplýsingar og leiðbeiningar um félagsleg réttindamál annars vegar og stuðning vegna félagslegs og persónulegs vanda hins vegar. Þetta kemur fram í 16. gr. laga um félagsþjónustu sveitarfélaga (nr. 40/1991) ásamt því að hver félagsmálanefnd á að bjóða upp á slíka þjónustu. Með félagslegri ráðgjöf er hægt að hjálpa fólki til sjálfshjálpar með fjölbreyttum leiðum, til dæmis í samvinnu með öðrum aðilum eins og skóla, heilsugæslustöð eða öðrum sem eiga við. Í Reykjavíkurborg þarf einstaklingur að vera orðinn 18 ára eða eldri og með lögheimili í Reykjavík til þess að fá félagslega ráðgjöf þeim að kostnaðarlausu. Ráðgjöfin fer fyrst fram í síma, og er það símtal í sumum tilvikum nóg en í öðrum tilvikum leiðir það til langvarandi ráðgjafar. Þá er gerð einstaklingsáætlun með viðkomandi, og getur hún snúið að mörgum þáttum eins og fjárhagsaðstoð, virkni í atvinnuleysi, stuðning við húsnæðisleit og vegna skertrar starfsgetu (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Reykjavík, e.d.-a). Samkvæmt 18. gr. laganna eiga sveitarfélög að ráða félagsráðgjafa til þess að sinna félagslegri ráðgjöf. Ef þörf er á frekari sérfræðiþekkingu á einnig að ráða þroskaþjálfa, iðjuþjálfa, sálfræðinga og aðra sérfræðinga til starfa (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

6.8 Starfsendurhæfing

Atvinnutengd starfsendurhæfing, samkvæmt 3. gr. laga um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða (nr. 60/2012), er ferli þar sem einstaklingur með skerta starfsgetu fær ráðgjöf og viðeigandi úrræði. Í lokaskýrslu starfshóps um starfsendurhæfingu á Íslandi kemur fram að starfsendurhæfing er ætluð þeim hópi sem hafa ekki komist inn á vinnumarkað, hafa horfið af honum eða eiga í hættu að hverfa af honum vegna læknisfræðilegra og/eða félagslegra vandamála. Þar kemur einnig fram að markmið starfsendurhæfingar er að styðja þennan hóp með markvissri og skipulagðri líkamlegri, andlegri og félagslegri þjálfun svo hver og einn öðlist fótfestu á vinnumarkaðinum. Starfsendurhæfing á að vera einn þáttur í heildstæðu kerfi endurhæfingar. Með samvinnu ríkis og sveitarfélaga er hægt að vinna skilvirkt að því að sem flestir eigi kost á því að vera virkir á vinnumarkaðinum (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2005; Lög um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða nr. 60/2012).

VIRK er starfsendurhæfingarsjóður sem var stofnaður 19. maí árið 2008 og hófst starfsemi hans í ágúst sama ár. Opinberir atvinnurekendur og stéttarfélög opinberra starfsmanna urðu stofnaðilar VIRK í byrjun árs 2009. Út frá því var samið um þjónustu sérhæfðra ráðgjafa í starfsendurhæfingu við stéttarfélög eða samtök stéttarfélaga um allt land. Mikil þörf hefur verið fyrir þjónustu VIRK síðan það var stofnað og hefur vöxtur stofnunarinnar verið stöðugur. Árið 2009 voru 363 einstaklingar sem sóttu þjónustu í VIRK en árið 2023 var fjöldinn kominn upp í 2303 einstaklinga. Sá hópur einstaklinga sem sækir þjónustu í VIRK er fjölbreyttur. Einstaklingarnir eru á öllum aldri, með mismunandi menntun og úr ólíkum starfsgreinum. Aðstæður þeirra eru einnig misjafnar, en það eru þó einstaklingar sem hafa ekki starfsgetu vegna andlegra sjúkdóma eða stoðkerfisvandamála sem er algengasti hópurinn, eða 80%. Starfsfólk VIRK er með fjölbreytta menntun og reynslu og því er hægt að veita fjölbreytta þjónustu við ýmsum vanda. Þjónustukönnun er gerð til þess að kanna ánægju þeirra sem leita sér aðstoðar hjá VIRK, og hefur hún komið vel út þar sem níu af hverjum tíu eru ánægð með ráðgjafa og þjónustuna þeirra. Frá því að VIRK var opnað hefur úrræðið skilað miklum árangri og ávinningi á ýmsum sviðum. Mikill fjárhagslegur og samfélagslegur ávinningur kemur út frá þjónustunni þar sem VIRK hefur meðal annars skilað þúsundum einstaklinga í virka þátttöku á vinnumarkaðinum (VIRK, e.d.).

Grettistak er endurhæfingarúrræði fyrir einstaklinga með vímuefnaröskun og hóf það starfsemi sína árið 2001. Úrræðið er samstarfsverkefni Tryggingastofnunar ríkisins og félagsþjónustu nokkurra sveitarfélaga ásamt þjónustumiðstöðvum Reykjavíkur. Stutt skólaganga, stopul atvinnuþátttaka, húsnæðisvandi, lélegt félagslegt net, lágt sjálfsmat og afbrotaferill er oft á tíðum það sem einkennir þá sem sækja þjónustu í Grettistaki. Þessi hópur á einnig það sameiginlegt að hafa reynt að ná bata með litlum árangri, hafa ítrekað farið á meðferðarstofnanir og eru langtímanotendur félagsþjónustunnar. Þátttaka á atvinnumarkaði eða í námi er markmið og tilgangur úrræðisins, en til þess að ná því markmiði eru einstaklingarnir studdir til sjálfshjálpar. Bætt lífsskilyrði og fjárhagslegt sjálfstæði fylgir þegar slíku markmiði er náð (Erla Björg Sigurðardóttir og Margrét Þorvaldsdóttir, 2014). Inntökuskilyrðin í Grettistak eru eftirfarandi:

- Einstaklingur þarf að hafa farið allavega í tvær meðferðir sem hafa skilað litlum árangri
- Einstaklingur þarf að hafa verið notandi félagsþjónustunnar vegna atvinnuleysis undanfarin tvö ár
- Í þeim sveitarfélögum sem hafa ekki skólastyrksúrræði fyrir 20 til 25 ára einstaklinga er aldursmörkin 20 ár, en annars 25 ár (Erla Björg Sigurðardóttir, 2007; Erla Björg Sigurðardóttir og Margrét Þorvaldsdóttir, 2014).

Í Reykjavík hóf Grettistak starfsemi sína 1. mars 2007, og er það samstarfsverkefni allra þjónustumiðstöðva en er þekkingarstöðvaverkefni Vesturmiðstöðvarinnar. Einstaklingsmiðuð 18 mánaða endurhæfing er í Grettistaki, en stór hluti af meðferðinni er þó hópastarf. Endurhæfingin byggir á hugmyndafræði um áfengis- og vímuefnaröskun, batalíkan, breytingarlíkan, sagnanálgun, kenningum um félagslegt tengslanet og hugrænni atferlisfræði, og er henni skipt í þrjá hluta. Fyrstu þrjá mánuðina er meðal annars unnið með bata, félagslegt tengslanet, sjálfsmat og sjálfstyrkingu. Í fjórða og fimmta mánuði er unnið meira í til dæmis lífsleikni, líkamsrækt og almennum réttindum og skyldum á vinnumarkaði til þess að undirbúa einstaklinginn á vinnumarkaðinn. Síðustu þrettán mánuðirnir fara síðan í atvinnu eða nám með stuðningi. Eftir þessa 18 mánaða endurhæfingu er síðan tveggja ára eftirfylgd í formi stuðningsviðtala og hópastarfs og

áframhaldandi stuðning vegna starfs og/eða náms. Fjölda einstaklinga sem hafa farið í endurhæfingu hjá Grettistaki hefur fjölgað frá árinu 2020 til 2023, eins og tafla 16 sýnir (Erla Björg Sigurðardóttir og Margrét Þorvaldsdóttir, 2014; Erla Björg Sigurðardóttir, 2007; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2024).

Tafla 16 Fjöldi í Grettistaki 2020-2023

	Fjöldi
2020	158
2021	208
2022	190
2023	223

(Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2024)

Ylfa Rós Þorleifsdóttir framkvæmdi matsrannsókn á Grettistaki þar sem markmiðið var að kortleggja þarfir þeirra sem voru virkir þátttakendur á þeim tíma ásamt því að meta hvort úrræðið væri að mæta þörfum þeirra út frá eigin markmiðum og tilgangi úrræðisins. Send var spurningalistakönnun á 127 af þeim 143 virkum þátttakendum sem nýttu sér úrræðið árið 2021. Þriðjungur þess fjölda svaraði könnuninni og sýndu niðurstöður hennar að 98% fannst úrræðið mæta þörfum sínum. Spurt var einnig út í hversu ánægðir þátttakendurnir væru með Grettistak á heildina litið, og á skalanum 0 – 10 voru svör þátttakendanna að meðaltali 9,57. Það voru þó 4,7% þátttakenda sem töldu sig þurfa á frekari aðstoð að halda (Ylfa Rós Þorleifsdóttir, 2021).

6.9 Geðheilbrigðisþjónusta

Heilsugæslan er fyrsti viðkomustaður einstaklings sem þarfnast aðstoðar vegna geðraskanna. Heilsugæslustöðvar eiga að veita geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og fullorðna þegar vandinn er vægur eða miðlungs alvarlegur, og er þá aðallega um að ræða meðferð við þunglyndi, kvíða og áföllum. Slík meðferð felur í sér mat á vanda, meðferðaráætlun og sálfræðimeðferð, og þá í formi einstaklings- og hópmeðferðar. Mikil fjölgun hefur verið á árunum 2011 til 2020 hjá þeim sem nýttu sér geðheilbrigðisþjónustu á heilsugæslum, eða um 81%. Sjúkrahús á Íslandi sinna þá helst annars og þriðja stigs geðheilbrigðisþjónustu. Ýmsar geðdeildir eru á Landspítalanum, bæði bráðadeildir og almennar deildir. Á bráðadeildum er legutíminn að meðaltali 10 dagar, en þær deildir eru

fjórar og heita Móttökudeild fíknimeðferðar, Geðgjörgæsla, Meðferðardeild geðrofssjúkdóma og Móttökugeðdeild. Á hinum fjórum deildunum er legutíminn lengri og innlagnir færri á hverju ári. Þær heita Endurhæfingargeðdeild, Réttargeðdeild, Öryggisgeðdeild og Laugarás. Hvað varðar þróun á fjölda einstaklinga sem nýttu sér slíka þjónustu milli áranna 2011 til 2020, fækkaði komum vegna geð- og atferlisraskana um 24% og innlögnum um 16%. Það má rekja til þess að frá árinu 2017 hafa tekið til starfa sex geðheilsuteymi á heilsugæslum. Ástæðan fyrir því að teymunum var fjölgað úr einu og upp í sex er að reynslan af fyrsta teyminu reyndist góð og innlögnum á geðdeild fækkaði (Gunnlaug Thorlacius, munnleg heimild, 26. október 2023; Ríkisendurskoðun, 2022).

Frá árunum 2020 til 2022 hefur innlögnum á geðdeildir Landspítalans þó fjölgað, eins og sjá má á töflu 17. Þróunin á innlögnum er mismunandi eftir aldri og kyni. Í aldursflokknum 19 ára og yngri og 20-29 ára er fjölgun á innlögnum kvenna en ekki hjá körlum. Í eldri aldursflokkunum er þó á flestum stöðum fjölgun hjá báðum kynjum. Þegar allur aldur og kyn er tekið saman, þá fjölgaði innlögnum úr 1878 árið 2020 í 2236 árið 2022. Hafa þarf þó í huga að tölurnar sýna ekki fjölda þeirra sem hafa fengið innlögn á geðdeildum Landspítalans þar sem hver einstaklingur getur verið með fleiri en eina innlögn. Grá svæði hafa myndast varðandi ábyrgð á því hver eigi að veita tiltekna geðheilbrigðisþjónustu og bera kostnað hennar, en óljóst er hver eigi að bera hana. Aðstæður þar sem einstaklingur er með langvinnan vanda og þarf bæði á úrræðum frá heilbrigðis- og félagslega kerfinu samtímis að halda falla oft inn í þetta gráa svæði. Einstaklingar sem glíma við fíkn og heimilisleysi falla því inn í gráa svæðið sem getur leitt til þess að þeir fá ekki þjónustu við hæfi. Ýmsir stýri- og verkefnahópar hafa þó unnið þvert á ráðuneytin með þann tilgang að útrýma gráum svæðum í geðheilbrigðisþjónustu og þá bæta þjónustu, meðal annars fyrir heimilislausa (Gunnlaug Thorlacius, munnleg heimild, 26. október 2023; Ríkisendurskoðun, 2022).

Tafla 17 Fjöldi innlagna á geðdeildir Landspítalans eftir kyni árin 2020, 2021 og 2022

		19 ára og yngri	20-29 ára	30-39 ára	40-49 ára	50-59 ára	60-69 ára	70-79 ára	80 ára og eldri	Samtals
2020	KK	40	352	291	190	114	57	23	4	1071
2020	KVK	48	175	212	128	86	98	51	9	807
2021	KK	32	342	368	182	112	71	34	6	1147
2021	KVK	49	221	303	149	105	86	53	4	970
2021	Kynsegin	0	3	0	0	0	0	0	0	3
2022	KK	38	320	380	196	142	79	57	6	1218
2022	KVK	56	284	269	170	100	86	40	10	1015
2022	Kynsegin	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Samtals		263	1700	1823	1015	659	477	258	39	6234

Gunnlaug Thorlacius (munnleg heimild, 26. október 2023)

6.10 Vímuefnameðferð

Samtals eru 75 legurými fyrir afeitrun á Íslandi. Á Landspítala Háskólasjúkrahúsi eru 15 og 60 á Sjúkrahúsinu Vogi. Nýverið var opnuð deild á Landspítalanum ætluð börnum sem þurfa afeitrun vegna fíkniefnanotkunar en þar eru tvö rými. Fjöldi plássa í inniliggjandi eftirmeðferð eru samtals 112, þar af 61 rými á eftirmeðferðarstöðinni Vík, 30 í Hlaðgerðarkoti og 21 í Krýsuvík. Þá eru göngudeildir reknar á vegum fyrrgreindra aðila. Hjá SÁÁ eru göngudeildir í Reykjavík og á Akureyri sem bjóða upp á viðtöl, fræðslu, dagmeðferð og námskeið fyrir einstaklinga með áfengis- og/eða vímuefnaröskun, maka, börn og aðra aðstandendur. Hjá SÁÁ er einnig lyfjameðferð við ópióíðafíkn sem veitt er á göngudeild (Alma D. Möller ofl., 2020; SÁÁ, e.d.-a; Samhjálp e.d.-b; Krýsuvík, e.d.-a).

Afeitrunardeild Landspítalans er sérhæfð fíknigeðdeild og er þar ólögráða einstaklingum sem eru með alvarlega vímuefnaröskun og oft á tíðum bráða geðröskun sinnt. Gert er ráð fyrir að hvert ungmenni dvelji einn til þrjá sólarhringa á deildinni. Á þeim tíma er náið eftirlit haft með hugsanlegum fráhvarfseinkennum og stuðningur veittur, en síðan taka önnur úrræði við (Landspítali, e.d.). Á Sjúkrahúsinu Vogi koma flestir í innlögn undir áhrifum vímuefna, eða þá í fráhvörfum og læknir metur hver meðferðaþörf hvers og eins er. Þar er fíknisjúkdómur skilgreindur sem margþætta sjúkdómur sem hægt er að meðhöndla og lagt er áherslu á eftirfylgni og að fjölbreytt úrræði séu í boði. Einstaklingur sem er að fara í sína fyrstu meðferð þarf að meðaltali að bíða í tvær til fjórar vikur eftir að komast inn á Vog. Þeir sem eru hins vegar að koma í annað skiptið eða oftar gætu þurft

að bíða í tvo til fjóra mánuði (SÁÁ, e.d.-c). Fjölda einstaklinga 25 ára og yngri á Vogi hefur fækkað frá árinu 2019 til 2022, eins og sjá má á töflu 18. Mikil lækkun var frá árinu 2019 til 2020 þar sem 369 einstaklingar 25 ára og yngri lögðust inn á Vog árið 2019 en 253 einstaklingar árið 2020. Frá árinu 2020 til 2022 hefur fjöldi einstaklinga 25 ára og yngri hins vegar verið nokkuð svipaður. Hvað varðar kyn einstaklinga 25 ára og yngri sem fara inn á Vog voru það karlarnir sem eru í meiri hluta, eða 68%, og 32% voru konur (Júlía Guðrún Aspelund, munnleg heimild, 11. október 2023).

Tafla 18 Fjöldi einstaklinga 25 ára og yngri á sjúkrahúsinu Vogi

	Fjöldi
2020	369
2021	253
2022	265
2023	246

Júlía Guðrún Aspelund (munnleg heimild, 11. október 2023)

Meðferðarstöðin Vík er í boði eftir að afeitrun á Vogi lýkur og lágmarksjafnvægi hefur verið náð. Unnið er eftir áfallamiðaðri nálgun á Vík og boðið er upp á sérhæfð meðferðarúrræði, en hvert þeirra stendur yfir í 28 daga. Einstaklingum eru kenndar leiðir til að fást við fíkn, bæta úrlausnargetu og stuðla að betri félagslegum samskiptum og er það gert í gegnum fyrirlestra, hópmeðferðir, verkefnatíma og einstaklingsviðtöl. Úrræðið er kynjaskipt og fer því fram í tveimur aðskildum byggingum. Árin 2020 til 2022 hafa um það bil tvöfalt fleiri karlmenn á aldrinum 19 til 25 ára farið í meðferð á Vík en konur á sama aldri, eins og tafla 19 sýnir. Ekki hefur orðið mikil breyting á fjölda kvenna á aldrinum 19 til 25 ára á Vík frá árinu 2020 til 2022. Aukning hefur þó orðið á fjölda karla á aldrinum 19 til 25 ára sömu ár, þar sem 34 karlmenn sóttu meðferð á Vík árið 2020 en 60 árið 2022 og því fjöldinn nánast tvöfaldast (Júlía Guðrún Aspelund, munnleg heimild, 26. október 2023; SÁÁ, e.d.-b).

Tafla 19 Fjöldi einstaklinga 19 til 25 ára á Vík eftir kyni

	2020	2021	2022
Karlar	34	43	60
Konur	19	17	20
Samtals	53	60	80

Júlía Guðrún Aspelund (munnleg heimild, 26. október 2023)

Krýsuvík er sex mánaða meðferð að lágmarki, sem byggir á 12 spora kerfinu og er einstaklingsmiðuð. Í meðferðinni er unnið með alla þætti fíknisjúkdómsins. Einstaklingar geta einnig fengið aðstoð við fjármálin sín, refsimál og/eða barnaverndarmál ásamt því að vinna úr ýmsum áföllum. Meðferðin byggir á til dæmis einkaviðtölum, morgunfundum, grúppum og fyrirlestrum, en ávallt er gætt þess að þörfum hvers og eins sé mætt. Á töflu 20 má sjá að um helmingi fleiri karlar voru í meðferð á Krýsuvík en konur á árunum 2020 til 2022. Smá fjölgun var á körlunum frá árinu 2020 til 2021 þar sem þeim fjölgaði úr 33 í 38. Körlunum fækkaði þó aftur árið 2022 í 35, en konunum fækkaði einnig úr 19 árið 2021 í 15 árið 2022 (Helena Gísladóttir, munnleg heimild, 2. október 2023; Krýsuvík, e.d.-b).

Tafla 20 Fjöldi einstaklinga á Krýsuvík eftir kyni

	2020	2021	2022
Karlar	33	38	35
Konur	19	19	15
Samtals	52	56	50

Helena Gísladóttir (munnleg heimild, 2. október 2023)

Hlaðgerðarkot er meðferðarheimili þar sem einstaklingar með fíknivanda geta fengið 12 vikna inniliggjandi meðferð, og í sumum tilfellum lengur. Meðferðarstarfið byggir á hugmyndum 12 spora kerfisins og litið er á að áfengis- og vímuefnaröskun sé byggð á samfélagslegum, félagslegum, læknisfræðilegum og sálfélagslegum þáttum. Því er unnið úr öllum þessum þáttum og er það gert með einstaklingsmiðaðri nálgun og þverfaglegu teymi. Það er til dæmis unnið úr áföllum ásamt félagslegum og andlegum vandamálum og til þess er notast við fræðslu, fyrirlestra, hópastarf og einstaklingsviðtöl. Öll vinnan í Hlaðgerðarkoti miðast að hjálp til sjálfshjálpar í þeim tilgangi að efla einstaklinginn og lögð er mikil áhersla að hver og einn taki virkan þátt í meðferðarstarfinu (Samhjálp, e.d.-c).

6.11 Áfangaheimili

Áfangaheimili er tímabundið húsnæði fyrir einstaklinga sem hafa átt við áfengis- og vímuefnaröskun að stríða. Markmið þeirra er að leysa bráðan húsnæðisvanda og hjálpa einstaklingum að aðlagast samfélaginu á ný með endurhæfingu, stuðningi og aðhaldi. Samhjálp rekur tvö áfangaheimili í Reykjavík og Kópavogi sem heita M18 og D27. Samhjálp rak einnig áfangaheimilið Brú þar sem voru í boði 19 einstaklingsíbúðir fyrir karla og konur, en því var lokað í janúar 2024. Ekki fannst nýtt húsnæði fyrir starfsemina eftir að fyrrum leigusamningi lauk. Árin 2021, 2022 og 2023 voru allar einstaklingsíbúðirnar á áfangaheimilinu Brú nýttar, en um helmingi fleiri karlmenn nýttu sér úrræðið en konur á þessum árum eins og tafla 21 sýnir. Karlmenn í einstaklingsíbúðunum á þessum tíma voru á bilinu átta til 15 og um þrjár til átta konur (Edda Jónsdóttir, munnleg heimild, 25. október 2023; Linda H Blöndal Hrafnkelsdóttir, 2023; Reykjavíkurborg, 2019).

Tafla 21 Fjöldi íbúa á áfangaheimilinu Brú eftir kyni

	2021	2022	2023
Karlar	8-12	10-12	10-15
Konur	6-8	6-8	3-8
Samtals	14-20	16-20	13-23

Edda Jónsdóttir (munnleg heimild, 25. október 2023)

M18 er áfanga- og stuðningsheimili sem Samhjálp rekur í samvinnu við velferðarsvið Reykjavíkurborgar. Áfangaheimilið er ætlað heimilislausum karlmönnum og þurfa þeir að hafa átt heima í Reykjavík til þess að eiga rétt á úrræðinu. Í úrræðinu eru sjö einstaklingsherbergi og ein einstaklingsíbúð og því pláss fyrir átta karlmenn í einu. Íbúar gera dvalarsamning og eru í reglulegum samskiptum við félagsráðgjafa hjá Reykjavíkurborg og þurfa einnig að greiða fyrir húsaleigu og fæði. Á áfangaheimilinu M18 var meðalaldur í kringum 50 ára árin 2021, 2022 og 2023 eins og sjá má á töflu 22. Árið 2021 voru níu einstaklingar sem voru á áfangaheimilinu en árin 2022 og 2023 voru það 11 einstaklingar (Edda Jónsdóttir, munnleg heimild, 25. október 2023; Reykjavíkurborg, 2019; Samhjálp, e.d.-a).

Tafla 22 Fjöldi og meðalaldur íbúa á áfanga- og stuðningsheimilinu M18

	2021	2022	2023
Fjöldi	9	11	11
Meðalaldur	54	50	53

Edda Jónsdóttir (munnleg heimild, 25. október 2023)

D27 er áfanga- og stuðningsheimili sem Samhjálp rekur í samvinnu við velferðarsvið Kópavogs. Átta einstaklingsherbergi eru þar fyrir karla. Reglulegir fundir með verkefnastjóra og einstaklingsviðtöl eru á D27 til að veita íbúum þess stuðning, en þeir þurfa einnig að vera í virku sambandi við félagsráðgjafa á vegum Kópavogsbæjar. Á töflu 23 má sjá að níu einstaklingar bjuggu á D27 árið 2020, en árin 2021 og 2022 voru þeir 11 talsins. Meðalaldur íbúanna árin 2021 og 2022 var 36 ára en 2020 var hann aðeins lægri, eða 32 ára (Rannveig María Þorsteinsdóttir, munnleg heimild, 8. nóvember 2024; Samhjálp, e.d.-a).

Tafla 23 Fjöldi og meðalaldur íbúa á áfanga- og stuðningsheimilinu D27

	2020	2021	2022
Fjöldi	9	11	11
Meðalaldur	32	36	36

Rannveig María Þorsteinsdóttir (munnleg heimild, 8. nóvember 2024)

Reykjavíkurborg rekur áfangaheimilin Brautin og Njálan. Brautin er með einkaherbergi fyrir níu karla og er þar víðtækur stuðningur veittur sem liður í endurhæfingu og aðlögun að sjálfstæðri búsetu. Íbúar gera þar dvalarsamning og greiða fyrir leigu og fæði. Njálan er með þrettán einstaklingsíbúðir fyrir konur, en það hóf starfsemi sína í ágúst 2022. Þjónusta fyrir heimilislausa í Reykjavík hefur á undanförnum árum verið frekar sniðin að þörfum karla en kvenna. Með opnun áfangaheimilisins Njálan er því verið að bæta þjónustu við heimilislausar konur í Reykjavík og þeim boðið upp á skjól og öryggi á þeirra forsendum (Reykjavík, 2022; Reykjavíkurborg, 2019). Nýtt takmark er áfangaheimili á Barónsstíg sem er fyrir karla sem hafa lokið vímuefnameðferð. Þar eru 15 rými í sameiginlegu húsi en félagið leigir einnig fjögurra herbergja íbúð af Félagsbústöðum þar sem þrír menn búa. Íbúar þurfa að greiða fyrir leigu og fæði. Á töflu 24 má sjá að algengasti aldurinn á áfangaheimilinu Nýtt takmark á árunum 2020, 2021 og 2022 er

aldursflokkurinn 20-29 ára og 30-39 ára. Þegar þessi þrjú ár eru skoðuð má sjá að heildarfjöldinn á áfangaheimilinu var hæstur árið 2020 þar sem 34 karlar höfðu búið þar, en árið 2021 voru þeir 28 og síðan 30 árið 2022 (Óskar Vídalín Kristjánsson, munnleg heimild, 15. október 2024; Reykjavíkurborg, 2019).

Tafla 24 Fjöldi og aldur íbúa á áfangaheimilinu Nýtt takmark

	20-29 ára	30-39 ára	40-49 ára	50-59 ára	60-69 ára	Samtals
2020	12	7	11	3	1	34
2021	10	12	4	2	0	28
2022	7	11	6	5	1	30
Samtals	29	30	21	10	2	92

Óskar Vídalín Kristjánsson (munnleg heimild, 15. október 2024)

Vernd er áfangaheimili sem staðsett er í Reykjavík, en húsnæði þess telur 16 herbergi þar sem átta þeirra eru tveggja manna og hin átta eru einstaklingsherbergi (Þráinn Farestveit, e.d.). Á Draumasetrinu, sem er áfangaheimili sem hefur starfað síðan árið 2013, er pláss fyrir 65 einstaklinga. Úrræðið skiptist í tvö húsnæði þar sem eitt þeirra hýsir 40 manns og hitt 25 manns. Þrátt fyrir þennan fjölda af plássum er um 30 manns að meðaltali á biðlista eftir plássi á Draumasetrinu. Áætlað er að dvalartími hvers íbúa sé frá 6 mánuðum og upp í tvö ár. Til þess að einstaklingur eigi kost á dvöl á Draumasetrinu þarf hann að hafa verið án áfengis og/eða vímuefna í minnst 10 daga. Þeir íbúar sem byrja þó aftur í neyslu hafa alltaf möguleika að koma aftur í húsið ef þeir hafa lokið afvötnun eða verið edrú í minnst 10 daga (Draumasetrið, e.d.). Velferðarsvið Reykjavíkurborgar er með þjónustusamning við SÁÁ, sem rekur áfangaheimilið Vin. Markhópurinn fyrir það úrræði eru einstaklingar sem vanta langtímastuðning eftir að hafa lokið meðferð, en þar eru pláss fyrir 20 karla og hefur hver og einn sitt herbergi. Tafla 25 sýnir að fjöldi einstaklinga sem bjuggu á Vin árin 2020, 2021, 2022 og 2023 er svipaður milli ára, eða frá 35 einstaklingum og upp í 45. Fjöldi þeirra sem útskrifaðist þessi sömu ár er einnig svipaður, eða frá 14 einstaklingum og upp í 24. Um helmingur þeirra sem útskrifuðust gerðu það edrú. Íbúar þurfa að greiða fyrir leigu og fæði (Ásgerður Björnsdóttir, munnleg heimild, 16. október 2024; Reykjavíkurborg, 2019).

Tafla 25 Fjöldi íbúa, útskrifta og legudaga á áfangaheimilinu Vin

	2020	2021	2022	2023
Fjöldi íbúa	40	35	45	42
Fjöldi íbúa sem útskrifuðust	20	14	24	20
Fjöldi íbúa sem útskrifuðust edrú	9	7	13	12
Fjöldi legudaga	8148	6986	7343	7795

Ásgerður Björnsdóttir (munnleg heimild, 16. október 2024)

Betra líf er áfangaheimili sem opnaði í mars 2019. Þar eru 40 pláss í boði, og frá því að úrræðið opnaði og út árið 2023 höfðu 516 einstaklingar búið á einhverjum tímapunkti í því (Arnar Gunnar Hjálmtýsson, munnleg heimild, 31. október 2024). Þúfan er félag sem rekur áfangaheimili fyrir konur og það er fjármagnað með styrkjum og frjálsum framlögum einstaklinga og lögaðila. Úrræðið er fyrir þær konur sem hafa lokið meðferð við áfengis- og/eða annarri vímuefnaröskun. Í Þúfunni er íbúum þess veitt aðhald og stuðning og markmiðið er ávallt að hjálpa þeim konum sem eru á leið til bata. Þar eru í boði sex einstaklingsherbergi og tvö tveggja manna herbergi. Íbúar þurfa að greiða leigu fyrir hvern mánuð og ef íbúi byrjar aftur að neyta áfengis og/eða vímuefna verður hann að yfirgefa húsið þar sem slík neysla er ekki leyfð (Þúfan, e.d.). Markmið með dvöl á áfangaheimilinu er að íbúar efli sjálfsöryggi almennt í lífi og starfi og auka þannig færni til sjálfstæðrar búsetu að dvöl lokinni. Hugmyndafræði Þúfunnar er heildræn og út frá áfalla og batamiðaðri nálgun sem stuðlar að breyttum lífsstíl til að auka líkur á að rjúfa einangrun, byggja upp virkni og færni til að hefja líf á eigin spýtum þegar dvöl á Þúfunni er lokið. Íbúar sjá um matseld og þrif á húsinu sem er hluti af endurhæfingu þeirra og undirbúningi fyrir sjálfstæða búsetu að dvölinni lokinni. Á árinu 2023 dvöldu 28 einstaklingar, 27 konur og eitt kynsegin á Þúfunni (Erla Björg Sigurðardóttir, 2024).

7 Aðferð

Hér verður fjallað um framkvæmd rannsóknarinnar, hvert markmið hennar er og þær rannsóknarspurningar sem leitast var eftir að svara. Greint er frá rannsóknaraðferð sem var notuð og hvers vegna hún var valin, og sagt frá þýði og úrtaki rannsóknarinnar. Næst verður fjallað um hvernig staðið var að gagnasöfnun fyrir rannsóknina og hvernig var unnið úr gögnunum. Í lokin er fjallað um þau siðferðislegu álitamál sem geta átt við og helstu takmarkanir rannsóknarinnar.

7.1 Markmið og rannsóknarspurningar

Markmið með þessari megindlegu rannsókn er að skoða stöðu heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára í Reykjavík ásamt því að skoða hvaða úrræði og þjónustu sá hópur hefur nýtt sér. Þátttakendur rannsóknarinnar eru öll þau ungmenni sem eru fædd árin 1998 til 2004 og gistu í neyðarathvarfi hjá Reykjavíkurborg árið 2022. Notast var við innihaldsgreiningu til þess að breyta eigindlegum gögnum í málaskrám þeirra í megindlegar upplýsingar. Leitast var eftir að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- Hver er staða heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára sem gistu í neyðarathvarfi í Reykjavík árið 2022?
- Hvaða úrræði og þjónustu hefur þessi hópur nýtt sér?

7.2 Rannsóknaraðferð

Í rannsóknum er yfirleitt notast við annað hvort eigindlegar (e. qualitative) eða megindlegar (e. quantitative) rannsóknaraðferðir (Berglind Gísladóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Megindlegar rannsóknir einkennast af því að upplýsingum er safnað á tölulegu formi á kerfisbundinn og hlutlægan hátt. Framsetningu og túlkun niðurstaðna er síðan komið á framfæri með tölfræðilegum aðferðum. Með slíkri aðferð er hægt að afla upplýsinga meðal annars um fjölda, algengi og hlutfall ásamt því að skoða samband og mun milli mismunandi þátta eða breyta (Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2021). Eigindlegar rannsóknir eru fjölbreyttar en leitast þó flestar við að skilja og lýsa tilteknum mannlegum fyrirbærum. Þær eru einnig heildrænar og með notkun þeirra er lögð áhersla á skilning á gögnum í stað þess að spá fyrir um þau. Gagnasöfnunaraðferðir í eigindlegum rannsóknum eru til dæmis viðtöl og athuganir (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Í þessari rannsókn var notast við megindlega rannsóknaraðferð þar sem rannsakandi umbreytti

eigindlegum upplýsingum í megindleg gögn og kemur niðurstöðum rannsóknarinnar á framfæri með lýsandi tölfræði (e. descriptive statistics).

Notast var við innihaldsgreiningu (e. content analysis) fyrirliggjandi skráðra gagna úr málaskrá, neyðarskýla- og húsnæðisgrunni velferðarsviðs Reykjavíkurborgar um heimilislaus ungmenni með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára sem nýttu neyðarskýli árið 2022. Aðferðin var valin þar sem í megindlegum aðferðum er hún notuð til þess að safna og greina töluleg gögn um skráð samskipti og niðurstöður eru síðan settar fram í tölulegu formi. Eigindlegum gögnum í málaskrám er breytt í megindlegar upplýsingar á kerfisbundinn og hlutlægan hátt með innihaldsgreiningu (Guðmundur Oddsson, 2021; Hoyle, Harris og Judd, 2002). Í innihaldsgreiningunni var notast við kóðunarkerfi (e. coding system). Það inniheldur almennar reglur sem rannsakendur geta stuðst við þegar skráð samskipti eru túlkuð og unnið er úr innihaldi þess. Með notkun þess verður innihaldsgreiningin markviss og nákvæm (Guðmundur Oddsson, 2021; Neuman, 2014). Helstu kostir innihaldsgreiningar eru átta talsins. Hún er nákvæm, stöðluð, hlutlæg, gagnsæ, endurtakanleg og skilar áreiðanlegum niðurstöðum. Hún gerir rannsakendum kleift að mæla tölfræðileg sambönd milli breyta og marktækni, gefur kost á víðtækum ályktunum ef úrtakið er lýsandi og felur í sér skýrar reglur og aðgerðir (Neuendorf, 2017; Riffe o.fl., 2013; Weber, 1990). Innihaldsgreining hefur þó einnig takmarkanir og hefur verið gagnrýnd fyrir að vera yfirborðskennd, smætta viðfangsefni og vera samhengislaus. Hún getur heft rannsakendur með lokuðum, takmörkuðum og fyrir fram skilgreindum flokkum og hefur þá einnig verið gagnrýnd fyrir að fanga ekki djúpa og flókna merkingu ásamt því að taka ekki mið af samhengi (Altheide og Schneider, 2013; Kracauer, 1952; Mayring, 2014).

7.3 Þátttakendur

Þýði þessarar rannsóknar eru öll heimilislaus ungmenni með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára sem gistu í neyðarskýli á vegum Reykjavíkurborgar árið 2022. Farið var yfir gagnagrunn neyðarskýlanna hjá Reykjavíkurborg og valið þá sem höfðu gist þar árið 2022, og voru fædd frá árunum 1998 til 2004. Alls voru 40 einstaklingar sem stóðust þær kröfur. Þetta er því þýðisrannsókn og ekki tekið úrtak (Neuman, 2014).

7.4 Gagnasöfnun og úrvinnsla gagna

Sótt var um leyfi hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar til þess að fá aðgang að fyrirliggjandi gögnum sem unnið var með í rannsókninni. Til þess að ná markmiðum rannsóknarinnar og fá svör við rannsóknarspurningum hennar voru fyrir fram ákveðnar breytur skoðaðr og skráðar. Fyrst var farið yfir gagnagrunn neyðarskýlanna frá árinu 2022 þar sem allir fæddir 1998 til 2004 (18 til 24 ára) voru valdir. Þá var skoðað hvaða neyðarskýli þau nýttu sér, fjöldi nátta þar og hvaða ár þau hafa verið að nota neyðarskýlin. Eftirfarandi breytur voru síðan skoðaðar: aldur, kyn, sveitarfélag, ríkisfang, menntun, afbrotaferill, vímuefna- og geðraskanir og húsnæðisumsóknir þar sem skoðað var tegund og staða umsóknar, tegund húsnæðis og staða umsækjanda. Auk þess var skoðað hvort þátttakendur rannsóknarinnar höfðu fengið ákveðna þjónustu og/eða verið í ákveðnum úrræðum. Þær breytur eru eftirfarandi: fjárhagsaðstoð, húsnæðisstuðningur, félagsleg ráðgjöf, starfsendurhæfing, vímuefna- og geðheilbrigðisþjónusta, VoR-teymi, áfangaheimili og barnavernd. Eigindlegu gögnin í málaskránum voru kóðuð, breytt í megindleg gögn og unnin í Microsoft Excel. Niðurstöður verða þá kynntar með myndum og töflum (Amalía Björnsdóttir og Berglind Gísladóttir, 2021).

Aflað var upplýsinga um stöðu þekkingar á heimilisleysi með áherslu á ungmenni á aldrinum 18 til 24 ára í fræðibókum, íslenskum rannsóknum, ritrýndum greinum og skýrslum ásamt erlendum rannsóknum og ritrýndum greinum. Notast var við gagnagrunnana Leitir, Campbell og Cochrane í heimildarleit.

7.5 Siðferðisleg álitamál og takmarkanir rannsóknar

Siðferðisleg álitamál eru mikilvægur þáttur í rannsóknum. Nafnleynd og trúnaður er ein af áskorunum rannsakanda sem vinnur með persónugreinanleg gögn, það er að varðveita bæði nafnleynd og verðleika gagnanna (Sigurður Kristinsson og Arnrún Halla Arnórsdóttir, 2021). Rannsakandi sótti um leyfi hjá Persónuvernd en ekki var þörf fyrir leyfi hjá Vísindasiðanefnd fyrir gerð rannsóknarinnar (Lög um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018). Þau gögn sem fengin voru frá velferðarsviði Reykjavíkurborgar voru gerð ópersónugreinanleg þegar þeim var breytt úr eigindlegum í megindleg gögn. Rannsakandi vann eingöngu með gögnin á skrifstofu innan veggja velferðarsviðs og var öllum eigindlegum gögnum eytt að rannsókn lokinni.

Unnið var eftir siðareglum Vísindasiðanefndar Háskóla Íslands, en markmið þeirra er að standa vörð um heilindi rannsókna. Grunngildi þeirra eru fimm talsins. Fyrsta er að rannsakandi beri virðingu fyrir sjálfræði þátttakenda og friðhelgi þeirra ásamt því að tryggja vernd fyrir þá sem geta ekki tekið sjálfstæða ákvörðun í eigin málum. Annað er velferð þar sem rannsakandi dregur eins og hann getur úr áhættu þátttakenda og auki ávinning rannsóknarinnar. Þriðja er skaðleysi þar sem rannsakanda ber ávallt að forðast að valda skaða með rannsókninni. Fjórða er réttlæti þar sem rannsakandi þarf alltaf að tryggja að ábata og byrði af rannsókn sé dreift af sanngirni og aldrei má hann misnota aðstöðu sína gagnvart viðkvæmum einstaklingum. Fimmta og síðasta er heiðarleiki og vönduð vísindaleg vinnubrögð þar sem rannsakandi þarf ávallt að vinna rannsóknir af heiðarleika og samkvæmt viðurkenndri vísindalegri aðferðafræði (Háskóli Íslands, 2014).

Áreiðanleiki og réttmæti (e. validity) eru tveir nauðsynlegir eiginleikar sem rannsóknargögn þurfa að hafa. Með áreiðanleika er átt við hvort að svör rannsóknar séu áreiðanleg eða hvort þau séu tilviljun. Ekki er hægt að fullyrða um niðurstöður rannsóknar fyrr en áreiðanleiki þeirra hefur verið mældur. Réttmæti er síðan notað til þess að skoða hvort rannsakandi sé að mæla það sem hann vill vera að mæla (Guðmundur T. Heimisson, 2021). Vandamál geta komið upp með réttmæti og áreiðanleika þegar að notast er við innihaldsgreiningu. Hún getur valdið ýmsum takmörkunum í rannsókninni þar sem rannsakandi stjórnar því ekki hvernig fyrirliggjandi gögnum er safnað og eru þau skráð misvel af mörgum einstaklingum. Fyrirliggjandi gögn eru þar að auki ekki skráð niður með rannsóknargildi í huga (Neuman, 2014).

8 Niðurstöður

Greint verður í þessum kafla frá niðurstöðum rannsóknarinnar sem unnar voru í Microsoft Excel. Niðurstöður rannsóknarinnar eru settar fram sem lýsandi tölfræði og er þá gerð einföld lýsing á þeim. Þegar notast er við lýsandi tölfræði er hægt að sjá hvað er dæmigert fyrir gögnin ásamt því að sjá hversu mikill munur er á einstaklingum í þessum ákveðna hóp sem er verið að rannsaka (Amalía Björnsdóttir og Berglind Gísladóttir, 2021). Í kafla 8.1 er fjallað um alla þátttakendur rannsóknarinnar og tengsl þeirra við neyðarskýlin. Kafli 8.2 fjallar um þá þátttakendur sem voru með húsnæðisumsókn hjá Reykjavíkurborg. Fjallað er um vanda þátttakenda í kafla 8.3 og þar á eftir í kafla 8.4 er fjallað um úrræði og þjónustu sem þátttakendur hafa nýtt sér. Þeir þátttakendur sem eru skráðir í annað sveitarfélag en Reykjavíkurborg eru ekki taldir með í köflum 8.2, 8.3 og 8.4 þar sem slíkar upplýsingar fást ekki um þá í gagnagrunnum Reykjavíkurborgar. Þá voru einnig tveir þátttakendur sem höfðu ekki haft neina sögu hjá Reykjavíkurborg og því eru þeir ekki taldir með í köflum 8.2, 8.3 og 8.4.

8.1 Þátttakendur og neyðarskýlin

Alls voru 40 einstaklingar á aldrinum 18 til 24 ára sem gistu í neyðarskýli á vegum Reykjavíkurborgar árið 2022. Aldursdreifingu þeirra má sjá í töflu 26, sem sýnir að algengasti aldurinn var 22 ára eða 25% og fæstir voru 21 árs eða 5%. Fleiri voru í aldurshópnum 21 til 24 ára eða 65% en í aldurshópnum 18 til 20 ára sem var 35%.

Tafla 26 Aldur þátttakenda

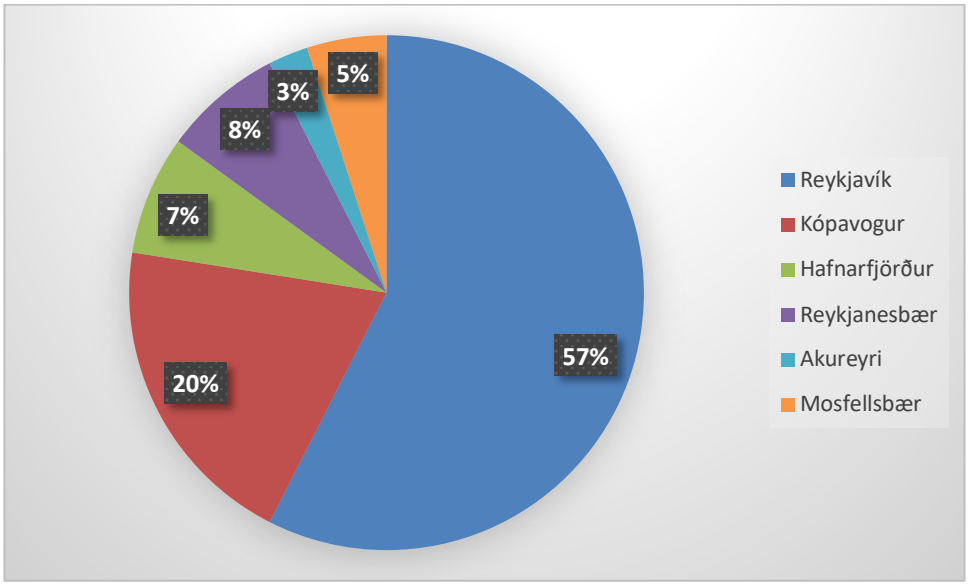
Aldur	Fjöldi	Alls %
18 ára	5	12,5%
19 ára	3	7,5%
20 ára	6	15%
21 ára	2	5%
22 ára	10	25%
23 ára	5	12,5%
24 ára	9	22,5%
Samtals	40	100%

Kyn þátttakenda má sjá á töflu 27. Af þeim 40 einstaklingum sem voru í rannsókninni má sjá að karlar voru 26 talsins eða 65% og konur 13 talsins eða 33% og einn einstaklingur skilgreindi sig kynsegin.

Tafla 27 Kyn þátttakenda

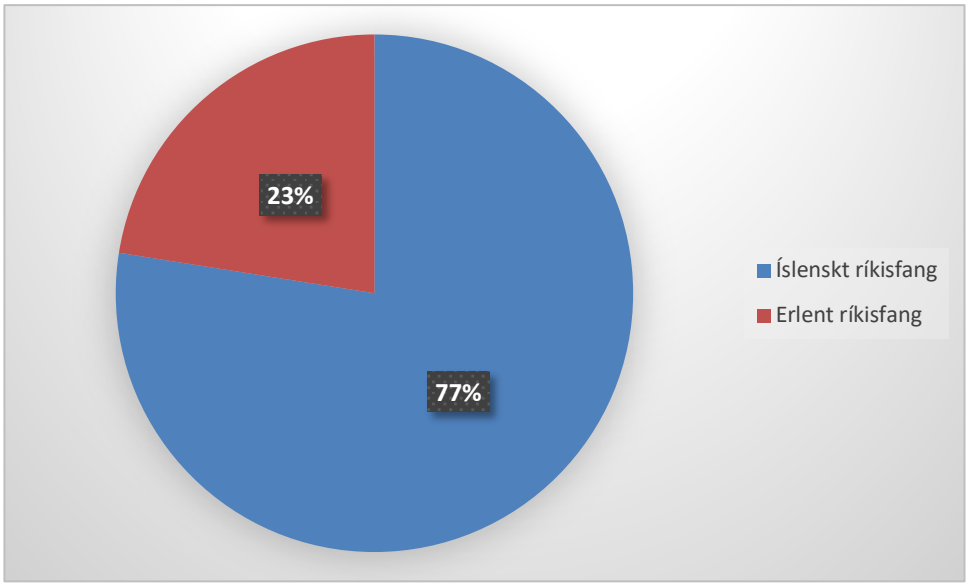
Kyn	Fjöldi	Alls %
Kona	13	33%
Karl	26	65%
Kynsegin	1	3%
Samtals	40	100%

Mynd eitt sýnir í hvaða sveitarfélagi þátttakendur voru skráðir. Rúmlega helmingur þátttakenda var skráður í Reykjavík og er því stærsti hópurinn eða 57%. Þar á eftir kom sveitarfélagið Kópavogur sem taldi 20%, í Reykjanesbæ 8%, í Hafnarfirði 7%, í Mosfellsbæ 5% og á Akureyri 3%.



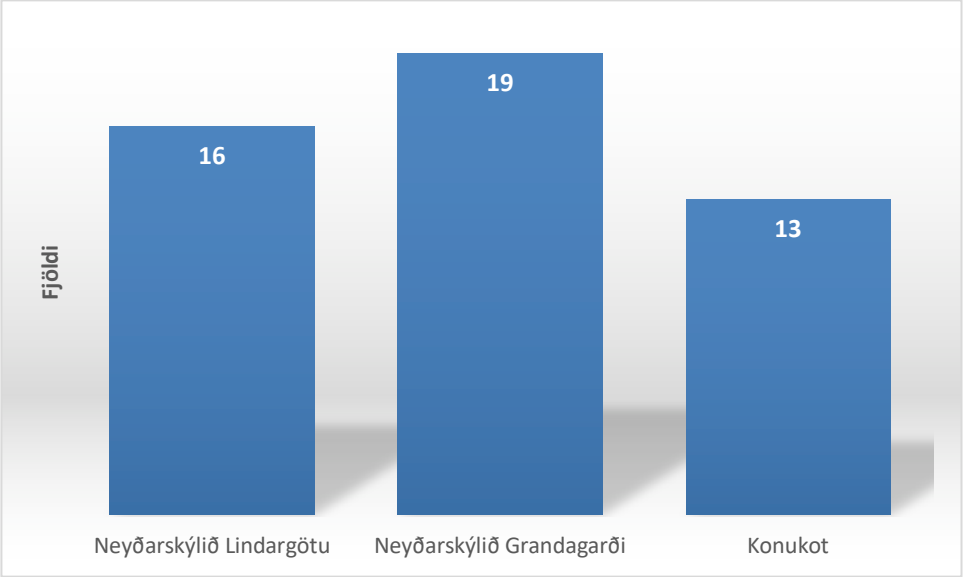
Mynd 1 Sveitarfélög þátttakenda

Ríkisfang þátttakenda má sjá á mynd tvö. Ríkisfang er flokkað í íslenskt og erlent ríkisfang og voru 77% þátttakenda með íslenskt ríkisfang og 23% með erlent ríkisfang.



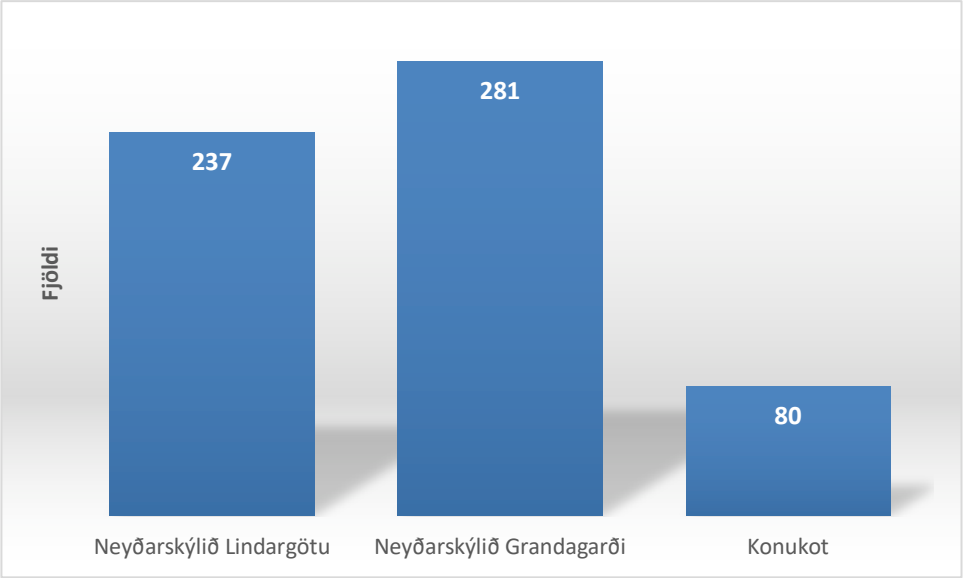
Mynd 2 Ríkisfang þátttakenda

Mynd þrjú sýnir í hvaða neyðarskýli þeir gistu. Flestir þátttakendur gistu í neyðarskýlinu Grandagarði, eða 19 þátttakendur. Í neyðarskýlinu Lindargötu gistu 16 og í Konukoti gistu 13.



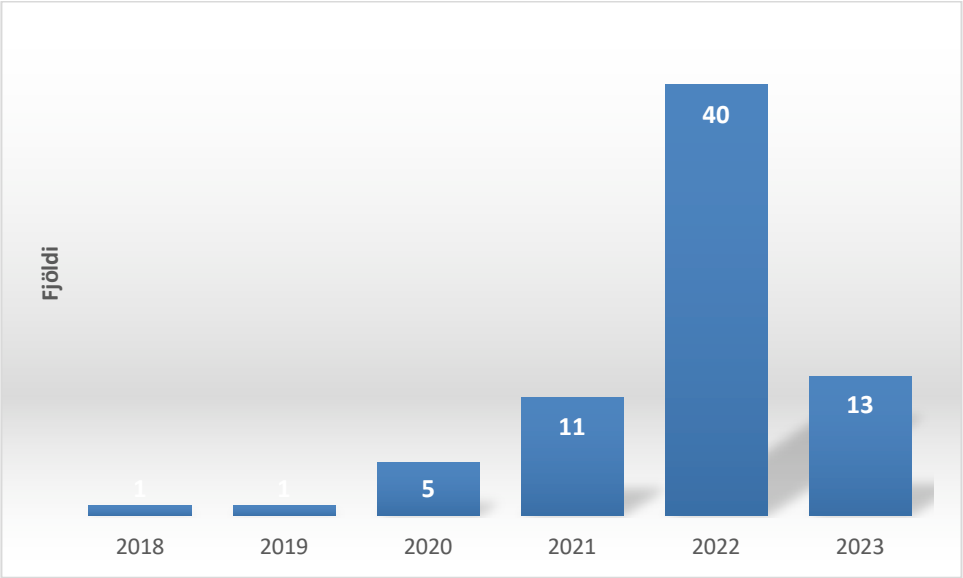
Mynd 3 Neyðarskýlin sem þátttakendur nýttu sér árið 2022

Mynd fjögur sýnir hversu margar nætur þátttakendurnir gistu í neyðarskýlum Reykjavíkur. Gist var flestu næturnar í neyðarskýlinu Grandagarði, en gistinætur þar voru 281 talsins. Næst kom neyðarskýli Lindargötu þar sem gist var 237 nætur. Í Konukoti var síðan gist í 80 nætur.



Mynd 4 Fjöldi nótta þátttakenda í neyðarskýlum 2022

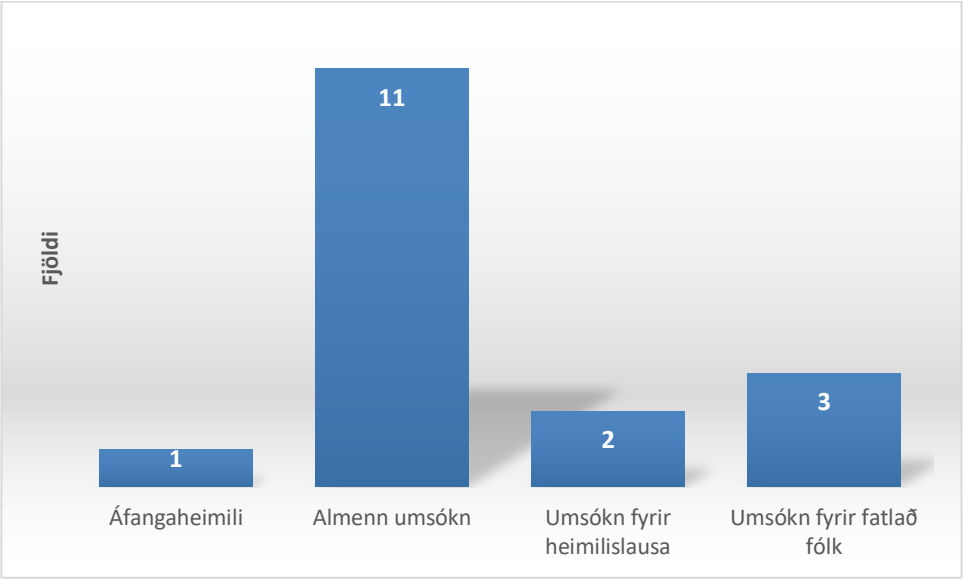
Á mynd fimm má sjá þau ár sem að þátttakendur nýttu sér neyðarskýlin. Af þeim 40 þátttakendum sem gistu í neyðarskýlunum árið 2022 höfðu 13 nýtt sér þau árið 2023. Færri höfðu nýtt sér neyðarskýlin árin áður þar sem 11 nýttu sér þau 2021 og fimm árið 2020 og einn hafði nýtt sér neyðarskýli árin 2018 og 2019.



Mynd 5 Árin sem þátttakendur nýttu sér neyðarskýlin

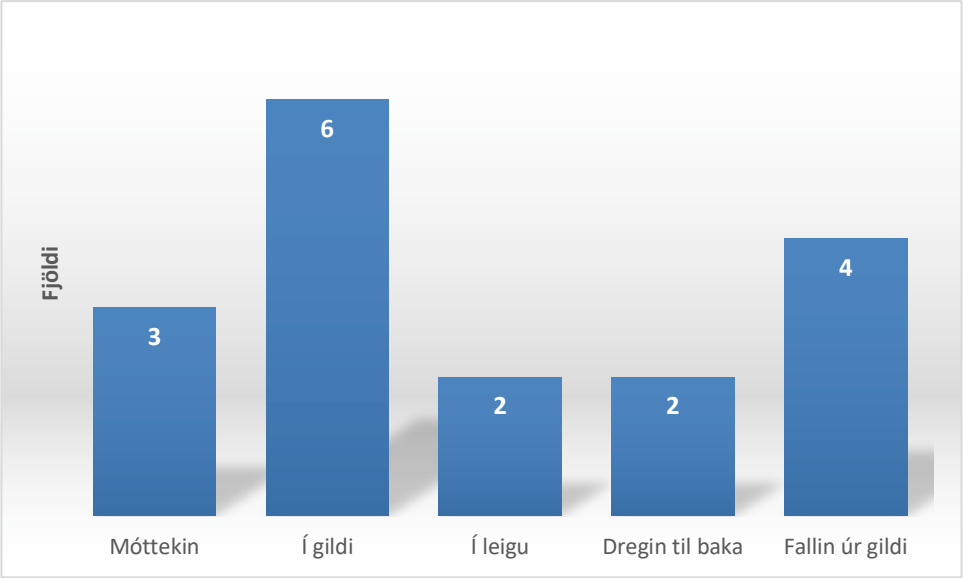
8.2 Húsnæðisumsóknir

Mynd sex sýnir fjölda og tegund húsnæðisumsókna þátttakenda. Af 40 þátttakendum voru 17 með umsókn um félagslegt leiguhúsnæði. Flestir þátttakendur voru með almenna húsnæðisumsókn, eða 11 talsins, þrír með umsókn fyrir fatlað fólk, tveir með umsókn fyrir heimilislausa og einn með umsókn á áfangaheimili.



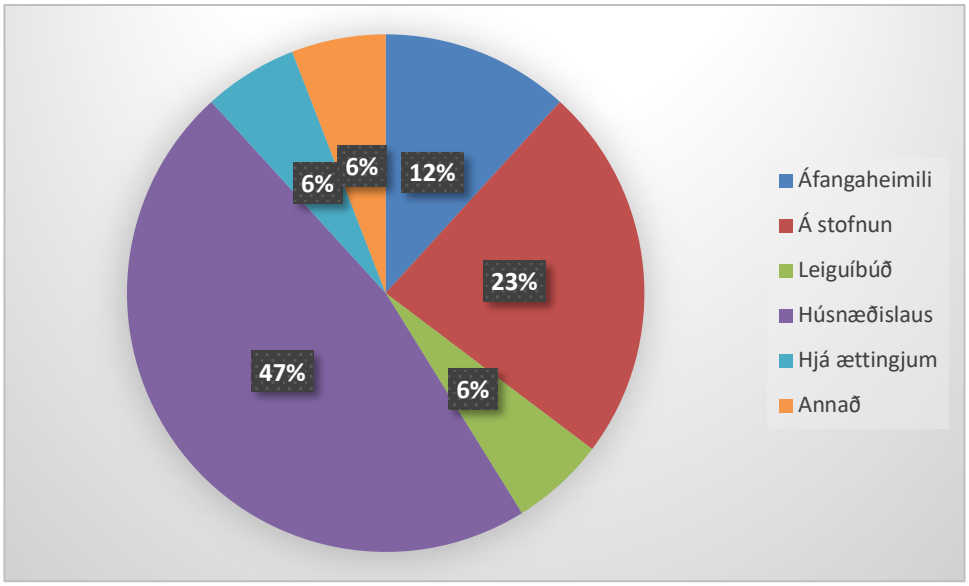
Mynd 6 Tegund húsnæðisumsókna hjá þátttakendunum

Staða umsókna hjá þátttakendum var misjöfn eins og mynd sjö sýnir. Flestir voru með umsókn í gildi, eða sex þátttakendur, og fjórir með umsókn sem var fallin úr gildi. Þrír voru með umsókn sem var móttekin, tveir voru búnir að draga umsókn sína til baka og tveir voru komnir með leiguhúsnæði.



Mynd 7 Staða umsókna þátttakenda

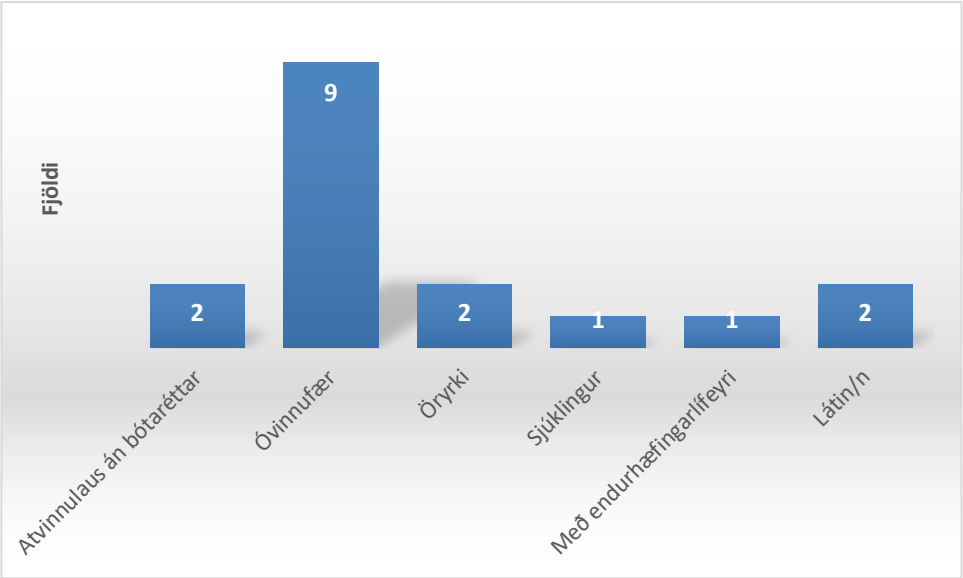
Mynd átta sýnir búsetuaðstæður samkvæmt skráningu í húsnæðisumsóknum þátttakenda. Stærsti hópurinn var skráður húsnæðislaus, eða 47%, og því næst voru 23% á stofnun. Hinir þátttakendurnir skiptust niður á flokkana áfangaheimili 12%, leiguíbúð 6%, hjá ættingjum 6% og annað 6%.



Mynd 8 Búsetuaðstæður þátttakenda

Mynd níu sýnir atvinnustöðu þátttakenda samkvæmt skráningu í húsnæðisumsóknum þeirra. Um helmingur þeirra voru skráðir óvinnufærir, eða níu þátttakendur, tveir voru

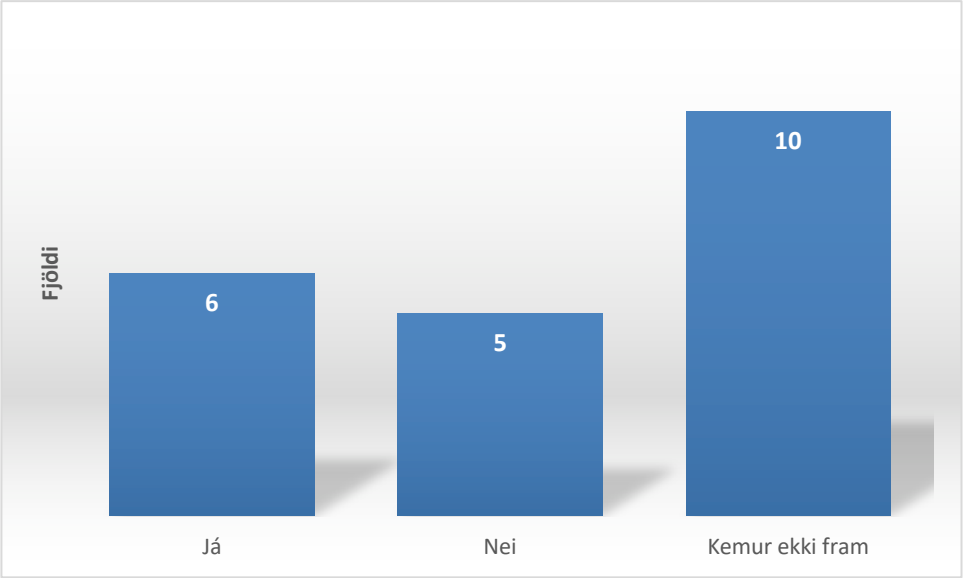
skráðir atvinnulausir án bótaréttar og tveir sem öryrkjar, einn sjúklingur, einn með endurhæfingarlífeyri og tveir voru látnir.



Mynd 9 Skráð atvinnustaða í umsóknum þátttakenda

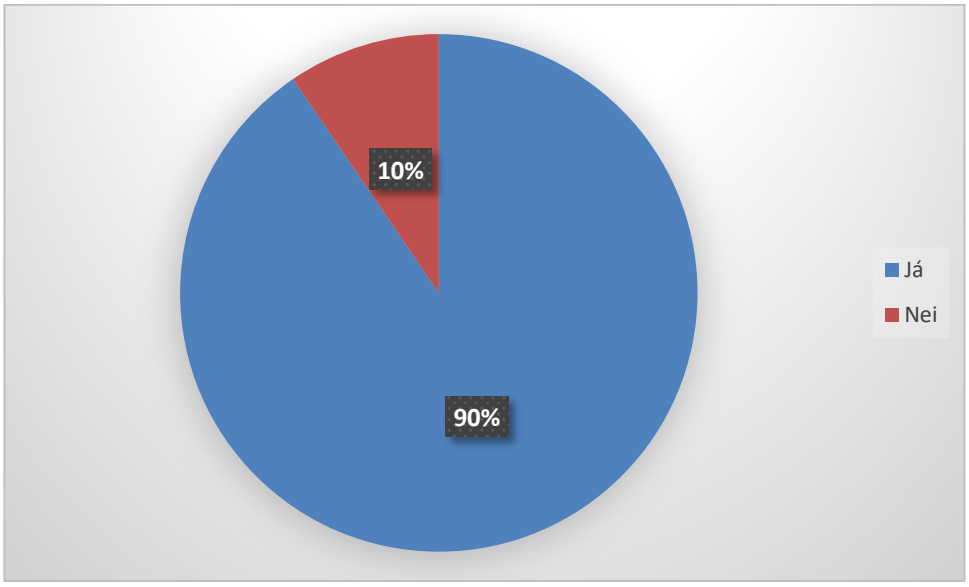
8.3 Vandi þátttakenda

Samtals voru 23 þátttakendur af 40 með lögheimili í Reykjavík og var kannað í málaskrá hver vandi þessa einstaklinga er. Það kom í ljós að tveir af þessum 23 voru ekki skráðir í málaskrá og eiga upplýsingarnar þar af leiðandi við um 21 einstakling. Mynd tíu sýnir hversu margir þátttakendur höfðu afbrotaferil að baki. Í 11 tilfellum var skráð um hvort viðkomandi hafi brotið af sér og átti það við sex af þeim. Hjá tíu af 21 þátttakendum kom ekki fram hvort þeir höfðu afbrotaferil.



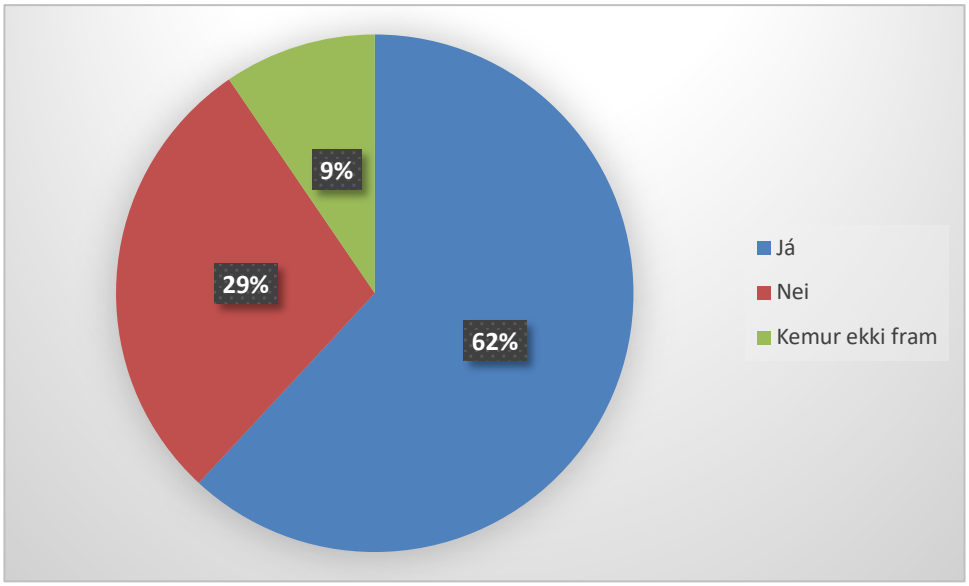
Mynd 10 Hlutfall þátttakenda með afbrotaferil

Langflestir af þeim 21 sem höfðu lögheimili í Reykjavík áttu við vímuefnaröskun að etja eða 90% samkvæmt skráningu í málaskrá eins og mynd 11 sýnir.



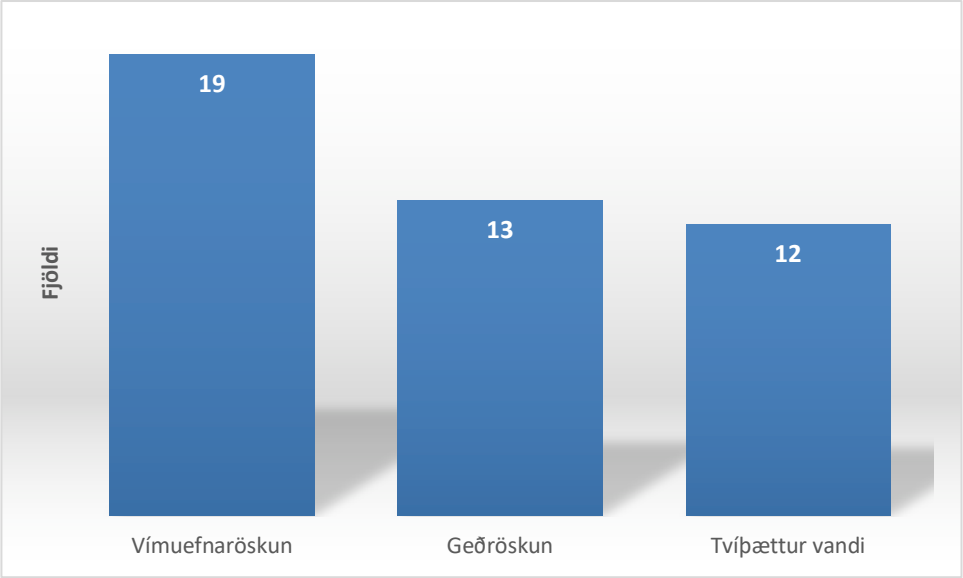
Mynd 11 Hlutfall þátttakenda með vímuefnaröskun

Mynd 12 sýnir að 62% af 21 þátttakenda voru samkvæmt skráningu með geðraskanir, 29% voru ekki með geðröskun og hjá 9% kom ekki fram hvort þeir væru með geðröskun.



Mynd 12 Hlutfall þátttakenda með geðröskun

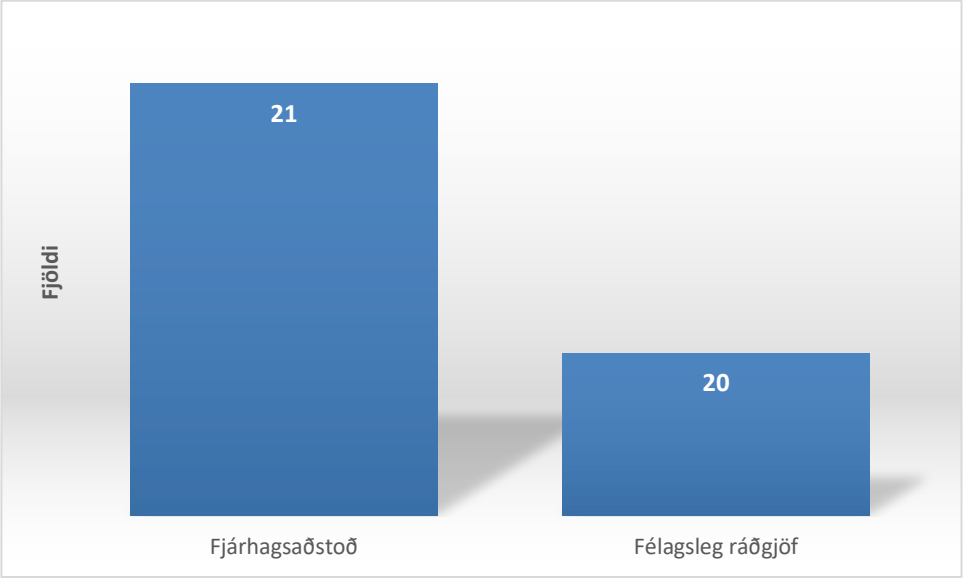
Mynd 13 sýnir þann fjölda þátttakenda sem eru með vímuefnaröskun, geðröskun og tvíþættan vanda. Það voru 19 þátttakendur af 21 sem voru með vímuefnaröskun og 13 með geðröskun. Af þeim voru 12 með bæði vímuefnaröskun og geðröskun, og því skilgreindir með tvíþættan vanda.



Mynd 13 Fjöldi þátttakenda með vímuefnaröskun, geðröskun og tvíþættan vanda

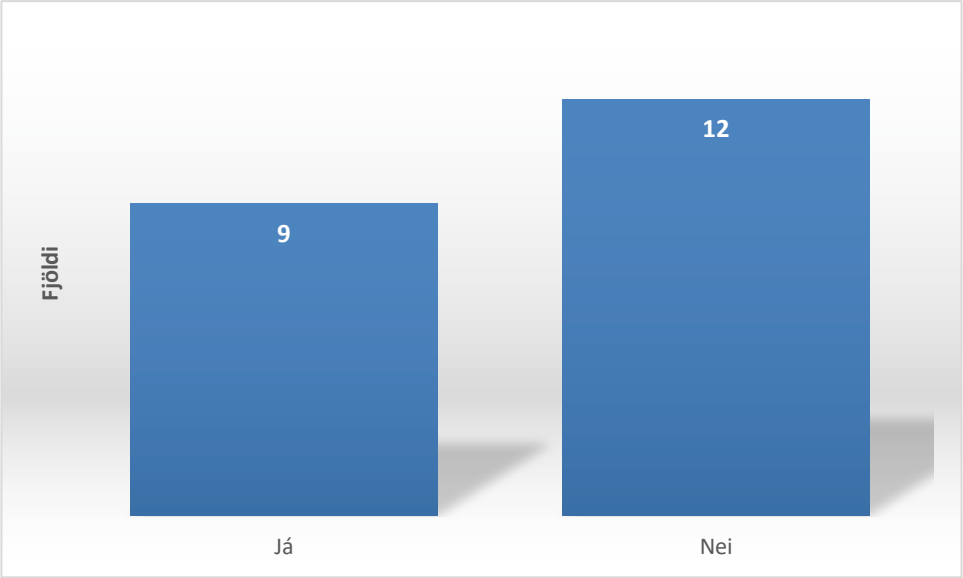
8.4 Úrræði og þjónusta

Mynd 14 sýnir hvaða þátttakendur höfðu fengið fjárhagsaðstoð og félagslega ráðgjöf hjá þjónustumiðstöð Reykjavíkurborgar. Allir þátttakendur af þeim 21 sem hér á við höfðu fengið fjárhagsaðstoð. Hvað varðar félagslega ráðgjöf, þá höfðu 20 þátttakendur fengið slíkt og því aðeins einn sem ekki hafði fengið félagslega ráðgjöf.



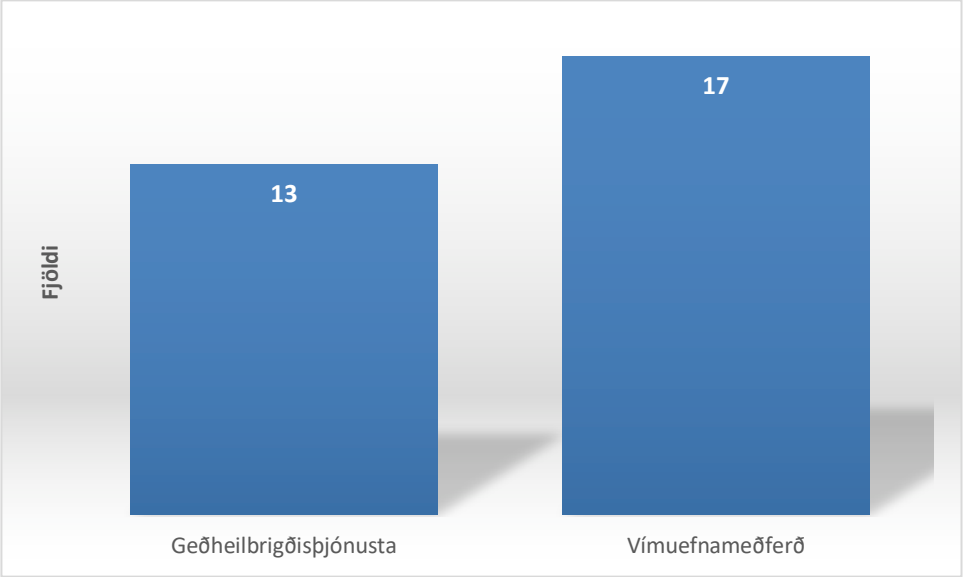
Mynd 14 Fjöldi þátttakenda sem hafa fengið fjárhagsaðstoð og félagslega ráðgjöf

Mynd 15 sýnir fjölda þátttakenda sem höfðu farið í starfsendurhæfingu. Af 21 þátttakendum höfðu níu farið í starfsendurhæfingu en 12 aldrei farið í slíka endurhæfingu.



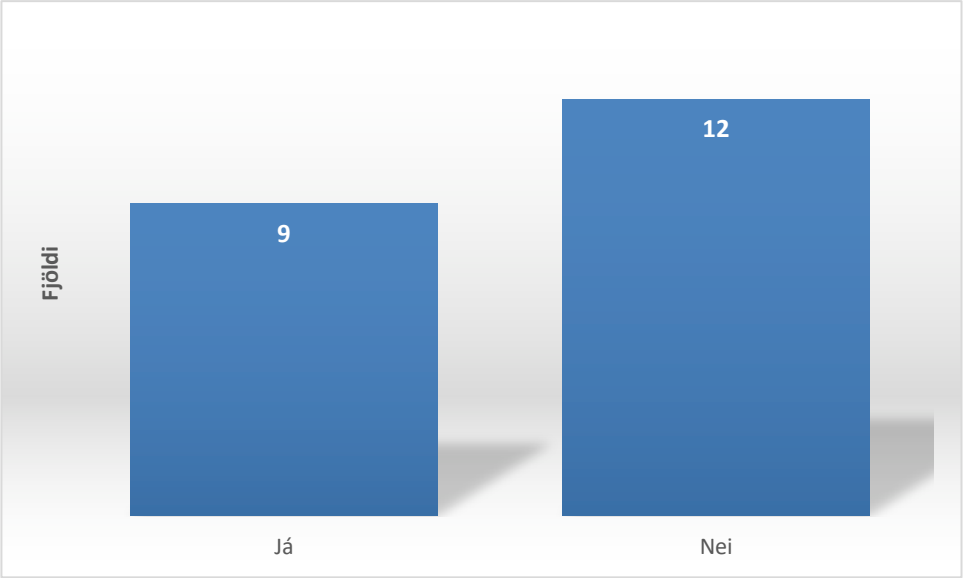
Mynd 15 Fjöldi þátttakanda sem hafði farið í starfsendurhæfingu

Á mynd 16 kemur fram að langflestir af þeim sem áttu við vímuefnaröskun að etja höfðu farið í meðferð vegna þessa eða 17 af 19. Allir 13 sem áttu við geðrænan vanda að etja höfðu fengið þjónustu vegna geðrænna vandkvæða.



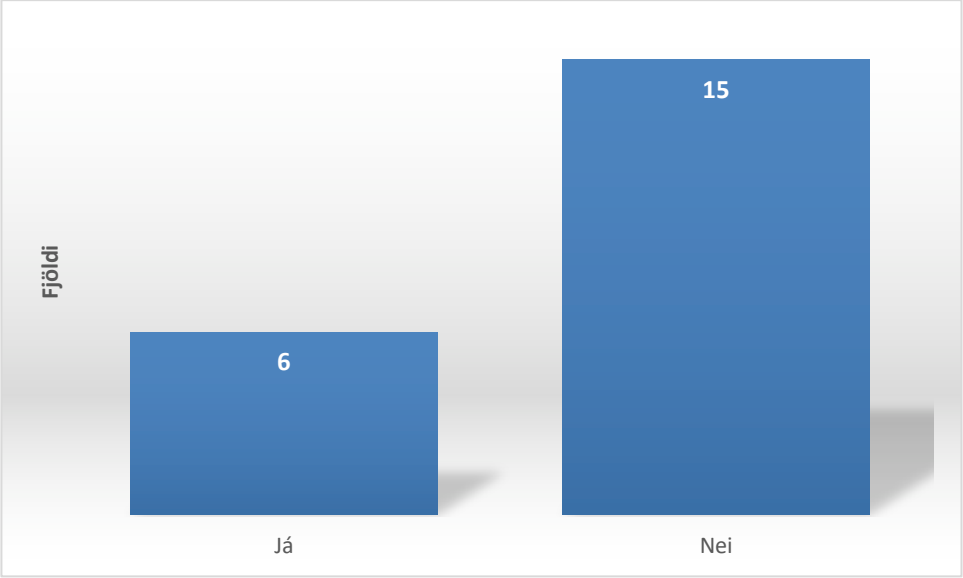
Mynd 16 Fjöldi þátttakenda sem hafa fengið geðheilbrigðisþjónustu og farið í vímuefnameðferð

Mynd 17 sýnir níu þátttakendur af 21 höfðu búið á áfangaheimili.



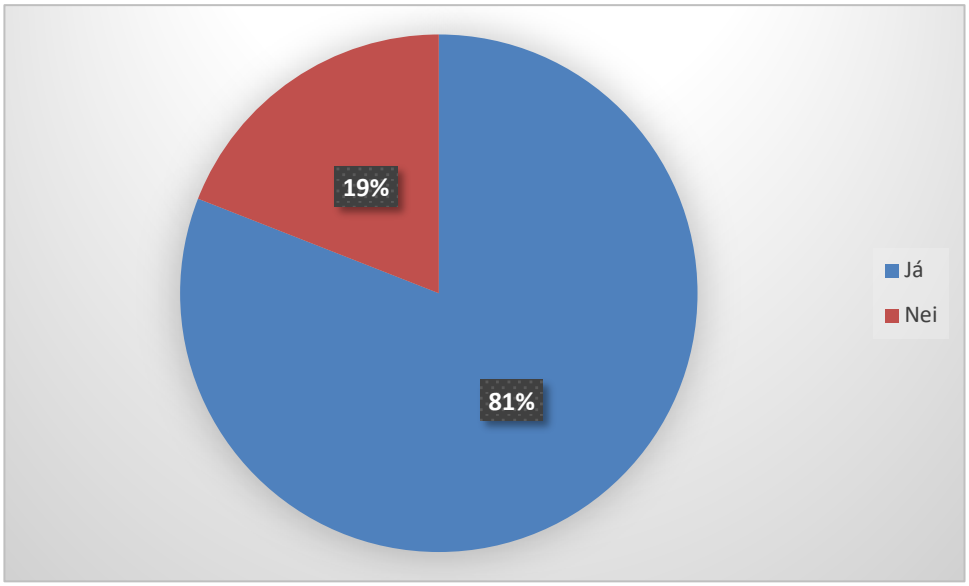
Mynd 17 Fjöldi þátttakanda sem hafði búið á áfangaheimili

Á mynd 18 kemur fram að af 21 þátttakenda höfðu sex fengið þjónustu hjá VoR-teyminu.



Mynd 18 Fjöldi þátttakanda sem hafði fengið þjónustu hjá VoR-teyminu

Eins og mynd 19 sýnir hafði 81% af 21 þátttakendum fengið þjónustu hjá barnavernd fyrir 18 ára aldur.



Mynd 19 Hlutfall þátttakenda sem fengu þjónustu hjá barnavernd fyrir 18 ára aldur

9 Umræða

Hér verða ræddar niðurstöður rannsóknarinnar í ljósi fyrri rannsókna og þekkinga á sviðinu. Rannsóknarspurningarnar sem settar voru fram í upphafi rannsóknar eru hafðar til hliðsjónar. Markmið rannsóknarinnar var að skoða stöðu heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára í Reykjavík. Jafnframt var markmiðið að skoða hvaða úrræði og þjónustu hópurinn hefur nýtt sér.

9.1 Þátttakendur og neyðarskýlin

Rannsóknin byggir á úttekt á 40 einstaklingum á aldrinum 18 til 24 ára sem skilgreindir voru heimilislausir þar sem þeir sóttu gistingu í neyðarskýlum á vegum Reykjavíkurborgar árið 2022. Erfitt er að meta hvort að fjöldi þessa hóps sé svipaður og fyrri ár þar sem nákvæmlega þessi hópur hefur ekki verið rannsakaður áður. Ef horft er til úttektarinnar árið 2021 á heimilisleysi í Reykjavík voru 67 einstaklingar í aldurshópnum 18 til 30 ára eða 22% af heildarfjölda heimilislausra. Eldri úttektir sýndu að hlutfall þess hóps var 17% árið 2009, 26,8% árið 2012 og 28% árið 2017. Það er því fækkun um 6% í aldurhópnum 18 til 30 ára á milli áranna 2017 og 2021. Í þessum tölum eru ekki endilega þeir sem gistu í gistiskýlum heldur þeir sem eru skilgreindir heimilislausir samkvæmt ETHOS skilgreiningu á heimilisleysi. Hafa verður einnig í huga að rannsóknin 2021 er ekki sambærileg við þær sem voru gerðar á árunum 2009, 2012 og 2017 eins og áður hefur komið fram (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012; Reykjavíkurborg, 2021). Til samanburðar þá var aldursflokkurinn 18 til 24 ára í Bandaríkjunum 7% þeirra sem voru heimilislaus árið 2022. Sá hópur hefur farið minnkandi frá árinu 2007 í Bandaríkjunum (FEANTSA, e.d.; Fondation Abbé Pierre og FEANTSA, 2023).

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að 65% voru karlar, 33% konur og 1% kynsegin. Það er í samræmi við kynjahlutfall heimilislausra í Reykjavík árin 2009, 2012, 2017 og 2021 þar sem konur hafa verið rétt undir eða um 30% (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012; Reykjavíkurborg 2021).

Árið 2009 var 18% heimilislausra með lögheimili annars staðar en í Reykjavík og í flestum tilfellum var um að ræða gistingu í neyðarskýlunum. Ef niðurstöður rannsóknarinnar eru settar í samanburð við mælingar 2009, þá hefur fjöldi þeirra sem eru

ekki með lögheimili í Reykjavík en nýta neyðarskýlin þar aukist verulega þar sem sá hópur var 43% (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009). Þróunin bendir til álags á neyðarskýli Reykjarvíkurborgar vegna einstaklinga með lögheimili annarstaðar en í Reykjavík, sem er í samræmi við skýrslu samtaka sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu (2023) þar sem kemur fram að Reykjavíkurborg hefur þurft að bera þungann af þjónustu við heimilislausa á höfuðborgarsvæðinu ásamt því að reka flestu úrræðin og þjónustu fyrir þennan málaflokk.

Í úttektum Reykjavíkurborgar þar sem skoðað er ríkisfang heimilislausra hafa einstaklingar með íslenskt ríkisfang verið í miklum meirihluta. Árið 2009 voru 95% heimilislausra með íslenskt ríkisfang, 89,4% árið 2012, 86,5% árið 2017 og 89% árið 2021. Þær niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður þessarar rannsóknar þar sem 77% þátttakenda höfðu íslenskt ríkisfang (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012; Reykjavíkurborg, 2021).

Í yfirlitum um fjölda gesta og gistinátta í neyðarskýlum Reykjavíkurborgar sést að 16 einstaklingar á aldrinum 18 til 24 ára gistu í neyðarskýlinu á Lindargötu árið 2022, 19 á Grandagarði og 13 í Konukoti. Það samsvarar niðurstöðum þessarar rannsóknar þar sem þær sýna sama fjölda. Fjöldi gesta á aldrinum 18 til 24 ára hefur þá fækkað frá árinu 2020 til 2022 í Konukoti um þrjá. Á Lindargötu og við Grandagarð hefur hinsvegar gestum á aldrinum 18 til 24 ára fjölgað á þessum tveimur árum. Gestirnir fóru úr sjö í 16 á neyðarskýlinu á Lindargötu og 17 í 19 í neyðarskýlinu við Grandagarð (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023). Árið 2022 voru 239 einstaklingar sem að gistu í neyðarskýlinu á Lindargötu, 181 í neyðarskýlinu við Grandagarð og 92 í Konukoti. Þátttakendur rannsóknarinnar voru þá 16 af 239 einstaklingum á Lindargötu, 19 af 181 í Grandagarði og 13 af 92 í Konukoti (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023).

Þátttakendur rannsóknarinnar gistu 80 nætur í Konukoti árið 2022, en heildarfjöldi gistinátta það ár var 3843 nætur. Á Lindargötu var heildarfjöldi gistinátta 9071 árið 2022, en af þeim fjölda töldu þátttakendur rannsóknarinnar með 237 nætur. Heildarfjöldi gistinátta á neyðarskýlinu við Grandagarð var lægri sama ár þar sem gist var 6150 nætur. Þátttakendur rannsóknarinnar gistu þó fleiri nætur á Grandagarði en Lindargötu, eða 281 nætur. Ástæðuna má rekja til þess að neyðarskýlið við Grandagarð er sérstaklega ætlað

yngri mönnum. Lengd heimilisleysis í Reykjavík var skoðuð árin 2012 og 2017, en þar voru fjórir til ellefu mánuðir og lengur en eitt ár algengustu flokkarnir. Erfitt er að bera saman niðurstöður rannsóknar um lengd heimilisleysis við þær upplýsingar þar sem niðurstöður sýna ekki nákvæma lengd heimilisleysis þátttakenda. Af þeim 40 sem nýttu neyðarskýlin árið 2022, þá höfðu 11 nýtt sér þau árið 2021 og 13 árið 2023. Það er því ekki hátt hlutfall þátttakenda sem hefur verið heimilislaus lengur en eitt ár, út frá upplýsingum um notkun neyðarskýlanna (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023).

9.2 Húsnæðisumsóknir

17 þátttakendur rannsóknarinnar höfðu lagt fram umsókn um félagslegt leiguhúsnæði hjá Reykjavíkurborg. Flestir lögðu fram umsókn í almennt félagslegt leiguhúsnæði, eða 11 manns. Þá höfðu þrír sótt um húsnæði fyrir fatlað fólk og tveir um húsnæði fyrir heimilislausa með miklar og flóknar þjónustuþarfir. Einn þátttakandi hafði sótt um á áfangaheimili. Áhugavert er hversu fáir þátttakendur höfðu lagt fram umsókn um húsnæði fyrir heimilislausa þar sem slík úrræði eru hönnuð fyrir þá sem þurfa á sértækri þjónustu að halda vegna alvarlegrar vímuefnaröskunar og/eða geðröskunar. Þegar staða umsókna hjá þátttakendum er skoðuð má sjá að tvær voru dregnar til baka og fjórar hafa fallið úr gildi. Samkvæmt kenningu Jellineks er einstaklingur með fjórða stigs fíkn orðinn það líkamlega háður vímuefnum að hver dagur snýst um næsta skammt og samkvæmt kenningum um heilasjúkdóm er einstaklingur með þriðja stigs fíkn óhæfur til þess að taka rökrétta ákvörðun. Slíkt á við um stóran hóp heimilislausra þar sem áfengis- og vímuefnaröskun er algengt vandamál hjá þeim. Erfitt gæti þá verið fyrir þann hóp að sækja um og viðhalda húsnæðisumsóknum sínum þar sem þeir þurfa að sækja sjálfir um félagslegt leiguhúsnæði hjá sínu sveitarfélagi (Kinney, 2020; Reykjavíkurborg, 2023; Volkow o.fl., 2016).

Nýjustu upplýsingar um búsetuaðstæður heimilislausra í Reykjavík eru frá árinu 2021, en þær niðurstöður eru ekki í samræmi við þær niðurstöður sem komu fram um búsetuaðstæður þeirra 17 þátttakenda sem voru með húsnæðisumsókn hjá Reykjavíkurborg. Árið 2021 var meirihluti heimilislausra með húsnæði þar sem 40% var í húsnæði fyrir heimilislausa og 14% í húsnæði með langtímastuðning (Reykjavíkurborg, 2021). Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að aðeins 6% þátttakenda voru í leiguíbúð árið

2022. Biðlisti fyrir félagslegu leiguhúsnæði getur verið einn þáttur í því að skýra hvers vegna svo fáir voru með leiguhúsnæði. Sama ár voru 619 einstaklingar á biðlista fyrir almennu félagslegu leiguhúsnæði, 135 fyrir húsnæði fyrir fatlað fólk og 65 fyrir húsnæði fyrir heimilislausa (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, munnleg heimild, 23. október 2023). Töluvert fleiri þátttakendur voru með skráða búsetu á stofnun en heildarfjöldi heimilislausra árið 2021. Niðurstöður rannsóknar sýndu að 23% voru á stofnun en árið 2021 var 4% heimilislausra að útskrifast af stofnunum. Stærsti hópur þátttakenda voru skráðir húsnæðislausir, eða 47%, en árið 2021 voru 31% heimilislausra sem að voru í neyðargistingu (Reykjavíkurborg, 2021).

Í húsnæðisumsóknum þátttakendanna stóð hver staða þeirra væri. Kom þar fram að tveir þátttakendur væru látnir. Ekki kom fram hver ástæðan væri fyrir andláti þeirra, en heimilislausir eru almennt líklegri en aðrir hópar til þess að deyja um aldur fram og í mörgum tilfellum má tengja slík andlát við ofskömmtun vímuefna (Baggett o.fl., 2013; Hwang, 2001; Meehan o.fl., 2024; Romaszko o.fl., 2017; Slockers o.fl., 2018). Þessar niðurstöður ýta enn frekar undir mikilvægi þess að tryggja þessum hópi húsnæði. Í húsnæðisúrræðum sem eru fyrir heimilislaust fólk er notast við húsnæði fyrst hugmyndafræðina, en hún byggir á skaðaminnkun. Í stefnu Reykjavíkurborgar í málefnum heimilislausra kemur fram að stýrihópurinn telur mikilvægt að sett verði skýr stefna hvað varðar útfærslu og innleiðingu á húsnæði fyrst, sem skilað hefur árangri víða um heim (Reykjavíkurborg, 2019). Slík úrræði virka vel fyrir þennan hóp þar sem þau krefjast þess ekki að íbúar sýni fram á edrúmennsku og með notkun skaðaminnkunar er spornað við neikvæðum afleiðingum vímuefnaröskunar, líkt og andláti. Þá er einnig notast við lausnar- og styrkleikakenningar þar sem einblínt er frekar á styrkleika einstaklingsins en að vandamálum hans. Með notkun hennar er hægt að byggja upp gott meðferðarsamband. Út frá því er í kjölfarið hægt að vinna að lausnum við vanda einstaklingsins og þá einnig skapa seiglu og gæði í lífi hans (Harm Reduction International, e.d.; Healy, 2014; Rhodes og Hedrich, 2010; Tatarsky og Marlatt, 2010).

9.3 Vandi þátttakenda

Sex þátttakendur af 21, eða 28,6% höfðu afbrotaferil að baki. Það er töluvert lægra hlutfall en erlendar rannsóknir sýna um afbrotaferil meðal heimilislausra. Í bandarískri rannsókn kom fram að 76% þátttakenda hefðu verið handteknir og samkvæmt ástralskri rannsókn

höfðu 62% þátttakenda afbrotaferil að baki sér. Í báðum rannsóknum var algengasta brotið fíkniefnabrot (Gonzalez o.fl., 2018; Mitchell o.fl., 2023). Þeir sem brjóta af sér og fara í fangelsi eru í hópi þeirra sem eru í meiri hættu á að verða heimilislausir en aðrir. Í úttekt á heimilisleysi í Reykjavík árið 2017 var til dæmis 4% heimilislausra að ljúka afplánun sem var skilgreint sem aðstæður og vandi sem hefði getað ýtt undir heimilisleysi þeirra (Caton o.fl., 2005; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017; Heiða Kristín Helgadóttir o.fl., e.d.)

Vímuefnaröskun er þekkt vandamál meðal heimilislausra einstaklinga, og er sá hópur líklegri til þess að eiga við slíkt vandamál heldur en aðrir hópar í samfélaginu (Altena o.fl., 2010; Bharel o.fl., 2013; Fazel o.fl., 2008; Heerde og Patton, 2020; Hwang, 2001; Narendorf o.fl., 2018; Nielsen o.fl., 2011; Nordentoft og Wandall-Holm, 2003; Reykjavíkurborg, 2019; Sample og Ferguson, 2019; Torchalla o.fl., 2011). Niðurstöður rannsóknarinnar um algengi vímuefnaraskana styður það þar sem 90% af þátttakendum voru með slíkan vanda. Nýjustu tölur um vímuefnaröskun hjá heimilislausum í Reykjavík eru frá úttektinni árið 2017, en þar var vímuefnaröskun efst á lista yfir aðstæður og vanda sem hefði getað ýtt undir heimilisleysi. Þá höfðu þó 23% hætt neyslu áfengis og/eða annarra vímuefna (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017).

Líkt og vímuefnaröskun er geðröskun algeng meðal heimilislausra (Altena o.fl., 2010; Bharel o.fl., 2013; Fazel o.fl., 2008; Heerde og Patton, 2020; Hwang, 2001; Narendorf o.fl., 2018; Nielsen o.fl., 2011; Nordentoft og Wandall-Holm, 2003; Reykjavíkurborg, 2019; Sample og Ferguson, 2019; Torchalla o.fl., 2011). Niðurstöður þátttakenda sýndu að 62% af þátttakendum voru með geðröskun. Það samsvarar niðurstöðum úr danskri rannsókn frá árinu 2017 þar sem 64% heimilislausra kvenna á aldrinum 18 til 24 ára voru með geðröskun og 46% karla. Hlutfall heimilislausra í Reykjavík árið 2017 með geðröskun var þó nokkuð lægri, eða 39%. 141 heimilislausir einstaklingar í Reykjavík voru með geðröskun það ár, en 80% þeirra voru einnig með vímuefnaröskun, það er tvíþættan vanda. Það samsvarar niðurstöðum rannsóknarinnar þar sem 13 þátttakendur, eða 62% voru með geðröskun, og af þeim voru 12, eða 57% með tvíþættan vanda (Benjaminsen, 2017; Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir, 2017). Slíkur vandi er vaxandi vandamál í heiminum og hópur þeirra sem glíma við slíkan vanda fer stækkandi. Einstaklingar með tvíþættan vanda eru líklegri til að verða heimilislausir en þeir sem hafa

eina greiningu, og því er mikilvægt að sá hópur fái þjónustu við hæfi (Jaffe o.fl., 2012; Langås o.fl., 2011; Ríkisendurskoðun, 2022; Todd o.fl., 2004; WHO, 1994).

9.4 Úrræði og þjónusta

Allir 21 þátttakendur höfðu fengið fjárhagsaðstoð hjá Reykjavíkurborg. Þeir hljóta þá 192.682 krónur á mánuði sem einstaklingar sem hafa ekki aðgang að húsnæði eða búa hjá öðrum. Þátttakendurnir voru mjög lítill hluti af heildartölu þeirra sem þáðu fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg árið 2022, en heildartala þeirra voru 3352 einstaklingar en 566 í aldursflokknum 18 til 24 ára (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Reykjavík, e.d.-b; Reykjavíkurborg, 2024). Félagslega ráðgjöf á að veita samhliða fjárhagsaðstoð, en af 21 þátttakendum höfðu 20 fengið slíka ráðgjöf. Félagsráðgjafi sinnir félagslegri ráðgjöf í þeim tilgangi að hjálpa fólki til sjálfshjálpar, til dæmis með valdeflandi nálgun. Sú nálgun er notuð til þess að aðstoða hópa sem hafa verið stimplaðir sem jaðarsettir af samfélaginu til þess að öðlast betra innsæi inn i líf sitt og út frá því leysa ýmis vanda. Slík ráðgjöf er því mikilvæg í vinnu með heimilislausum til þess að þeir hafi vald til þess að taka ákvarðanir og hafi þá möguleika á vali þegar kemur að mikilvægum ákvörðunum, ásamt því að virkni þeirra í samfélaginu styrkist (Chamberlin og Schene, 1997; Hardina o.fl., 2007; Healy, 2014; Joseph, 2020; Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Reykjavík, e.d.).

Atvinnutengd starfsendurhæfing er úrræði fyrir þann hóp sem hefur ekki komist á vinnumarkað, hafa horfið af honum eða á í hættu að hverfa af honum vegna læknisfræðilegra og/eða félagslegra vandamála. Af 21 þátttakendum rannsóknarinnar voru níu sem höfðu farið í starfsendurhæfingu. VIRK og Grettistak eru slík úrræði, og markmiðin með þeim er að einstaklingurinn öðlist fótfestu á vinnumarkaðinum. Mikil ánægja hefur verið hjá þeim einstaklingum sem hafa nýtt sér þessi úrræði samkvæmt rannsóknum og könnunum. En til þess að nýta þessa þjónustu þarf einstaklingurinn að vera edrú og því væri áhugavert að skoða nánar hvort að slík úrræði henti heimilislausum ungmennum (Erla Björg Sigurðardóttir, 2007; Erla Björg Sigurðardóttir og Margrét Þorvaldsdóttir, 2014; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2005; Lög um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða nr. 60/2012; VIRK, e.d.)

Þjónusta fyrir geðröskun er þjónusta sem að 13 af 21 þátttakendum rannsóknarinnar hafa sótt sér, eða 62%. Slíka þjónustu er hægt að fá á geðdeildum Landspítalans þar sem þeir sjá um annars og þriðja stigs geðheilbrigðisþjónustu. Erfitt getur verið fyrir hóp heimilislausra að fá viðeigandi geðheilbrigðisþjónustu þar sem óljóst er hver ber ábyrgð á að veita hana. Árið 2022 voru 2236 innlagnir á geðdeildum Landspítalans, en áhugavert væri að vita hversu stór hluti þeirra eru einstaklingar sem skilgreindir eru heimilislausir (Gunnlaug Thorlacius, munnleg heimild, 26. október 2023; Ríkisendurskoðun, 2022). 17 þátttakendur af 21 höfðu farið í meðferð vegna vímuefnaröskunar. Í slíkum meðferðum er meðferðin einstaklingsmiðuð, notast er við valdeflingu til að efla einstaklinginn og unnið er úr ýmsum vanda og áföllum (Krýsuvík, e.d.-b; Samhjálp, e.d.-c; SÁÁ, e.d.-b). Það er mikilvægt þar sem áfallakenningar telja að tengsl séu á milli áfallastreitu- og vímuefnaröskunar. Þá telja sumir að einstaklingar þrói með sér vímuefnaröskun vegna áfallastreituröskunar þar sem þeir nota vímuefni til þess að deyfa tilfinningar sínar. Aðrir telja að einstaklingar með vímuefnaröskun þrói með sér áfallastreituröskun. Þá er til dæmis aukin áhættuhegðun í tengslum við vímuefnanotkun og er það áhrifaþáttur sem getur aukið líkur á að einstaklingur verði fyrir áfalli. Af þeim 17 sem hafa farið í vímuefnameðferð eru 12 með tvíþættan vanda. Það gerir þjónustu fyrir þann hóp erfiðari þar sem þeir þurfa oft þjónustu frá heilbrigðis- og félagslega kerfinu samtímis. Þeir sem tilheyra þessum hópi eru líklegri en þeir sem hafa eina greiningu til að upplifa takmarkaðan árangur af meðferðum og hafa oftar þörf fyrir innlögn á neyðardeildir. Unnið er að því að bæta þjónustu fyrir meðal annars þennan hóp þar sem ýmsir stýri- og verkefnahópar hafa unnið þvert á ráðuneyti með þann tilgang að bæta alla geðheilbrigðisþjónustu (Acierno o.fl., 1999; Chilcoat og Breslau, 1998; Jacobsen o.fl., 2001; Khantzian, 1987; Langås o.fl., 2011; Reed o.fl., 2007; Ríkisendurskoðun, 2022; Sharkansky o.fl., 1999; Stewart o.fl., 2000; Stewart og Conrod, 2003; Villagonzalo o.fl., 2011; Walter o.fl., 2023).

Fyrir þá sem ljúka til dæmis vímuefnameðferð geta nýtt sér áfangaheimili þar sem markmið þeirra er að leysa bráðan húsnæðisvanda og hjálpa einstaklingum að aðlagast samfélaginu á ný með endurhæfingu, stuðningi og aðhaldi. Af þátttakendum rannsóknarinnar voru níu, eða 43% sem höfðu búið á áfangaheimili og 12% þátttakendanna voru með skráða búsetu á áfangaheimili þegar gagnanna var aflað frá Reykjavíkurborg. Tvö áfangaheimili eru rekin af Reykjavíkurborg. Þau eru Brautin, þar sem

er pláss fyrir níu karlmenn, og Njálan, þar sem er pláss fyrir þrettán konur. Velferðarsvið Reykjavíkurborgar er einnig með þjónustusamning við SÁÁ sem rekur áfangaheimilið Vin, en þar eru pláss fyrir 20 karla. Velferðarsvið Reykjavíkurborgar rekur síðan áfanga- og stuðningsheimilið M18 með Samhjálp og þar er pláss fyrir átta karla. Í þessum úrræðum þurfa íbúar að vera í reglulegum samskiptum við félagsráðgjafa hjá Reykjavíkurborg, sem veitir þeim frekari stuðning (Reykjavík, 2022; Reykjavíkurborg, 2019; Samhjálp, e.d.-a). Stuðningur er einnig veittur þessum hópi með VoR-teyminu sem er vettvangs- og ráðgjafateymi, en það aðstoðar heimilislaust fólk sem er með vímuefna- og geðröskun. Það voru sex þátttakendur af 21, eða 28,6% sem höfðu fengið þjónustu hjá því teymi. Það er lægra hlutfall en tölur frá árinu 2021 sýndu þar sem 40% heimilislausra höfðu fengið þjónustu hjá þeim og 42% heimilislausra sem voru á aldrinum 18 til 30 ára. Þeir einstaklingar sem nýta þjónustu þeirra fá einstaklingsmiðaða ráðgjöf og stuðning við ýmis verk, eins og að halda heimili á grundvelli hugmyndafræðinnar húsnæði fyrst (Reykjavík, e.d.-h; Reykjavíkurborg, 2019).

Stór hópur þátttakenda rannsóknarinnar höfðu fengið þjónustu hjá barnavernd fyrir 18 ára aldur, eða 81%. Barnavernd veitir þjónustu þegar börn búa við óviðunandi aðstæður eða stofna heilsu sinni og þroska í hættu (Barnaverndarlög nr. 80/2002). Í San Francisco var skoðað hversu mörg heimilislaus ungmenni á aldrinum 17 til 24 ára höfðu verið tilkynnt til barnaverndar vegna vanrækslu árin 2011 og 2014, en það var 50%. Ekki er hægt að bera þessar tölur saman en þetta gefur þó til kynna að heimilislaus ungmenni eru líkleg til þess að hafa upplifað vanda í æsku. Það má einnig tengja það við áföll þar sem einstaklingar sem verða fyrir áfalli í barnæsku geta upplifað sterkar tilfinningar sem valda truflunum í daglegu lífi þeirra. Hæfni þeirra til að takast á við ýmsar aðstæður á lífsleiðinni verður þá einnig lakari (Alisic o.fl., 2011; Harley o.fl., 2010). Í eigindlegri rannsókn frá árinu 2013 kom fram að 93% af 40 heimilislausum ungmennum á aldrinum 19 til 21 ára í Bandaríkjunum ættu fjölskyldumeðlimi sem væru að kljást við vímuefnaröskun (Putnam-Hornstein o.fl., 2017; Tyler og Schmitz, 2012). Það má tengja við félagsnámskenninguna, en samkvæmt henni er talið að einstaklingur læri ákveðna hegðun og hegðunarmynstur frá umhverfi sínu og þá sérstaklega á yngri árum. Áhættuhegðun er þá einnig lærð hegðun þar sem rannsóknir hafa sýnt að þeir sem alast upp með fjölskyldumeðlimum með vímuefnaröskun eru líklegri en aðrir til að trúa að þeir muni feta í sömu spor. Hafa þarf þó í huga að menning, erfðir, líffræðilegir og sálfræðilegir

þættir hafa einnig áhrif á það hvort einstaklingur þrói með sér vímuefnaröskun (Bandura, 1977; Dodgen og Shea, 2000; Kinney, 2020; Siegel, 2017; Doweiko, 2023).

10 Lokaorð

Markmið rannsóknarinnar var að skoða stöðu heimilislausra ungmenna með miklar og flóknar þjónustuþarfir á aldrinum 18 til 24 ára í Reykjavík ásamt því að skoða hvaða úrræði og þjónustu sá hópur hefur nýtt sér. Niðurstöður sýna að meirihluti heimilislausra ungmenna eru karlar með íslenskt ríkisfang sem er í ramræmi við niðurstöður annarra rannsókna á Íslandi meðal heimilislausra. Af tveimur neyðarskýlum fyrir karla, þá gistu fleiri í neyðarskýlinu við Grandagarð en það er neyðarskýlið sem er sérstaklega miðað að ungum körlum. Um helmingur þátttakenda var skráður í Reykjavík sem gefur til kynna að hinn helmingurinn eru heimilislausir einstaklingar úr öðrum sveitarfélögum sem eru að nýta þjónustu hjá Reykjavíkurborg. Þær niðurstöður vekja upp spurningar um ábyrgð annarra sveitarfélaga gagnvart sínum íbúum, og mikilvægi þess að öll sveitarfélög tryggi að íbúar þeirra hafi aðgang að viðeigandi þjónustu og úrræðum.

Fjöldi þátttakenda með húsnæðisumsóknir voru 17 talsins og tvær af þeim voru skráðar í leigu. Þá voru 23% þeirra skráðir með búsetu á stofnun og 12% á áfangaheimili en 47% þátttakenda skráðir húsnæðislausir. Þetta undirstrikar brýna þörf fyrir aukningu í húsnæðisúrræðum fyrir heimilislausa, þá sérstaklega ef litið er til þess að sveitarfélög bera lagalega skyldu til þess að bregðast við húsnæðisvanda heimilislausra. Reykjavíkurborg er að bregðast við þessum vanda þar sem markmið þeirra er meðal annars að fjölga smáhýsunum sem þau reka úr fimm í 20. Slík fjölgun er mikilvægur þáttur í að veita heimilislausum viðeigandi þjónustu og á að geta lækkað hlutfall þeirra sem eru húsnæðislausir. Með öruggu húsnæði og húsnæði fyrst hugmyndafræðinni er hægt að stuðla að bata og að heilsa og vellíðan hjá þessum hóp verði betri ásamt því að samfélagsaðlögun verði auðveldari. Þegar staða þátttakenda í húsnæðisumsóknum þeirra var skoðuð kom í ljós að tveir þátttakendurnir voru látnir. Gagnlegt væri að skoða hverjar helstu dánarorsakir heimilislausra séu á Íslandi til að finna lausnir sem geta komið í veg fyrir ótímabær dauðsföll hjá þessum hópi.

Það er ekki hátt hlutfall þátttakenda með afbrotaferil að baki en mikilvægt er þó að einstaklingur geti gengið í viðeigandi húsnæði sem tekur við þegar að afplánun líkur til þess að minnka líkurnar á því að viðkomandi verði heimilislaus. Með fjölgun smáhýsa væri möguleiki á að grípa þennan hóp betur þar sem rannsóknir hafa sýnt að með notkun húsnæði fyrst hugmyndafræðinnar er hægt að draga úr fjölda heimilislausra. Þá er einnig talið að húsnæði fyrst geti verið skilvirkari en aðrar leiðir og að það veiti heimilislausum

einstaklingum meiri stöðugleika, getu, vellíðan og framfarir í lífi þeirra. Mjög hátt hlutfall þátttakenda er með vímuefnaröskun og/eða geðröskun. Tvíþættur vandi er alvarlegt vandamál meðal heimilislausra og erfitt getur verið að meðhöndla hann. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrikar að grundvallaratriði er að um heilbrigðisvanda er að etja sem þarf að mæta með viðeignandi úrræðum innan stofnana sem veita meðferð vegna vímuefnaröskunnar og geðrænna vandkvæða. Félagslegur vandi þessa hóps er fjölþættur sem kallar á fjölþætta þjónustu frá félagsþjónustu, áfangaheimila og starfsenduhæfingar. Þjónusta sem felur í sér langtíma stuðning, virðingu og gott aðhald eru lykilatriði í því ferli.

Áhugavert er að þátttakendur rannsóknarinnar höfðu margir hverjir fengið aðstoð frá mörgum meðferðar- og þjónustuaðilum í ólíkum kerfum. Hins vegar virðist skorta samvinnu og samráð á milli þessara kerfa sem getur dregið úr árangri meðferðar. Mikilvægt er að þróa skýra stefnu eða verklag til að samþætta þjónustu milli kerfa, sem myndi hámarka líkur á farsælli þjónustuveitingu fyrir einstaklinga með flóknar þarfir þar sem unnið er að markvissri þjónustukeðju þvert á kerfin. Í stefnu Reykjavíkurborgar í málefnum heimilislausra 2019–2025 er sérstaklega lögð áhersla á þá framtíðarsýn að víðtækt samráð verði haft við notendur, stjórnvöld svo sem félagsmála- dóms- og heilbrigðisyfirvöld og frjáls félagasamtök.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að um langtíma heimilisleysi sé að ræða hjá hluta af hópnum. Íhlutun í málefni þeirra er grundvallar atriði ef það á að stöðva þann vítahring með einstaklingsmiðaðri nálgun félagsráðgjafa á þjónustumiðstöð. Það má leiða líkur að því að viðfangsefni þessarar rannsóknar séu einstaklingar sem hafa litla stjórn á lífi sínu vegna vímuefnaneyslu og gerðraskana þar með hvert skuli stefna í lífinu. Það er hlutverk félagsráðgjafa sem veita félagslega ráðgjöf á þjónustumiðstöðvum að aðstoða einstaklinga í slíkri stöðu til þess að öðlast betra innsæi inn í líf sitt og út frá því leysa þann vanda sem blasir við.

Síðustu ár hefur stærsti hluti heimilislausra verið með íslenskt ríkisfang sem gefur til kynna að kerfin okkar ættu að geta gripið þessa einstaklinga fyrr. Miklar líkur er á því að heimilislaus ungmenni með miklar og flóknar þjónustuþarfir hafi sýnt einkenni fyrir 18 ára aldur, og þá sérstaklega þegar stór hluti þeirra hefur fengið þjónustu hjá barnavernd. Það er hlutverk barnaverndar að beita ráðstöfunum sem ætla má að séu barni fyrir bestu og telja sig vera með fjölbreytt stuðningsúrræði. Út frá niðurstöðum rannsóknar vakna þó upp spurningar um hvort úrræðin séu nægilega fjölbreytt fyrir þennan ákveðna hóp.

Kynjaskipting heimilislausra hefur einnig verið síðustu ár sú að karlar eru í miklum meiri hluta. Það vekur upp spurningar um hvort kerfin okkar, líkt og skólakerfið sé að henta strákum sem eru með áhættuþætti eins og geðröskun og hvað sé hægt að gera til að grípa þann hóp betur.

Niðurstöður gefa til kynna að umfangsmikil þjónusta hefur verið veitt til þessara einstaklinga frá mismunandi aðilum, eins og meðferðarkerfi, félagsþjónusta, starfsendurhæfing og áfangaheimili sem gefur til kynna að þeir sækja eftir aðstoð. Fjölbreytt þjónusta og úrræði eru í boði fyrir hópinn, en álitamál er hvort að þau séu nægilega fjölbreytt eða henti nákvæmlega þessum hóp. Rannsakandi telur mikilvægt að dýpka rannsóknir á þeim úrræðum og þjónustu sem heimilislaus ungmenni eru að nýta, með sérstakri áherslu á að meta árangur þeirra og hvort einstaklingarnir séu virkir þátttakendur í eigin ferli. Slíkt myndi styðja við framtíðarsýn Reykjavíkurborgar sem fram kemur í stefnu þeirra, þar sem stefnt er að því að leita bestu lausna með notendum, veitt sé einstaklingsmiðuð þjónusta og að nýtt séu þau tækifæri sem bjóðast í samvinnu við aðrar stofnanir og samtök. Þá telur hann einnig að mikilvægt sé að rannsaka betur stöðu heimilislausra ungmenna og fara dýpra í sögu þeirra til þess að fá skýrari mynd á hvaða áhrifaþættir í lífi þeirra höfðu mögulega áhrif á að þau urðu heimilislaus. Slíkar rannsóknir gætu veitt mikilvægar upplýsingar um hvernig hægt sé að skapa grundvöll fyrir markvissari og einstaklingsmiðaðar lausnir.

_____

Aníta Rún Óskarsdóttir

Heimildaskrá

Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. og Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of differential multivariate relationships. *Journal of anxiety disorders, 13*(6), 541-563. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00030-4

Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F. og Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(5), 736-747. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.001

Alma D. Möller, Agnes Gísladóttir, Rafn M. Jónsson, Salbjörg Bjarnadóttir og Sigríður Haralds. (2020). *Vandi vegna* áfengis *og/eða annarra vímuefna: Bið eftir heilbrigðisþjónustu*. Embætti landlæknis.

Altena, A. M., Brilleslijper-Kater, S. N. og Wolf, J. R. (2010). Effective interventions for homeless youth: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(6), 637-645. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.02.017

Altheide, D. og Schneider, C. (2013). *Qualitative media analysis.* Sage Publications.

Amalía Björnsdóttir og Berglind Gísladóttir. (2021). Algengar aðferðir í lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 455-470). Háskólaútgáfan.

APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. útgáfa). American Psychiatric Association.

Baggett, T. P., Hwang, S. W., O'Connell, J. J., Porneala, B. C., Stringfellow, E. J., Orav, E. J., Singer, D. E. og Rigotti, N. A. (2013). Mortality among homeless adults in Boston: Shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Internal Medicine, 173*(3), 189-195. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1604

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Prentice Hall.

Barna- og fjölskyldustofa. (e.d.). *Viltu vita um úrræði í barnavernd? Stuðningsúrræði í barnavernd.* https://www.bofs.is/almenningur/urraedi/

Barnaverndarlög nr. 80/2002.

Benjaminsen, L. (2017). *Hjemløshed i Danmark 2017: National kortlægning.* https://pure.vive.dk/ws/files/923630/Hjeml_shed_i_Danmark_2017.pdf

Benjaminsen, L. (2018). Housing first in Denmark: An analysis of the coverage rate among homeless people and types of shelter users. *Social Inclusion, 6*(3), 327-336. https://doi.org/10.17645/si.v6i3.1539

Berglind Gísladóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Inngangur að aðferðafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 23-36). Háskólaútgáfan.

Bharel, M., Lin, W. C., Zhang, J., O'Connell, E., Taube, R. og Clark, R. E. (2013). Health care utilization patterns of homeless individuals in Boston: Preparing for medicaid expansion under the affordable care act. *American Journal of Public Health, 103*(2), 311-317. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301421

Black, P. J., Woodworth, M., Tremblay, M. og Carpenter, T. (2012). A Review of trauma-informed treatment for adolescents. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 53,*(3), 192-203. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028441

Brakenhoff, B., Martin, J., Slesnick, N., Holowacz, E., Yilmazer, T., Chavez, L. og Kelleher, K. (2022). "I just needed someone to believe in me." A qualitative analysis of youths' experiencing homelessness perspectives of a housing first intervention. *Children and Youth Services Review, 143*, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106655

Caton, C. L., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., McQuistion, H., Opler, L. A. og Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health, 95*(10), 1672-1860. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063321

Chamberlin, J. og Schene, A. H. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric rehabilitation journal, 20*(4), 43-46. http://polkcountypbsn.org/wp-content/uploads/2012/10/Working-definition-of-empowerment.pdf

Chapin, R. K. (2010). *Social policy for effective practice: A strengths approach* (2. útgáfa). Routledge.

Chassman, S., Barman-Adhikari, A., Hsu, H. T., Ferguson, K. M., Narendorf, S. C., Maria, D. S., Shelton, J., Petering, R. og Bender, K. (2022). Prevalence and correlates of illicit substance use among young adults experiencing homelessness in seven cities across the United States. *Journal of Drug Issues, 52*(4), 488-508. https://doi.org/10.1177/00220426211049355

Chilcoat, H. D. og Breslau, N. (1998). Investigations of causal pathways between ptsd and drug use disorders. *Addictive behaviors, 23*(6), 827-840. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00069-0

Climie, E. A. og Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 56*(3), 295-300. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cap0000030

Dell'Osso, L., Rugani, F., Maremmani, A. G. I., Bertoni, S., Pani, P. P. og Maremmani, I. (2014). Towards a unitary perspective between post-traumatic stress disorder and substance use disorder. Heroin use disorder as case study. *Comprehensive Psychiatry, 55*(5), 1244-1251. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.03.012

Des Jarlais, D. C., Arasteh, K. og Hagan, H. (2009). Evaluating syringe exchange programs: A review of the evidence. *Addiction, 104*(4), 684-690.

Dodgen, C. E. og Shea, W. M. (2000). *Substance use disorders: Assessment and treatment.* Academic Press.

Doweiko, H. E. (2023). *Concepts of chemical dependency* (11. útgáfa). Brooks/Cole.

Draumasetrið. (e.d.). *Draumasetrið gefur 65 einstaklingum tækifæri á nýju og betra lífi.* https://draumasetrid.is/um-draumasetrid

Edgar, B. (2009). *European Review of Statistics on Homelessness.* https://www.feantsaresearch.org/download/6-20098376003316223505933.pdf

Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir. (2017). *Kortlagning á fjölda og högum utangarðsfólks í Reykjavík.* https://reykjavik.is/sites/default/files/svid_skjol/VEL/fjoldi_utangardsfolks_2017.pdf

Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir. (2009). *Utangarðsfólk í Reykjavík: Kortlagning og rannsókn.* https://reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefid_efni/utangardsfolk_i_reykjavik_skyrsla_0909.pdf

Embætti landlæknis. (e.d.). *Flokkunarkerfi í heilbrigðisþjónustu.* Ísland.is. https://island.is/flokkunarkerfi-i-heilbrigdisthjonustu/icd-10

Erla Björg Sigurðardóttir. (2007). Grettistak. *Tímarit félagsráðgjafa, 2*, 7-11. https://felagsradgjof.is/wp-content/uploads/2022/10/1773-1749-1-PB.pdf

Erla Björg Sigurðardóttir. (2012). *Kortlagning á fjölda og högum utangarðsfólks í Reykjavík.* https://rafhladan.is/bitstream/handle/10802/15803/Kortlagning___fjoelda_og_hoegum_utangar_sf_lks.pdf?sequence=1

Erla Björg Sigurðardóttir. (2024). *Þúfan: Áfangaheimili fyrir konur sem hafa lokið meðferð vegna fíknisjúkdóma.*

Erla Björg Sigurðardóttir og Margrét Þorvaldsdóttir. (2014). Grettistak starfsendurhæfing. *Tímarit félagsráðgjafa, 8,* 20-26. https://felagsradgjof.is/wp-content/uploads/2022/10/1520-978-1-PB.pdf

Fazel, S., Khosla, V., Doll. H. og Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *Plos Medicine, 5*(12), 1670-1681. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225

FEANTSA. (e.d.). *Who experiences homelessness in Europe?* https://www.feantsa.org/en/about-us/faq

Félagsmálaráðuneytið. (2005). *Skýrsla samráðshóps um heimilislausa: Aðstæður húsnæðislausra í Reykjavík og tillögur til úrbóta.* https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/acrobat-skjol/skyrsla_heimilislausir.pdf

First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., Poznyak, V. B., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C. R., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K. M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R. B., Briken, P., Burke, J. D., ... Reed, G. M. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry, 20*(1), 34-51. https://doi.org/10.1002/wps.20825

Fondation Abbé Pierre og FEANTSA. (2023). *Eighth overview of housing exclusion in europe.* https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/OVERVIEW/Rapport_EN.pdf

Gonzalez, J. R., Jetelina, K. K., Roberts, M., Reitzel, L. R., Kendzor, D., Walters, S. og Businelle, M. S. (2018). Criminal justice system involvement among homeless adults. *American Journal of Criminal Justice, 43*, 158-166. https://doi.org/10.1007/s12103-017-9413-7

Guðmundur Oddsson. (2021). Innihaldsgreining. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 381-402). Háskólaútgáfan.

Guðmundur T. Heimisson. (2021). Réttmæti og áreiðanleiki í megindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 443-454). Háskólaútgáfan.

Hardina, D., Middleton, J., Montana, S. og Simpson, R. A. (2007). *An empowering approach to managing social service organizations.* Springer.

Harley, M., Kelleher, I., Clarke, M., Lynch, F., Arseneault, L., Connor, D., Fitzpatrick, C. og Cannon, M. (2010). Cannabis use and childhood trauma interact additively to increase the risk of psychotic symptoms in adolescence. *Psychological medicine, 40*(10), 1627-1634. https://doi.org/10.1017/S0033291709991966

Harm Reduction International. (e.d.). *What is harm reduction?* https://hri.global/what-is-harm-reduction/

Háskóli Íslands. (2014). *Vísindasiðareglur Háskóla Íslands.* https://www.hi.is/sites/default/files/oddstu/vshi_sidareglur_16_1_2014.pdf

Healy, K. (2014). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice.* Palgrave.

Heerde, J. A. og Patton, G. C. (2020). The vulnerbility of young homeless people. *The Lancet Public Health, 5*(6), 302-303. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30121-3

Heiða Kristín Helgadóttir, Lárus Haraldsson, Áslaug Friðriksdóttir, Þorleifur Gunnlaugsson og Jóna Rut Guðmundsdóttir. (e.d.). *Stefna í málefnum utangarðsfólks 2014 – 2018.* https://reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefid_efni/stefnu_i_malefnum_utangardsfolks_2014-2018_2.pdf

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2005). *Lokaskýrsla starfshóps um starfsendurhæfingu á Íslandi.* https://www.lifeyrismal.is/static/files/old/Skyrsla_um_starfsendurhafingu.pdf

Helgi Gunnlaugsson. (2018). *Afbrot og íslenskt samfélag.* Háskólaútgáfan.

Hoyle, R. H., Harris, M. J. og Judd, C. M. (2002). *Research methods in social relations* (7. útgáfa). Wadsworht.

Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal, 164*(2), 229-233. https://www.cmaj.ca/content/164/2/229.short

Infurna, F. J., Rivers, C. T., Reich, J. og Zautra, A. J. (2015). Childhood trauma and personal mastery: Their influence on emotional reactivity to everyday events in a community sample of middle-aged adults. *PloS one, 10*(4), 1-21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121840

Institute of Medicine. (2006). *Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions.* National Academies Press.

Ísland.is. (e.d.). *Félagslegt húsnæði.* https://island.is/felagslegt-husnaedi

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M. og Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1184-1190. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184

Jaffe, A., Du, J., Huang, D. og Hser, Y. I. (2012). Drug-abusing offenders with comorbid mental disorders: Problem severity, treatment participation, and recidivism. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*(2), 244-250. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.002

Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism.* Hillhouse Press.

Joseph, R. (2020). The theory of empowerment: A critical analysis with the theory evaluation scale. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 30*(2), 138-157. https://doi.org/10.1080/10911359.2019.1660294

Juhila, K., Raitakari, S. og Ranta, J. (2022). Housing First: Combatting long-term homelessness in Finland. Í C. de la Porte, G. B. Eydal, J. Kauko, D. Nohrstedt, P. t' Hart og B. S. Tranøy (ritstjórar). *Successful Public Policy in the Nordic Countries: Cases, Lessons, Challenges* (495-513). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780192856296.003.0024

Kam, P. K. (2021). Strengthening the empowerment approach in social work practice: An EPS model. *Journal of Social Work, 21*(3), 329-352. https://doi.org/10.1177/1468017320911348

Khantzian, E. J. (1987). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. Í D. F. Allen (ritstjóri), *The Cocaine Crisis* (bls. 65-74). Springer.

Kinney, J. (2020). *Loosening the Grip: A handbook of alcohol information* (12. útgáfa). McGraw-Hill.

Koob, G. F. (2000). Neurobiology of addiction: Toward the development of new therapies. *Annals of the New York Academy of Sciences, 909*(1), 170-185. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2000.tb06682.x

Kracauer, S. (1952). The challenge of quantitative content analysis. *Public Opinion Quarterly, 16*(4), 631-642.

Krýsuvík. (e.d.-a). *Forsíða.* https://krysuvik.is

Krýsuvík. (e.d.-b). *Meðferðin.* https://krysuvik.is/medferd/

Lala Ashenberg Straussner, S. (2012). Clinical treatment of substance abusers: Past, present and future. *Clinical Social Work Journal, 40*(2), 127-133. https://doi.org/10.1007/s10615-012-0387-0

Landspítali. (e.d.). *Afeitrunardeild fyrir ólögráða ungmenni.* https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/deildir-og-thjonusta/afeitrunardeild-fyrir-olograda-ungmenni-33d/

Langås, A., Malt, U. F. og Opjordsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area – a clinical study. *BMC Psychiatry, 11*(25), 1-12. https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-25

Lembke, A. (2024). *Dópamínríkið* (Hugrún Hrönn Kristjánsdóttir og Arnþór Jónsson þýddu). Vaka Helgarfell.

Linda H Blöndal Hrafnkelsdóttir. (2023, 7. desember). *Heimilið á Brú ekki bara húsnæði heldur batasamfélag.* Rúv. https://www.ruv.is/frettir/innlent/2023-12-07-heimilid-a-bru-ekki-bara-husnaedi-heldur-batasamfelag-399116

Lög um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða nr. 60/2012.

Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.

Lög um húsnæðismál nr. 44/1998.

Lög um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018.

Magruder, K., McLaughlin, K. og Borbon, D. (2017). Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375338

Margrét Blöndal. (2007). *Áföll, áfallastreita, áfallahjálp. Sorg og sorgarstuðningur.* https://www.almannavarnir.is/wp-content/uploads/2016/05/fagfolk-afallastreita-salraenn-studningur-mars-07.pdf

Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution.* Primary.

Meehan, A. A., King, B. T., Biggs, R. M., Boyer, A. P., Berner-Davis, L. og DiPietro, B. (2024). Review of local homeless mortality efforts: A call for Standardized data and reporting. *Journal of Public Health Management and Practice.* https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002070

Mennta- og barnamálaráðuneytið. (2024, 24. maí). *Nýtt húsnæði fyrir meðferðarheimilið Lækjarbakka.* Stjórnarráð Íslands. https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2024/05/24/Nytt-husnaedi-fyrir-medferdarheimilid-Laekjarbakka-/

Mcknight, R., Price, J. og Geddes, J. (2019). *Psychiatry* (5. útgáfa). Oxford University Press.

Mitchell, R. J., Burns, N., Glozier, N. og Nielssen, O. (2023). Homelessness and predictors of criminal reoffending: A retrospective cohort study. *Criminal Behaviour and Mental Health, 33*(4), 397-398. https://doi.org/10.1002/cbm.2298

Munthe-Kaas, H. M., Berg, R. C. og Blaasvær, N. (2018). Effectiveness of interventions to reduce homelessness: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews, 14*(1), 1-281. https://doi.org/10.4073/csr.2018.3

Narendorf, S. C., Bowen, E., Maria, D. S. og Thibaudeau, E. (2018). Risk and resilience among young adults experiencing homelessness: A typology for service planning. *Children and Youth Services Review, 86,* 157-165. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.01.034

Neuendorf, K. A. (2017). *The content analysis guidebook* (2. útgáfa). Sage.

Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7. útgáfa). Pearson Education Limited.

NIDA. (2018, 15. ágúst). *Comorbidity: Substance use and other mental disorders.* https://nida.nih.gov/research-topics/comorbidity/comorbidity-substance-use-other-mental-disorders-infographic

NIDA. (2020). *Drug, Brains, and Behavior: The Science of Addiction.* https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-scienceaddiction/drugs-brai

Nielsen, S. F., Hjorthøj, C. R., Erlangsen, A. og Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *The Lancet, 377*(9784), 2205-2214. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2

Nordentoft, M. og Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ, 327*(7406), 81-83. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.81

Norwegian Ministries. (2014). *Housing for welfare: National strategy for housing and support services (2014-2020).* https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/housing_for_welfare_national_strategy_for_housing_and_support_services_2014_2020.pdf

O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy, 18*(2), 141-144. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.01.003

Panadero, S., Vázquez, J. J. og Martín, R. M. (2017). Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones, 29*(1), 33-36. https://doi.org/10.20882/adicciones.830

Pleace, N. (2016). *Housing first guide Europe.* https://www.feantsa.org/download/hfg_full_digital1907983494259831639.pdf

Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. og Rolland, B. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literatre review. *Drug and Alcohol Dependence, 145,* 48-68. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012

Putnam-Hornstein, E., Lery, B., Hoonhout, J. og Curry, S. (2017). A retrospective examination of child protection involvement among young adults accessing homelessness services. *American Journal of Community Psychology, 60*(1-2), 44-54. https://doi.org/10.1002/ajcp.12172

Ragnheiður Harpa Arnardóttir. (2021). Aðferðafræði megindlegra rannsókna: Yfirlit yfir helstu rannsóknarsnið. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 407-427). Háskólaútgáfan.

Reed, P. L., Anthony, J. C. og Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: Do early life experiences and predispositions matter? *Archives of General Psychiatry, 64*(12), 1435-1442. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1435

Reykjavík. (e.d.-a). *Félagsleg ráðgjöf.* https://reykjavik.is/felagsleg-radgjof

Reykjavík. (e.d.-b). *Fjárhagsaðstoð til framfærslu með Aldur, Ár og Eining.* https://velstat.reykjavik.is/PxWeb/pxweb/is/VELSTAT/VELSTAT__200.%20Arsskyrsla__02%20Fjarhagsadstod/VEL02007a.px/table/tableViewLayout2/

Reykjavík. (e.d.-c). *Heimilislausir með miklar og flóknar þjónustuþarfir.* https://reykjavik.is/husnaedi/heimilislausir

Reykjavík. (e.d.-d). *Konukot.* https://reykjavik.is/konukot

Reykjavík. (e.d.-e). *Neyðarskýli.* https://reykjavik.is/heimilislaust-folk/neydarskyli

Reykjavík. (e.d.-f). *Neyðarskýlið Grandagarði.* https://reykjavik.is/neydarskylid-grandagardi

Reykjavík. (e.d.-g). *Neyðarskýlið Lindargötu.* https://reykjavik.is/neydarskylid-lindargotu

Reykjavík. (e.d.-h). *VoR-teymi.* https://reykjavik.is/vor-teymi

Reykjavík. (2021, 30. apríl). *Allir íbúar smáhúsa fá þjónustu og stuðning daglega.* https://reykjavik.is/frettir/allir-ibuar-smahusa-fa-thjonustu-og-studning-daglega

Reykjavík. (2022, 11. ágúst). *Áfangaheimili fyrir konur opnar í miðborginni.* https://reykjavik.is/frettir/afangaheimili-fyrir-konur-opnar-i-midborginni

Reykjavíkurborg. (2016). *Mannréttindastefna Reykjavíkurborgar.* https://reykjavik.is/sites/default/files/mannrettindastefna_rvk_efnisyfirlit.pdf

Reykjavíkurborg. (2019). *Stefna í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuþarfir 2019-2025.* https://reykjavik.is/sites/default/files/stefna_i_malefnum_heimilislausra_2019-2025_med_uppfaerdri_ethos-toflu_2.9.2019.pdf

Reykjavíkurborg. (2021). *Heimilislausir með miklar og flóknar þjónustuþarfir.* https://fundur.reykjavik.is/sites/default/files/agenda-items/uttekt-heimilislausir-med-miklar-og-floknar-thjonustutharfir-1-okt-2021.pdf

Reykjavíkurborg. (2023). *Reglur Reykjavíkurborgar um félagslegt leiguhúsnæði.* https://reykjavik.is/sites/default/files/2023-04/Reglur-um-felagslegt-leiguhusnaedi-mars-2023.pdf

Reykjavíkurborg. (2024). *Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg.* https://reykjavik.is/sites/default/files/2024-09/reglur-um-fjarhagsadstod-fra-reykjavikurborg-mai-2024-leidrett-skjal.pdf

Rhodes, T. og Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: Evidence, impacts, and challenges.* https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/harm-reduction-evidence-impacts-and-challenges

Riffe, D., Lacy, S. og Fico, F. (2013) *Analyzing medie messages: Using quantitative content analysis in research* (3. útgáfa). Routledge.

Ríkisendurskoðun. (2022). *Geðheilbrigðisþjónusta. Stefna – skipulag – kostnaður – árangur.* https://www.rikisend.is/reskjol/files/Skyrslur/2022-gedheilbrigdismal.pdf

Romaszko, J., Cymes, I., Draganska, E., Kuchta, R. og Glinska-Lewczuk, K. (2017). Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PloS one, 12*(12), 1-16. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189938

Samhjálp. (e.d.-a). *Áfangaheimili.* https://www.samhjalp.is/afangaheimili

Samhjálp. (e.d.-b). *Forsíða.* https://www.samhjalp.is

Samhjálp. (e.d.-c). *Hlaðgerðarkot meðferðarheimili.* https://www.samhjalp.is/medferdarheimili

Sample, K. og Ferguson, K. M. (2019). It shouldn‘t be this hard; Systemic, situational, and intrapersonal barriers to exiting homelessness among homeless young adults. *Qualitative Social Work, 19*(4), 580-598. https://doi.org/10.1177/1473325019836280

Samtök sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu. (2023). *Samstarfsverkefni í málefnum heimilislausra.* https://ibuagatt.hafnarfjordur.is/meetingsearch/displaydocument.aspx?itemid=DhH1uSv0v06r9UwZarK1uGw&meetingid=GSH_hsCdAkellaVhTwTVA1&filename=Skýrsla%20samstarfsverkefnis%20í%20málefnum%20heimilislausra%2030.mars.2023%20(ÞHÞ)x.pdf&fbclid=IwAR0epsZLAJL0vs-zw0ALU-mSG7gbw6SK60dLxsWEyhl5k_1IkHmhxSkrvaA

SÁÁ. (e.d.-a). *Forsíða.* https://www.saa.is

SÁÁ. (e.d.-b). *Meðferðarstöðin Vík.* https://www.saa.is/is/medferd-til-betra-lifs/medferdastadir/medferdarstodin-vik

SÁÁ. (e.d.-c). *Vogur.* https://www.saa.is/is/medferd-til-betra-lifs/medferdastadir/vogur#hvad-getur-bidtiminn-verid-langur-eftir-innlogn-a-sjukrahusid-vog

Sharkansky, E. J., Brief, D. J., Peirce, J. M., Meehan, J. C. og Mannix, L. M. (1999). Substance abuse patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Identifying specific triggers of substance use and their associations with PTSD symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(2), 89-97. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.13.2.89

Siegel, L. (2017). *Criminology: Theories, patterns and typologies* (13. útgáfa). Cengage Learning.

Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Yfirlit yfir eigindlegar rannsóknaraðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 191-204). Háskólaútgáfan.

Sigurður Kristinsson og Arnrún Halla Arnórsdóttir. (2021). Grunnþættir í siðfræði rannsókna. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 99-116). Háskólinn á Akureyri.

Slockers, M. T., Nusselder, W. J., Rietjens, J. og van Beeck, E. F. (2018). Unnatural death: A major but largely preventable cause-of-death among homeless people? *European Journal of Public Health, 28*(2), 248-252. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky002

Sousa, T. D., Andrichik, A., Cuellar, M., Marson, J., Prestera, E. og Rush, K. (2022). *The 2022 annual homelessness assessment report (AHAR) to congress.* https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2022-ahar-part-1.pdf

Stein, D. J., Palk, A. C. og Kendler, K. S. (2021). What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychological Medicine, 51*(6), 894-901. https://doi.org/10.1017/S0033291721001185

Stewart, S. H. og Conrod, P. J. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. Í P. Ouimette og P. J. Brown (ritstjórar), *Trauma and substance abuse: Causes, consewuences, and treatment of comorbid disorders* (bls. 29-55). Guilford Press.

Stewart, S. H., Conrod, P. J., Samoluk, S. B., Pihl, R. O. og Doniger, M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18*(3), 31-47. https://doi.org/10.1300/J020v18n03_04

Stjórnarráð Íslands. (e.d.). *Skýrsla heilbrigðisráðherra um mótun stefnu til að draga úr skaðlegum afleiðingum og hliðarverkunum vímuefnaneyslu, til aðstoðar og verndar neytendum efnanna og félagslegum réttindum þeirra, aðstandendum og samfélaginu í heild.* https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/frettir2016/Fykniskyrsla.pdf

Stjórnarráð Íslands. (2023, 10. febrúar). *Barnavernd.* https://www.stjornarradid.is/verkefni/felags-og-fjolskyldumal/malefni-barna/barnavernd/

Sölvína Konráðsdóttir. (2001). Sálfræðilegar skýringar á alkóhólisma. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björgnsson (ritstjórar). *Fíkniefni og forvarnir – handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 91-104). Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

Tatarsky, A. og Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology, 66*(2), 117-122. https://doi.org/10.1002/jclp.20672

Thompson, S. J., McManus, H., Lantry, J., Windsor, L. og Flynn, P. (2006). Insights from the street: Perseptions of services and providers by homeless young adults. *Evaluation and Program Planning, 29*(1), 34-43. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2005.09.001

Thompson, S. J., Ryan, T. N., Montgomery, K. L., Lippman, A. D. P., Bender, K. og Ferguson, K. (2016). Perceptions of resiliency and coping: Homeless young adults speak out. *Youth & Society, 48*(1), 58-76. https://doi.org/10.1177/0044118X13477427

Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B. A., Self, C., Baldacchino, A. og Sherwood, S. (2004). Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: Some methodological issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(1), 48-54. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00683.x

Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K. og Krausz, M. (2011). Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug and Alcohol Dependence, 118*(2-3), 173-179. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.016

Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D. og Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use & Misuse, 47*(8-9), 1005-1014. https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663296

Tsemberis, S. (2010). *Housing first manual: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction.* Hazelden.

Turner, S. G. og Maschi, T. M. (2015). Feminist and empowerment theory and social work practice. *Journal of Social Work Practice, 29*(2), 151-162. https://doi.org/10.1080/02650533.2014.941282

Tyler, K. A. og Schmitz, R. M. (2013). Family histories and multiple transitions among homeless young adults: Pathways to homelessness. *Children and Youth Services Review, 35*(10), 1719-1726. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.07.014

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. (2024). *Ársskýrsla velferðarsviðs 2023.* https://reykjavik.is/sites/default/files/2024-07/24-0514-arsskyrsla-velferdarsvids-rvk-2023-digital-16.9_ny2.pdf

Villagonzalo, K. A., Dodd, S., Ng, F., Mihaly, S., Langbein, A. og Berk, M. (2011). The relationship between substance use and posttraumatic stress disorder in a methadone maintenance treatment program. *Comprehensive Psychiatry, 52*(5), 562-566. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.10.001

VIRK. (e.d.). *Saga VIRK.* https://www.virk.is/is/um-virk/upplysingar/saga-virk

Volkow, N. D., Frieden, T. R., Hyde, P. S. og Cha, S. S. (2014). Medication-assisted therapies-Tracking the opioid-overdose epidemic. *New England Journal of Medicine, 370*(22), 2063-2066.

Volkow, N. D., Koob, G. K. og McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction, *The New England Journal of Medicine*, *374*(4), 363-371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

Walter, Z., Caryle, M., Kerswell, N., Mefodeva, V., Nixon, R., Cobham, V. og Hides, L. (2023). Study protocol: implementing and evaluating a trauma-informed model of care in residential youth treatment for substance use disorder. *Front Psychiatry, 14*, 1-11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1169794

Wamser-Nanney, R. og Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal og Traumatic Stress, 26*(6), 671-678. https://doi.org/10.1002/jts.21857

Watson, D. P., Shuman, V., Kowalsky, J., Golembiewski, E. og Brown, M. (2017). Housing first and harm reduction: A rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. *Harm Reduction Journal, 14*, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0158-x

Weber, R. (1990). *Basic content analysis* (2. útgáfa). Sage.

Weightman, A. L., Kelson, M. J., Thomas, I., Mann, M. K., Searchfield, L., Wills, S., Hannigan, B., Smith, R. J. og Cordiner, R. (2023). Exploring the effect of case management in homelessness per components: A systematic review of effectiveness and implementation, with meta-analysis and thematic synthesis. *Campbell Systematic Reviews, 19*(2), 1-74. https://doi.org/10.1002/cl2.1329

WHO. (e.d.-a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).* https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

WHO. (e.d.-b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/icd10clinicaldiagnosis.pdf?sfvrsn=96aa4de5_9&ua=1

WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1

WHO. (2005). *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363922/9789289057134-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. (2022, 8. júní). *Mental disorders.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

WHO og UNODC. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing.* https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

Ylfa Rós Þorleifsdóttir. (2021). *Matsrannsókn á starfsendurhæfingaúrræðinu Grettistak* [meistararitgerð]. Skemman. https://hdl.handle.net/1946/40127

Þorkell Jóhannesson. (2001). Miðtaugakerfið. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 22-70). Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

Þráinn Farestveit. (e.d.). *Áfangaheimilið Laugarteigur 19.* https://www.vernd.is/index.php/vernd/afangaheimilidh

Þúfan. (e.d.). *Um félagið.* https://www.thufan.is/um-felagid