

Misbrugsbehandling blandt hjemløse patienter med Community Reinforcement Approach

Et systematisk litteraturstudie af stof- og alkoholbehandling blandt hjemløse patienter med Community Reinforcement Approach.



Kilde: Christian Lindgren, Information

Kandidatspeciale i medicin 25 ECTS

Forfatter

Marie Ellegård Sidenius, stud.med. Studienummer: wzq524

Hovedvejleder

Ulla Christensen, afdelingsleder for Afdeling for Social Medicin, Københavns Universitet

Bivejleder

Henrik Thiesen, overlæge i SundhedsTeam, Københavns Kommune

Afleveret den: 8. juni 2020

Abstract

Background: Substance abuse is a serious issue for people living in homelessness. Two thirds of the homeless population in Denmark abuse alcohol or drugs, and the substance abuse is related to serious health and social issues. Despite the magnitude of the problem, only few homeless patients receive treatment for their addiction and the existing treatment options rarely fit the life circumstances of homeless patients. There is a lack of holistic and individualized outreach treatments for this group of patients whose problem are often very complex. *Community reinforcement approach* (CRA) is a complex intervention including several treatment components that focuses on integrating the patients into non-abusing communities and thereby reducing their substance abuse. The method is highlighted for being efficient at treating socially exposed patients. Still, no research has examined this method among socially exposed or homeless patients in Denmark. The aim of this thesis is to examine how an efficient substance abuse treatment program for homeless patients can be organized in a Danish setting based on CRA.

Method: This thesis is a part of the health need assessment for the pilot study *Treatment through CRA* at the homeless community and shelter Sundholm in Copenhagen. The thesis consists of a systematic literature review of the evidence on CRA among homeless substance abusing patients. The study has identified international published clinical trials and analyzed the treatment components of these interventions. The evidence behind each component is analyzed and evaluated in terms of its influence on the treatment outcome. The other aspect of the need assessment is to characterize the target population and the service environment for the intervention, including an identification of the problems in the existing treatment services. This part of the thesis is based on literature about community medicine and Danish reports from national health- and social organizations.

Findings and conclusion: CRA as a treatment method targeted homeless substance abusing patients is examined in five clinical trials. All trials show significant reduction in drug- and alcohol abuse and improvements on several psychosocial aspects after the intervention. There are several methodical restrictions in the studies, why the promising results should be interpreted carefully. The analysis of the treatment component of the intervention shows that the motivational enhancement is of high relevance. Skill training seem to add to the reduction of the abuse. Including a substance free social club as part of the intervention should be considered. Treatment with Disulfiram does not influence on the outcome. Including other pharmacological treatments should be considered. Couples- and family therapy is most often irrelevant in this patient group. It is uncertain whether job counseling adds to the reduction of abuse, or whether reduction in substance abuse adds to a higher level of employment. Case management should be included to stabilize the patient's social circumstances. Many of these treatment components and employees to carry out the therapy already exist at Sundholm. What is missing is a coherent and well-coordinated teamwork between employees from different organizations and professional backgrounds, and a unified focus amongst the employees to reinforce the patient's own motivation for change. A pilot study at Sundholm would be of high relevance in order to examine whether the CRA intervention works in a Danish context.

Indholdsfortegnelse

Abstract	1
1 Introduktion	3
1.1 Rammen for specialet.....	4
1.2 Problemformulering	5
2 Hjemløshed og misbrug	5
2.1 Hjemløshed som begreb	5
2.2 Misbrug og psykoaktive stoffer.....	6
2.3 Misbrug blandt hjemløse i Danmark	6
3 Strukturelle rammer for misbrugsbehandling og hjemløseområdet	7
3.1 Lovgivning om misbrugsbehandling.....	7
3.2 Sociallovgivning på hjemløseområdet	7
3.3 Nuværende behandlingstilbud for hjemløse misbrugere.....	8
4 Sundholm	9
4.1 Matriklen Sundholm.....	9
4.2 Sundholms beboere og brugere	10
5 Community Reinforcement Approach	11
5.1 Teoretisk grundlag.....	11
5.2 Protokollen	12
6 Metode og materiale	13
6.1 Behovsanalyse ved komplekse interventioner	13
6.2 Litteratursøgning	14
6.3 Analyse og syntese af litteraturen	16
7 Resultater af litteraturstudiet	17
7.1 Evidensen bag CRA	17
7.2 CRA som behandlingsmetode til hjemløse misbrugere	19
7.3 Behandlingskomponenter.....	23
8 Diskussion af Sundholm som setting for CRA-interventionen	29
9 Diskussion	31
9.1 Diskussion af metodevalg	31
9.2 Diskussion af litteraturen.....	32
9.3 Specialtets begrænsninger	33
9.4 Ethiske overvejelser	34
10 Perspektivering	35
10.1 Implikation i praksis.....	35
10.2 Implikationer for forskning	36
11 Konklusion	37
12 Litteraturliste	39

1 Introduktion

Alkohol- og stofmisbrug er et massivt problem både i Danmark og internationalt, og misbruget kan have store personlige og samfundsmæssige konsekvenser. Tal fra 2008 angiver, at 147.000 danskere er afhængige af alkohol. Dette svarer til 3 % af den voksne befolkning. Tilsvarende estimeres det i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2019, at der er 72.000 stofmisbrugere i Danmark.^{1,2}

Misbrug findes i alle samfundslag, men blandt socialt udsatte borgere er andelen af misbrugere markant højere end i resten af befolkningen. En særligt udsat undergruppe er de hjemløse borgere. I en optælling fra 2019 er det estimeret, at der er ca. 6400 hjemløse i Danmark, og blandt dem har 66 % et misbrug af alkohol, stoffer eller et blandingsmisbrug.³ Hjemløsepopulationen er karakteriseret af komplekse problemstillinger. Svære sociale problemstillinger som hjemløshed, svagt socialt netværk, arbejdsløshed og fattigdom går ofte hånd i hånd med misbrug og en øget incidens af psykisk og fysisk sygdom.⁴

Hjemløsepopulationen er generelt karakteriseret af en dårlig sundhedstilstand og øget dødelighed. Blandt hjemløse er der en markant højere forekomst af en række fysiske og psykiske sygdomme end i baggrundsbefolkningen. Den høje forekomst af misbrug kan i sig selv føre til en række følgesygdomme og en markant øget dødelighed; alkoholmisbrug fører til en 19 gange større dødelighed, mens stofmisbrug fører til en 48 gange større dødelighed.⁵

En stor del af de socialt udsatte misbrugere, herunder hjemløse, har på et tidspunkt været i kontakt med de kommunale misbrugscentre.⁴ De komplekse problemstillinger vanskeliggør ofte, at hjemløse misbrugere forbliver i de behandlingsforløb, der tilbydes, og der er stor diskrepans imellem andelen af hjemløse med misbrug og andelen i aktiv misbrugsbehandling.^{3,4} Det kan være svært at forene livet på gaden med den struktur, som der kræves for at indgå i eksisterende ambulante behandlingstilbud for misbrug.⁶ Omvendt kan misbruget stå i vejen for at hjælpe patienterne med andre grundlæggende sundhedsfaglige og sociale problemer, og cirklen bliver dermed svært at bryde.

Det er derfor relevant at undersøge, hvordan man kan tilbyde meningsfuld og effektiv misbrugsbehandling til hjemløse patienter. Misbrugsbehandling kan indebære farmakologisk behandling og psykosociale interventioner. Misbrugsbehandlingen er en vigtig lægelig opgave både i forhold til udredning af følgesygdomme, den farmakologiske behandling og som en del af en forebyggende og skadesreducerende indsats.

Trods fællesnævneren i form af komplekse problemstillinger, er gruppen af hjemløse misbrugere meget heterogen. En succesfuld misbrugsbehandling bør derfor tilrettelægges i en ramme, hvor det er muligt at tage hensyn til individuelle problemstillinger.^{4,7,8}

Community reinforcement approach (CRA) er kompleks metode til misbrugsbehandling. Metoden består af en række terapeutiske, sociale og medicinske behandlingskomponenter, som tilrettelægges efter den enkelte patients behov. Det særlige ved community reinforcement approach er den gennemgående netværksforstærkende og motivationsfremmende tilgang. Patienten støttes i at ændre livsstil og engagere sig i misbrugsfrie relationer, sociale aktiviteter og arbejde. Teorien er, at disse aktiviteter medfører en psykologisk belønning, som kan konkurrere med misbruget og dermed hjælpe til et ophør eller en reduktion af misbruget.⁹

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkoholbehandling fra 2018 fremgår det, at CRA bør overvejes som standardbehandling blandt socialt udsatte patienter:

”CRA fremhæves ofte som en behandlingsmetode, der er særlig velegnet til socialt udsatte personer med alkoholproblemer, men anvendes endnu ikke i Danmark. Der er behov for at afdække, om der foreligger evidens for effekten af CRA, der tilsiger, at denne behandlingsmetode bør anvendes i større udstrækning, end det er tilfældet i dag.”¹⁰

Aktivitetscenteret Sundholm og det opsøgende sundhedstilbud SundhedsTeam har i mange år arbejdet med at integrere social beskæftigelse med sundhedsfaglig behandling og misbrugsreduktion blandt brugerne. SundhedsTeam og Aktivitetscenteret Sundholm er aktuelt ved at udvikle en protokol for projektet *Misbrugsbehandling med Community Reinforcement Approach*.

Som det fremgår ovenfor, mangler der en gennemgang af evidens og viden om hvordan man kan arbejde systematisk med CRA blandt socialt udsatte og hjemløse borgere. Herunder er det relevant at undersøge, hvordan metoden bedst kan integreres i et behandlingstilbud indenfor de strukturelle rammer og de allerede eksisterende tilbud på misbrugsbehandling- og hjemløseområdet i Danmark.

1.1 RAMMEN FOR SPECIALET

Dette speciale indgår som en del af behovsanalysen for interventionsprojektet *Misbrugsbehandling med Community Reinforcement Approach*. Projektet er et pilotprojekt i samarbejde mellem SundhedsTeam og Aktivitetscenteret Sundholm i Københavns Kommune. Målet for pilotprojektet er at undersøge, hvordan man i højere grad kan integrere de social- og sundhedsfaglige indsatser på Sundholm med udgangspunkt i CRA for at reducere misbruget blandt hjemløse borgere. Resultatet af denne undersøgelse skal bidrage til at afdække om CRA generelt har en misbrugsreducerende effekt blandt hjemløse og socialt udsatte i en dansk kontekst.

Arbejdet med at udfærdige protokollen til projektet er finansieret af Fonden Novavi Prisen, som blev tildelt Henrik Thiesen, overlæge for SundhedsTeam. Jeg har været tilknyttet SundhedsTeam og deltaget i projektgruppens arbejde med interventionen i forbindelse med mit kursus *Forskningsperspektivet* på 5. semester kandidat i medicin på Københavns Universitet. Jeg har været tilknyttet i perioden 10.2.2020 til 30.6.2020.

Foruden dette kandidatspeciale og deltagelse i projektgruppens arbejde med planlægning af pilotprojektet, har jeg deltaget i det daglige kliniske arbejde og fulgt SundhedsTeams læger og sygeplejersker. Jeg har derudover observeret og deltaget i det daglige arbejde i Aktivitetscenterets tilbud og værksteder. SundhedsTeam og Aktivitetscenteret vil blive beskrevet yderligere i afsnit 4.1. Sammen med projektgruppen har jeg besøgt en række forsorgshjem i Danmark, som har fokus på social beskæftigelse blandt deres beboere med misbrugsproblemer. Disse besøg tæller Møltrup Optagelseshjem, Svenstrupgård, Blå Kors Arden, Store Dannesbo og SUF Veteranhjem samt en række socialt- og sundhedsfaglige institutioner i Københavns Kommune.

Mine observationer fra det kliniske arbejde har bidraget til en forståelse af rammen og konteksten for projektet og været med til at danne grundlag for min diskussion og perspektivering i dette speciale.

1.2 PROBLEMFORMULERING

Med udgangspunkt i ovenstående ønsker jeg i dette speciale at undersøge:

Hvordan kan man organisere et misbrugsbehandlingstilbud til hjemløse i danske rammer med udgangspunkt i Community Reinforcement Approach, og hvilke aspekter af behandlingen er særligt relevante for en effektiv misbrugsbehandling i denne patientgruppe?

Dette speciale vil derfor beskæftige sig med:

- En kortlægning af misbrugsproblematikken blandt hjemløse i Danmark. Herunder en gennemgang af lovgivningen samt nuværende social- og sundhedsfaglige tilbud indenfor hjemløse- og misbrugsområdet.
- En beskrivelse af Sundholm som setting samt en karakteristik af målgruppen for interventionsprojektet *Misbrugsbehandling gennem Community Reinforcement Approach*
- Et systematisk litteraturstudie af CRA.

Denne del af specialet vil inkludere en gennemgang af evidensen bag CRA. Herunder en gennemgang af eksisterende kliniske studier over misbrugsbehandling med CRA blandt hjemløse patienter. Til slut vil jeg med udgangspunkt i litteraturen gennemgå evidensen bag de enkelte behandlingskomponenter i CRA og diskutere, hvilke komponenter der er vigtige i misbrugsbehandling af hjemløse.

Afslutningsvis vil jeg diskutere, hvordan resultaterne fra litteraturstudiet kan indgå i en model for misbrugsbehandling med CRA blandt hjemløse i en dansk kontekst, her med Sundholm som case setting.

2 Hjemløshed og misbrug

2.1 HJEMLØSHED SOM BEGREB

At være hjemløs indebærer i ordets betydning at være uden et fast hjem. Socialstyrelsen definerer hjemløshed således: *"Borger i hjemløshed regnes personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige boalternativer, eller som bor midlertidigt og uden kontrakt hos slægtninge, venner eller bekendte. Som borgere i hjemløshed regnes også personer uden et opholdssted den kommende nat."*¹¹

Det er også denne definition, der bruges i den årlige danske hjemløsetælling. Hjemløse borgere har oftest komplekse problemstillinger, og det er derfor interessant at se på hjemløsebegrebet i bredere forstand.

Hjemløse borgere kan defineres som en undergruppe af socialt udsatte. Socialt udsatte kan defineres som *"mennesker, der pga. stofmisbrug, alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, fattigdom, prostitution eller andre alvorlige, sociale problemer befinder sig i samfundets margin. [...] Centralt for forståelsen af social udsathed er, at det handler om en ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse på en række centrale områder i samfundet."*¹² Hjemløse borgere kan altså karakteriseres ved svære sociale og sundhedsmæssige problemstillinger, herunder manglen på et hjem.¹³ I denne gruppe regnes også funktionelt hjemløse borgere, som på trods af egen bolig overnatter på varmerstuer, på gaden mm., oftest grundet tilsvarende problemstillinger.

2.2 MISBRUG OG PSYKOAKTIVE STOFFER

Mange mennesker drikker alkohol, og en vis andel af befolkningen har på et tidspunkt i deres liv prøvet at tage stoffer.¹⁴ Hvornår et almindeligt eller eksperimenterende forbrug bliver skadeligt, er defineret i WHO's ICD-10 klassifikation. Her er misbrug defineret som et forbrug af et psykoaktivt stof, som medfører klar fysisk eller psykisk skade med varighed af mindst en måned eller gentagende gange indenfor et år. Afhængighed er en betegnelse for en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, som udvikler sig ved et gentagende brug af et psykoaktivt stof. Herunder craving for stoffet, toleranceudvikling, abstinenssymptomer, svækket evne til at nedsætte forbruget trods erkendelse af skadevirkninger og at stoffer indtager en dominerende rolle med hensyn til prioriteringer. Der er altså direkte sundhedsmæssige følgeskader af misbruget, men også sociale problemstillinger sekundært til en afhængighed.

Psykoaktive stoffer kan deles i alkohol og illegale stoffer. De illegale stoffer vil fremover blive refereret til som stoffer. Stofferne involverer f.eks. hash, kokain, amfetamin, ecstasy og heroin. De psykoaktive stoffer har det til fælles, at de påvirker den psykiske tilstand og hjernens belønningssystem og kan derfor være afhængighedsskabende.¹⁵

2.3 MISBRUG BLANDT HJEMLØSE I DANMARK

VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) udfører hvert år en national kortlægning over alle hjemløse i Danmark herunder en registrering af en række demografiske samt sociale og sundhedsmæssige oplysninger.¹ I rapporten fra 2019 er der registreret 6431 hjemløse i Danmark³. Heraf er 77 % mænd og 23 % kvinder. Hjemløsegruppen er fordelt bredt hen over aldersspektret, dog med den største gruppe mellem 30-49 år.

Når man kigger på hjemløsegruppen fordelt på aldersgrupper, køn, varighed af hjemløsheden, geografiske placering samt hjemløsesituationen (herberg, gadesovere, couchsurfer mm.) adskiller disse grupper sig fra hinanden på en række parametre, hvilket understreger, at de hjemløse er en heterogen gruppe. I den samlede hjemløsegruppe gør følgende sig dog gældende:

66 % af hjemløse har mindst ét misbrug. Det fordeler sig på 35 % med et alkoholisbrug, 38 % med et hashmisbrug, 24 % med et illegalt stofmisbrug, 9 % et medicinmisbrug, se tabel 1.³

Psykisk sygdom er angivet som den hyppigste årsag til hjemløshed. Herefter følger stofmisbrug, økonomiske vanskeligheder og alkoholisbrug (*Benjaminsen, 2019*, tabel 8.1). Blandt de langvarigt hjemløse^{II} er der en overrepræsentation af alkohol- og stofmisbrug som primær årsag i forhold til borgere, der har været hjemløse i kortere tid.

¹ Oplysningerne kommer fra skemaer udfyldt af medarbejdere på de sociale tilbud eller den lokale myndighed, hvor den hjemløse borger er blevet registreret.

^{II} Hjemløs i mere end 2 år

3 Strukturelle rammer for misbrugsbehandling og hjemløseområdet

3.1 LOVGIVNING OM MISBRUGSBEHANDLING

Misbrugsbehandlingen varetages i Danmark af kommunerne. Alle har ret til gratis behandling af alkohol- og stofmisbrug indenfor 14 dage, jf. Sundhedslovens §141.

Hvad alkoholbehandling indebærer står relativt frit. Det er op til hver kommune, hvilken behandling der tilbydes. Behandlingen kan inkludere forskellige medicinske eller psykosociale behandlingsmetoder og forskellige intensiteter af behandlingen.⁴ Der er stor variation i, hvad kommunerne tilbyder og kvaliteten heraf.¹⁶ Der er ikke specificerede krav om særlige tilbud til specifikke sociale grupper, herunder hjemløse. Social- og Sundhedsstyrelsen udkommer jævnligt med retningslinjer, hvor de betoner positive erfaringer med opsøgende og fremskudte behandlingsindsatser til socialt udsatte borgere.⁴

For stofbehandlingen er de retslige krav mere specifikke. Her er behandlingsgarantien inkl. en lægesamtale om substitutionsbehandling beskrevet i hhv. Serviceloven §101, Sundhedsloven §142 og Autorisationsloven §41. Der er desuden en forpligtigelse i Servicelovens § 141 om en helbredsorienteret handleplan til *personer med betydeligt fysisk eller psykisk nedsat kapacitet* eller *personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig*, herunder personer i hjemløshed. Denne handleplan skal udleveres, når en borger henvises til et stofbehandlingstilbud.¹⁷

3.2 SOCIALLOVGIVNING PÅ HJEMLØSEOMRÅDET

Foruden retten til misbrugsbehandling er kommunerne forpligtet af Serviceloven til at yde hjælp til socialt udsatte borgere, herunder hjemløse. Kommunens forpligtelse inkluderer botilbud til socialt udsatte borgere, som har behov for omfattende hjælp, og som ikke har eller kan opholde sig i egen bolig. De tre overordnede former for botilbud beskrives i §107, §108 og §110.

§107 er et midlertidigt botilbud, og §108 er et længerevarende botilbud, som begge skal stilles til rådighed af kommunen og tilpasses den enkelte borgers behov. §110 forpligter kommunen til at drive herberger, forsorgshjem og natcaféer, hvor herbergschefen afgør, om borgeren kan tilbydes hhv. et midlertidigt værelse eller en seng for natten.

Kommunerne har desuden en række forpligtigelser til at yde støtte i hverdagen for socialt udsatte borgere. Blandt andet §99, som beskriver kommunens forpligtigelse til at tilbyde en støttekontaktperson til *personer med sindslidelser, personer med et stof- eller alkoholmisbrug og personer som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig*. Støttekontaktpersonens opgave er at etablere kontakt mellem borgeren og de allerede eksisterende tilbud i samfundet.¹⁸ Dette tilbud kan overgå til §85, en fast socialpædagogisk støtte, f.eks. bostøtte i eget hjem.

Foruden støtteordningerne findes §104, som forpligter kommunen til at tilbyde aktivitets- og samværstilbud til socialt udsatte. Dette inkluderer bl.a. væresteder, sociale caféer og aktivitetscentre, herunder Aktivitetscentret Sundholm.

3.3 NUVÆRENDE BEHANDLINGSTILBUD FOR HJEMLØSE MISBRUGERE

Afsnit 3.1 og 3.2 beskriver en række forpligtigelser på social- og sundhedsområder, som skal sikre behandling og støtte til hjemløse misbrugere. Målgruppen vil ofte være berettiget til flere forskellige tilbud, men foruden retten til en helhedsorienteret plan samt en støttekontaktperson er det ikke nærmere specificeret i loven, hvordan indsatserne skal koordineres.¹²

Blandt de hjemløse borgere har 29 % tilknyttet en bo-støttemedarbejder, støttekontaktperson eller lignende, og 28 % af de hjemløse borgere har en handleplan efter §141 til trods for, at størstedelen af de hjemløse er berettiget tilbuddene.³

Trods den høje andel af misbrugere blandt hjemløse er 17 % aktuelt i stofbehandling og 8 % i alkoholbehandling, og her er altså en diskrepans i forhold til andelen af misbrugere (se afsnit 2.3).^{III}

Rapporten *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere*, 2016 har undersøgt, i hvilket omfang det nuværende behandlingssystem imødekommer behovet blandt socialt udsatte alkoholmisbrugere.⁴

Deres undersøgelse viser, at godt hver fjerde borger i denne gruppe oplever, at der mangler relevante misbrugsbehandling, som passer til deres ønsker og behov.

Borgerne fremhæver selv vigtigheden af opsøgende indsatser, hvor patienterne mødes på gaden eller hjemme hos sig selv, hjælp til fastholdelse af de positive forandringer og en individualiseret 'totalløsning', der tager hensyn til de mange forskellige problemstillinger. Herunder fremhæves meningsfulde aktiviteter i hverdagen som en del af løsningen.

Blandt de ti udvalgte case-kommuner i rapporten har én kommune et decideret alkoholbehandlingstilbud, der er opsøgende og indrettet, så det kan rumme borgere med sammensatte problemer, som ikke kan møde stabilt.

Sundhedsministeriets arbejdsgruppe omkring stofbehandling fra 2015, skriver som et fokuspunkt, at kommunerne i højere grad end tidligere skal tænke værestederne ind i den samlede indsats til stofmisbrugere ud fra den erkendelse af, at værestederne har et stort potentiale for at skabe lyst til forandring blandt socialt udsatte personer.¹⁹ Et fokuspunkt er også, at de kommunale forvaltninger skal tilrettelægge indsatsen overfor de hjemløse stofmisbrugere på en måde, der sikrer at alle delmålgrupper nås.

Rapporten *Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug*, Socialstyrelsen 2013 konkluderer, at det er begrænset, hvad der findes af dansk og international viden om effekten af sociale indsatser, der bygger bro til alkoholbehandling.¹² Rapporten fremhæver Assertive Community Treatment (ACT)^{IV}, case management^V og CRA som tre metoder med international dokumenteret effekt. Af disse anvendes ACT i Danmark som en del af *Housing First*-strategien^{VI} og case management i form af støttekontaktperson. CRA er ikke officielt implementeret endnu.

^{III} Blandt herbergsbeboerne er 20 % i stofbehandling og 13 % i alkoholbehandling. Blandt gadesovere og natbergsbrugerne er tallene 13 % i stofbehandling og 3-4 % i alkoholbehandling.

^{IV} Et tværfagligt indsatsteam, der kan yde både social og praktisk støtte og egentlige behandlingsindsatser. Støtten gives udgående, for eksempel i borgerens hjem.

^V Koordineret sagsbehandling, vil blive gennemgået nærmere i afsnit 7.3

^{VI} Hjemløse borgere tilbydes en selvstændig bolig i almindeligt byggeri som det første step i en mere helhedsorienteret indsat. Beskrives desuden i afsnit 10.1

4 Sundholm

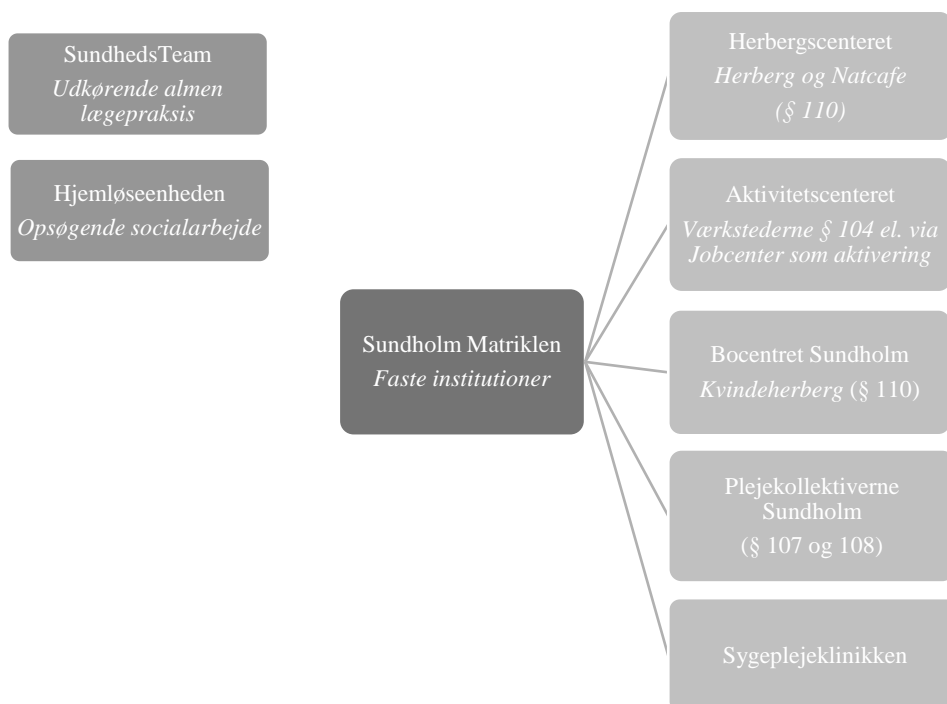
4.1 MATRIKLEN SUNDHOLM

Sundholm blev bygget på Amager i 1908 som en arbejdsanstalt for fattige og husvilde. Stedet har en lang historie som bosted med tilknyttet sygeafdeling og værksteder, men indebar også tvangsarbejde frem til 1976. Indtil 2000 var Sundholm en samlet institution med herberg og beskæftigelse primært for hjemløse misbrugere.²⁰

Matriklen huser i dag en række selvstændige institutioner, herunder daginstitutioner, lejemål for erhvervsdrivende, frivillige foreninger og et ungdomsfængsel.

Størstedelen af matriklens institutioner er fortsat rettet mod hjemløse og socialt udsatte borgere. Siden 2000 har disse været drevet som selvstændige institutioner under Socialforvaltningen i Københavns Kommune og inkluderer Herbergscentret, en sygeplejeklinik, Natcaféen, en række længe-revarende botilbud samt Aktivitetscenteret. Kommunens Hjemløseenhed og SundhedsTeam har kontor på matriklen og begge udfører opsøgende arbejde bl.a. blandt borgerne på Sundholm. Foruden institutionerne på Sundholm findes der en række andre væresteder, herberger og sygeplejeklinikker i Københavns Kommune.

Figur 1: Organisationsdiagram over de social- og sundhedsfaglige institutioner på matriklen Sundholm.



Paragrafferne er beskrevet i afsnit 3.2. Figuren er baseret på information og organisationsdiagrammer fra København Kommunes hjemmeside, samt fra overlæge for SundhedsTeam Henrik Thiesen og leder af Aktivitetscenteret Stine Rex Knieding.

SundhedsTeam er en almen lægepraksis uden en fysisk klinik. Teamet består af en speciallæge i almen medicin samt fire sygeplejersker, der yder opsøgende sundhedsfaglig behandling til hjemløse borgere. Borgere i Danmark uden fast adresse kan ikke være tilknyttet en praktiserende læge. Teamet varetager således almindeligt praktiserende lægearbejde for disse borgere og har desuden særlig

fokus på behandlingsmuligheder for denne sårbare patientgruppe. Behandlingen er opsøgende, og konsultationerne foregår på herberger, væresteder mm. Derudover er SundhedsTeam tilknyttet to speciallæger i almen medicin, som varetager den lægefaglige funktion på sygeplejeklinikkerne og stofindtagelsesrum på kommunens herberger.

Sygeplejerskerne er tovholder for de enkelte patientforløb, som kan dreje sig om somatiske, psykiatriske og misbrugsrelaterede problemstillinger. I samarbejde med SundhedsTeams læger udreder de patienten, lægger en relevant plan, har løbende møder med patienten og skaber kontakt til andre relevante sundheds- og socialfaglige instanser. SundhedsTeam er et lavtærskeltilbud og kræver ingen henvisning. Patienterne selv kan kontakte teamet for at opstarte et forløb eller henvises af andre social- og sundhedsfaglige medarbejdere.

Ansvar for misbrugsbehandling samt substitutionsbehandlingen ligger i København hos kommunens misbrugscentre, hvoraf ét ligger på Spaniensgade på Amager. Dog kan SundhedsTeam yde medicinsk støtte i misbrugsbehandlingen på lige fod med en praktiserende læge, lave afrusninger, give medicinsk behandling for alkoholtrang samt udtræning fra metadonbehandling.

Aktivitetscenteret Sundholm er et tilbud om social beskæftigelse for hjemløse og socialt udsatte borgere i Københavns Kommune. Centeret består af en række værksteder, hvor borgerne kan komme i dagtimerne på hverdage. Medarbejdergruppen i Aktivitetscenteret består både af faglærte håndværkere og socialpædagoger. Foruden kerneopgaven i form af social beskæftigelse på værkstederne, står medarbejderne for at skabe kontakt til andre relevante social- og sundhedsfaglige indsatser. Borgerne kan selv henvende sig i Aktivitetscenteret, eller henvises dertil som en del af et forløb i Jobcenteret.

Herbergscentret er et midlertidigt botilbud efter §110, hvor hjemløse borgere med komplekse problemer kan få tildelt ét af de 56 midlertidige værelser mod betaling. Der er personale på herberget døgnet rundt. Under opholdet på herberget skal beboernes problemstillinger udredes, og der skal iværksættes en videre plan for den fremadrettede indsats.

Hjemløseenhedens medarbejdere udfører opsøgende arbejde på bl.a. herberg og væresteder, herunder Sundholm. Hjemløseenhedens socialfaglige medarbejdere udfører sagsbehandling med primært fokus på at sikre patienten en mere stabil boligsituation ud fra *Housing First*-strategien.

4.2 SUNDHOLMS BEBOERE OG BRUGERE

Der findes ingen specifikke beskrivelser af de hjemløse og socialt udsatte borgere, som bor på Sundholm eller gør brug af forskellige social- og sundhedsfaglige tilbud. Dog er målgruppen for tilbuddene defineret som voksne hjemløse borgere, beboere på herberger eller folk fra gaden, som har problemer med afhængighed, social tilpasning og/eller har psykiske problemer.^{21,22}

Gruppen der benytter sig af tilbuddene på Sundholm, kan dermed primært karakteriseres som hjemløse, der overnatter på herberger, natvarmestuer eller gaden. I disse grupper er de midaldrende og ældre aldersgrupper i overtal. Der er en signifikant højere andel af misbrugere i disse hjemløsegrupper end i den generelle hjemløsebefolkning, se tabel 1, og der er en grundlæggende diskrepans imellem andelen af misbrugere og andelen i behandling.³

Tabel 1: Andelen af hjemløse borgere med misbrug af forskellige rusmidler.

Hjemløshedssituation	Alkohol (%)	Hash/khat (%)	Narkotika (%)	Medicin (%)	Mindst en af de fire kategorier (%)	Substitution (%)	I alt (antal)
Gaden	46	43	33	16	70	9	548
Natvarmestue	49	38	25	13	74	9	243
Herberg	41	40	24	8	73	8	2.068
Hotel	39	21	7	2	50	4	104
Familie/venner	21	37	22	7	57	7	1.208
Udslusning	32	21	18	0	49	9	99
Kriminalforsorgen	22	48	43	7	80	11	54
Hospital	29	30	30	8	60	7	122
Andet	29	32	20	9	56	9	247
Uoplyst	29	34	26	9	68	10	157
I alt	35	38	24	9	66	8	4.850

Narkotika: illegale stoffer, fx heroin, kokain, amfetamin, ecstasy. Medicin: stesolid, ketogan, rohypnol m.v. Særskilt for hjemløshedssituationer. *Kilde:* Hjemløserapporten 2019, Tabel 7.8.

5 Community Reinforcement Approach

5.1 TEORETISK GRUNDLAG

Community reinforcement approach (CRA) er en behandlingsmetode for misbrugsbehandling, bestående af en række terapeutiske, sociale og medicinske behandlingskomponenter. CRA beskrives som en psykosocial intervention og som kognitiv adfærdsterapi.^{7,8}

Metoden er baseret på psykologen B.F. Skinners teori om operant betingning og positiv forstærkning²³.

I korte træk er *betingning* et indlæringspsykologisk fænomen, hvor psyken sammenkobler en stimulus med et respons. Man taler om *operant betingning*, når en stimulus kobles sammen med en konsekvens, og *positiv forstærkning* når denne konsekvens er positiv, altså en psykologisk belønning af en specifik stimulus.

I CRA-metoden identificerer patientens positive forstærkende faktorer, på engelsk *positive reinforcers*, fremover henvist til som motivationsfaktorer. Ud fra disse motivationsfaktorer tilrettelægges en behandling, som skal give patienten redskaber og støtte til at få et bedre netværk og deltage i aktiviteter, som patienten er motiveret for og som kræver afholdenhed. Patienten opnår herigennem større psykologisk belønning ved disse aktiviteter end ved misbruget.⁹

CRA-metoden blev for første gang testet i 1973 blandt 16 indlagte patienter med et alkoholmisbrug og viste markant bedre resultater end den daværende standardbehandling med AA-møder.²³

Siden da er CRA testet i en række kliniske forsøg blandt forskellige patientgrupper (alkoholafhængige, stofafhængige, unge misbrugere, hjemløse misbrugere mm.). De fleste studier tager udgangspunkt i *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach* fra

1995.^{VII},²⁴ Der har været en løbende udvikling af protokollen, og en række studier har testet forskellige tillægskomponenter som Disulfiram-behandling, værdikuponer (*vouchers*) ved stoffri urinprøver, sagsbehandling (*case management*) mm.

To afledte metoder har udviklet sig fra CRA, A-CRA (Adolescensen CRA) og CRAFT (CRA Family Therapy). A-CRA er særligt udviklet til unge misbrugere og har fokus på forældre som støttende personer i behandlingen. CRAFT er udviklet til voksne misbrugere med fokus på familieterapi.

5.2 PROTOKOLLEN

Trods den løbende udvikling af metoden og variation af de konkrete behandlingskomponenter vil jeg i det følgende afsnit gennemgå protokollens overordnede indhold med udgangspunkt i *Clinical Guide*, 1995 og det nyeste review af CRA fra den førende forskergruppe bag metoden.²⁵

Indledende vurdering og analyse

Indledningsvist interviewes patienten om kvantiteten og hyppighed af alkohol- og/eller stofforbruget, og der indhentes en dybdegående socialmedicinsk anamnese.

Derefter udføres en funktionel analyse af misbruget, som skal identificere udløsende faktorer og adfærd i forbindelse med stof- og alkoholindtag samt positive og negative konsekvenser af misbruget. Sidst identificeres patientens motivationsfaktorer for at ændre på sit misbrug. Dette aspekt er vigtigt for at forstå, hvad der holder patienten i sit misbrug, og dermed hvor der skal sættes ind for at arbejde mod afholdenhed eller reduktion.

Aftale om prøveperiode med fuld afholdenhed

I næste element af CRA-protokollen indgår behandleren og patienten en aftale om en prøveperiode, hvor patienten skal være ædru. Som en del af denne prøveperiode kan patienten tilbydes farmakologisk støtte, i CRA-protokollen i form af Disulfiram (Antabus).^{VIII} Behandlingen med Disulfiram indgår som en del af en specifik CRA-procedure der involverer, at en pårørende (eller professionel) monitorerer og støtter patienten i at tage medicinen, med fokus på at medicinindtaget skal associeres med en positive oplevelse i form af støtte fra netværket.

Behandlingsplan

Der lægges herefter en individuel behandlingsplan ud fra informationerne i den indledende vurdering samt to skemaer, *Happiness scale* og *Goals of counseling*, som er specifikt udviklet til CRA. Patienten udfylder *Happiness Scale*, en skala fra 1-10 hvor han eller hun vurderer sin situation indenfor ti livskategorier (alkoholforbrug, job/uddannelse, socialt liv mm.). Dette skal hjælpe patient og behandler til at fokusere på de aspekter i patientens liv, hvor der er størst motivation for ændring. *Goals of counseling* tager udgangspunkt i de samme ti livskategorier. Her skal patienten beskrive korte, specifikke, målbare og positivt ladede mål indenfor hver af kategorierne.

^{VII} Vil fremover blive refereret til som *Clinical Guide*, 1995

^{VIII} Disulfiram hæmmer nedbrydningen af alkohol. Hvis der drikkes alkohol, fremkaldes en akut acetaldehydforgiftning, som medfører stort ubehag for patienten. Disulfiram anbefales ikke længere som førstvalget. Dette vil blive gennemgået nærmere i afsnit 10.2 og 7.3

Behandlingen

Behandlingen er individuelt tilrettelagt og inkludere udvalgte komponenter fra tre overordnede kategorier:

- 1) Behandlingskonsultationer inkl. kompetence- og adfærdstræning
- 2) Rådgivning indenfor job, fritid og sociale aktiviteter
- 3) Netværksfremmende aktiviteter

I behandlingskonsultationerne arbejdes der med patientens *Goals of counseling*. Samtidig arbejdes der med kompetence- og adfærdstræning, så patienten får redskaber til at håndtere sine problemstillinger. Denne adfærdstræning foregår primært som rollespil sammen med behandleren, og indebærer træning i sociale kompetencer, problemløsning, kommunikationstræning og træning i afvisning af alkohol- og stoffer og tilbagefaldsforebyggelse.

Patienten modtager samtidig jobrådgivning, fritidsrådgivning samt rådgivning i at indgå i sociale relationer. Foruden rådgivningen tilbydes patienterne familie- og parterapi, hvis dette er relevant. I flere kliniske studier af CRA har patienterne haft mulighed for at deltage i en alkohol- og stoffri social klub.

CRA kan ses som en samlet behandlingspakke, hvor der arbejdes helhedsorienteret og individualiseret med patientens problemstillinger, både dem der er direkte relaterede til misbruget, samt de problemstillinger, som hindrer, at patienten har overskud til at arbejde med misbrugsproblemet.²⁶ Det er essentielt at skære problemerne ned til mindre og mere overskuelige bidder, som kan løses ét skridt ad gangen. Samtidig er den positive og motivationsfremmende tilgang central; det gælder om at finde patientens egne motivationsfaktorer og derigennem sikre, at afholdenhed bliver mere psykologisk belønnende end misbrug. Igennem de forskellige behandlingskomponenter støttes patienten i at indgå i nye misbrugsfrie aktiviteter og fællesskaber. Samtidig skal behandlingen give patienten redskaber, som gør det nemmere at forblive i disse aktiviteter.

6 Metode og materiale

6.1 BEHOVSANALYSE VED KOMPLEKSE INTERVENTIONER

Dette kandidatspeciale indgår som en del af behovsanalysen for interventionsprojektet *Misbrugsbehandling gennem Community Reinforcement Approach*.

Behovsanalysen har sin baggrund i interventionsforskningen, en systematisk og empirisk tilgang til udvikling, implementering og evaluering af sundhedsfaglige interventioner.

Udviklingen af en sundhedsfaglig intervention bør grundlæggende bestå af seks processer; behovsanalyse, forandringsteori, pilotstudie, implementering, evaluering og forankring. Denne systematik er særlig vigtig ved udvikling og evaluering af komplekse interventioner.²⁷

En kompleks intervention indbefatter mange interagerende komponenter. Projektet *Misbrugsbehandling gennem Community Reinforcement Approach* indbefatter alle nedenstående komponenter, og bør derfor udvikles derefter.

1. Mange interagerende komponenter (*misbrugsbehandling med terapeutiske, sociale og medicinske komponenter, beskæftigelse og fritidsaktiviteter mm.*)
2. Adfærdsændringer af både modtagere og leverandører af indsatsen (*ændring af livsstil og misbrug hos patienterne, ændrede arbejdsgange hos sundheds- og socialfaglige medarbejdere*)
3. Indsatsen målrettes flere grupper, arenaer eller organisatoriske lag (*samarbejde mellem flere forskellige institutioner og faggrupper herunder SundhedsTeam og Aktivitetscenteret*)
4. Implementeringen af indsatsen tillader en vis fleksibilitet og flere ønskede effekter af interventionen (*CRA-behandlingen tilrettelægges patientens individuelle problemstillinger. Direkte ønske om reduktion eller ophør af misbrug, indirekte gevinster i form af reintegrering på arbejdsmarkedet og mere stabil social situation, herunder bolig.*)

Ved behovsanalysen bør man udføre en systematisk indsamling og analyse af viden, som kan være med til at afdække og definere behovet for interventionen. Denne dataindsamling bør omfatte en grundig indsamling af viden om målgruppen og baggrunden for problemstillingen, samt et litteraturstudie af tidligere løsningsmodeller for problemet. I denne sammenhæng er en analyse af konteksten for både for den nuværende intervention samt tidligere interventioner afgørende.

Jeg har i det indledende afsnit beskrevet målgruppen og problemstillingen ud fra udvalgte danske rapporter om hjemløshed og misbrug samt socialmedicinske fagbøger. Jeg vil herefter fokusere på et systematisk litteraturstudie af tidligere interventioner med CRA til hjemløse. Afslutningsvis vil jeg diskutere, hvordan resultaterne fra litteraturstudiet kan indgå i en model for en intervention med misbrugsbehandling blandt hjemløse i en dansk kontekst.

6.2 LITTERATURSØGNING

Jeg har foretaget en systematisk litteratursøgning med baggrund i bogen *Systematic approach to a Successful Literature review*.²⁸ Jeg har udvalgt to relevante databaser, PsycInfo og Pubmed.

Jeg startede med en bred søgning i de to databaser for at få overblik over mængden af eksisterende litteratur om community reinforcement approach.

På baggrund af denne søgning, har jeg valgt at foretage to individuelle søgninger efter:

1. Originale kliniske studier af CRA som misbrugsbehandling blandt hjemløse
2. Reviews over CRA i misbrugsbehandling

På baggrund af dette opstillede jeg to specifikke søgeprofiler.

Søgeprofilerne tager udgangspunkt i en opstilling af inklusions- og eksklusionskriterier ud fra PICOC-modellen. PICOC-modellen er udviklet som et værktøj til at opstille en søgeprofil med udgangspunkt i problemformuleringen for projektet: hvilken **p**opulation, **i**ntervention, sammenligningsgrundlag (**c**omparison), resultatmål (**o**utcome) og kontekst (**c**ontext) ønsker man at undersøge.

Min søgning efter kliniske studier af CRA som misbrugsbehandling blandt hjemløse er baseret på karakteristikken af målgruppen for interventionen beskrevet i afsnit 4.2. Jeg har valgt at ekskludere studier af CRAFT og A-CRA, da målgruppen oftest har relativt spinkle familiære netværk.⁵ Jeg har

valgt at inkludere studier af unge hjemløse, hvoraf en vis andel af deltagerne er over 18 år men ekskluderede studier, der kun omhandler mindreårige hjemløse.

Tabel 2: Søgeprofil for kliniske studier af CRA blandt hjemløse voksne med udgangspunkt i PICOC-modellen

PICOC	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Population	<ul style="list-style-type: none"> - Hjemløse - + 18 år - Alkohol eller stofmisbrug 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabil boligsituation - Psykiatrisk sygdom som den primære problemstilling - Kun mindreårige deltagere (under 18 år)
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Community Reinforcement Approach (CRA) - Ambulant-, dags- eller døgnbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> - CRAFT eller A-CRA - Internetbaseret CRA-terapi - Reviews
Sammenligning	<ul style="list-style-type: none"> - Inklusion af kliniske studier med og uden kontrolgruppe 	Ingen
Mål	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Primære outcome:</i> Misbrugsintensitet (% drikkedage, antal genstande, serumkonc. Mm.) - Follow-up min. 6 mdr. 	Manglende outcome for misbrugsintensitet
Kontekst	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulant, dagsbehandling, døgnbehandling 	

Community reinforcement approach er ikke tilknyttet som MeSH-ord, hvorfor jeg har søgt i fritekst. Herefter er artiklerne selekteret ud fra eksklusionskriterierne, først ud fra titlerne, herefter ud fra abstract og til sidst ud fra en fuld gennemlæsning af de resterende artikler. En grafisk oversigt over søgningen kan ses i appendix I.

I søgningen efter reviews var jeg interesseret i et bredt overblik over erfaringerne med CRA som metode til misbrugsbehandling, evidensen bag metoden og CRA sammenlignet med andre behandlingsformer. Jeg har ekskluderet reviews, der udelukkende handlede om CRAFT, A-CRA eller internetbaseret CRA-terapi. Jeg har ligeledes ekskluderet reviews af CRA, der udelukkende fokuserede på misbrugsbehandling af mindreårige.

En grafisk oversigt over søgningen kan ses i appendix II.

I min søgning fandt jeg to bøger, som ikke har været mulige at låne grundet nedlukningen af biblioteker i forbindelse med COVID-19. Ud fra de online tilgængelige abstracts vurderede jeg, at de ikke var essentielle for litteraturstudiet, hvorfor de er ekskluderet.

Én forskergruppe, Meyer, Miller, Smith mm., står bag en stor andel af litteraturen omkring CRA i form af originalartikler, reviews, bøger og bogkapitler. Der var et markant overlap i indholdet af denne litteratur, hvorfor jeg har udvalgt deres samlede værk, bogen *A community reinforcement approach to addiction treatment, 2002* samt deres nyeste review.²⁵ Samme forskergruppe står bag protokollen *Clinical Guide, 1995* som ligeledes er inddraget.

Jeg har valgt at inddrage relevant faglitteratur og udvalgte danske rapporter som en del af behovsafklaringen. Dette materiale ligger til grund for det indledende afsnit med karakteristikken af målgruppen, problemstillingen og den strukturelle ramme for interventionsprojektet. Materialet har desuden bidraget til min diskussion og perspektivering. Materialet kan karakteriseres som en del af den

såkalde *gray litteratur*, som yder et vigtigt bidrag af kvalitative og kvantitative data for at nuancere problemstillingen.²⁸ *Gray litteratur* kan være svær at identificere systematisk, hvorfor min litteratursøgning er baseret på en grovsøgning af online publicerede rapporter hos relevante danske instanser indenfor hjemløshed og misbrug^{IX} samt anbefalinger fra fagfolk.²⁸ Af de rapporter, der har ydet størst bidrag til opgaven kan nævnes:

- Hjemløshed i Danmark, National kortlægning, VIVE, 2019³
- Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug, Socialstyrelsen 2013¹²
- Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv, SFI 2016⁴

6.3 ANALYSE OG SYNTSE AF LITTERATUREN

Min gennemgang af den inkluderede litteratur er baseret på de fire stadier af *quality assessment* i et litteraturstudie.²⁸

- 1) Indledende forståelse og overblik over de inkluderede studiers indhold
- 2) Omfattende forståelse med øget indsigt i forskningsmetoden og resultater
- 3) Analyse af studiet og forståelse af delementerne i studiet
- 4) Syntese af fundene ved de indledende stadier til en ny viden og mening.

I første del af resultat afsnittet vil jeg ud fra gennemlæsning af reviewlitteratur gennemgå det generelle evidensgrundlag for CRA-metoden. Herefter vil jeg præsentere de inkluderede kliniske studier af CRA blandt hjemløse patienter. Dette afsnit vil have fokus på studiernes design og resultater. Afsnittet er et overblik over litteraturen og den samlede evidens bag CRA indenfor denne specifikke patientgruppe.

En grundlæggende problemstilling i forskningen indenfor misbrugsbehandling er den manglende viden om hvilke konkrete komponenter i interventionerne, der er afgørende for succesfuld behandling.²⁹ Det samme gør sig gældende for CRA.^{29,30}

Med udgangspunkt i protokollen for CRA, har jeg gennemgået protokolbeskrivelserne fra de kliniske studier af CRA blandt hjemløse og identificeret hvilke behandlingskomponenter, de har inkluderet. Jeg vil beskrive, hvordan studier har anvendt disse komponenter i behandlingen og herefter evaluere evidensen for hvert element ud fra en systematisk gennemgang af de inkluderede reviews og kliniske studier. Med baggrund i dette vil jeg i min syntese diskutere, hvilke faktorer og behandlingskomponenter der er vigtige i misbrugsbehandling af hjemløse baseret på CRA.

Dette ligger til grund for min afsluttende diskussion af, hvordan man med udgangspunkt i CRA kan integrere social- og sundhedsfaglige indsatser på Sundholm for at reducere misbruget blandt brugere.

^{IX} VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd), SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd), Center for Rusmiddelforskning, Rådet for socialt udsatte, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelse

7 Resultater af litteraturstudiet

7.1 EVIDENSEN BAG CRA

Jeg har identificeret ni relevante reviews og metaanalyser, der har undersøgt effekten af CRA-metoden i misbrugsbehandling.

Tabel 3: Reviews af Community Reinforcement Approach

Studie	Forfattere	År	Misbrugsstof
Psychosocial interventions in stimulant use disorders: a systematic review and qualitative synthesis of randomized controlled trials ⁷	De Giorgi et al.	2018	Kokain og amfetamin
A review of interventions for substance use among homeless youth ³¹	Xiang	2013	Alkohol og stoffer
The community reinforcement approach: an update of the evidence ²⁵	Meyers, Roozen & Smith	2011	Alkohol og stoffer
A review of the community reinforcement approach in the treatment of opioid dependence ³²	Abbott	2009	Opioider
A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction ³⁰	Roozen et al.	2004	Alkohol, kokain og opioider
Psychosocial treatments for alcohol use disorders. <i>Fra bogen: a guide to treatments that work</i> ⁸	Finney & Moos	2002	Alkohol
Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders ³³	Miller & Wilbourne	2002	Alkohol
A community reinforcement approach to addiction treatment ²⁶	Meyers & Miller	2001	Alkohol og stoffer
Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities ²⁹	Kadden	2001	Alkohol

CRA fremhæves generelt som en evidensbaseret metode til misbrugsbehandling med positive resultater i forhold til reduktion i misbrug og bedring af patienternes psykosociale forhold. Dette billede ses både blandt patienter med alkoholmisbrug og stofmisbrug. Dog fremhæves det, at der generelt er stærkere evidens for effekten af CRA til alkoholbehandling end stofmisbrug.³⁰

I to større metaanalyser, hvor CRA sammenlignes med andre modaliteter til behandling af alkoholafhængighed, placeres metoden blandt de mest effektive og evidensbaserede, se tabel 4.

Miller & Wilbourne, 2002 har identificeret 361 kliniske kontrollerede forsøg af alkoholbehandling. Forskerne har vurderet den metodiske kvalitet af forsøgene, og derefter identificeret og kategoriseret studierne intervention i 46 forskellige behandlingsmodaliteter. *Community reinforcement approach* er trods sin komplekse tilgang undersøgt som selvstændig behandlingsmodalitet og er scoret som den 6. mest evidensbaserede modalitet ud af 46.

Finney & Moos, 2002, har samlet resultaterne fra tre tidligere metaanalyser af psykosociale alkoholbehandlinger, hvor CRA er blevet rangeret på hhv. 1., 3. og 5. pladsen af interventionerne, se tabel 4. De fremhæver, at de mest effektive interventioner kan kategoriseres som kognitive

adfærdsterapier samt behandlinger tilpasset patientens livsvilkår, som hjælper patienterne med at ændre disse. Herunder fremhæver de særligt CRA og social adfærdstræning.

Tablet 4: Rangering af de 15 mest effektive psykosociale behandlinger til alkoholbehandling samt de 15 mest evidensbaserede modaliteter til alkoholbehandling.

Rangering ud fra bedste effekt på misbrugsreduktion					Rangering ud fra bedste evidensgrundlag	
Behandlingsmodalitet	Holder et al. 1991	Miller et. al. 1995	Finney & Monahan 1996	Miller et al. 1998	Behandlingsmodalitet	Miller & Wilbourne, 2002
Social skill training	1	1	2	2	Brief intervention	1
Self-control	2	8	10	6	Motivational enhancement	2
Brief motivational counseling	3	2	7	1	GABA agonist	3
Marital therapy, behavioral	4	7	3	5	Opiate antagonist	4
Community reinforcement	5	3	1	3	Social skills training	5
Stress management training	5	12	5	11	Community reinforcement	6
Aversion, covert sensitization	7	6	8	8	Behavior contracting	7
Marital therapy, other	8	9	4	10	Behavioral marital therapy	8
Cognitive therapy	9	5	11	7	Case management	9
Hypnosis	9	11	15	12	Self-monitoring	10
Aversion, electric shock	11	10	8	9	Cognitive therapy	11
Aversion, nausea	12	4	6	4	Client-centered counseling	12
Confrontational interventions	13	13	13	12	Disulfiram	12
Educational lectures/films	14	15	12	15	Aversion therapy, apneic	14
General counseling	15	14	14	14	Covert sensitization	14

Kilde: Tabellen er modificeret ud fra tabel 6.1 i metareviewet af Finney & Moss, 2002. Dette metereview er baseret på reviews af Holder et. al 1991, Miller et. al 1995, Finney & Monahan 1996, Miller et al. 1998, som har rangeret de 15 mest effektive behandlingsmodaliteter til alkoholbehandling. Desuden tabel 3 i metaanalysen af Miller & Wilbourne, 2002, her et uddrag af de 15 bedst rangerede ud af 46 modaliteter til alkoholbehandling. Der er kun inkluderet modaliteter, som er testet i mindst tre forskellige kliniske studier.

Meyers, Roozen & Smith, 2011 konkluderer ud fra deres review af internationalt publicerede kliniske studier af CRA, at CRA overordnet set har stor effekt i forhold til standardbehandlinger. Roozen et al., 2004 har identificeret 11 RCT-studier af CRA eller CRA kombineret med *vouchers* til behandling af alkohol-, kokain- og opioidmisbrug. De konkluderer, at der er god evidens for CRA til alkoholbehandling, og at der er evidens for, at CRA kombineret med voucher har effekt på misbrugsreduktionen blandt patienter med kokainmisbrug. Der er dog begrænset evidens for, at CRA har samme effekt blandt folk i metadonbehandling og opioidafrusning. Abbott, 2009 har sammenlignet fire kliniske studier af CRA kombineret med farmakologisk behandling af opioidafhængighed. Her peger forfatteren på at CRA kombineret med farmakologisk behandling øger chancen for en succesfuld behandling af opioidafhængighed.

CRA er testet i forskellige patientgrupper, og der er overordnet fundet positive resultater i forhold til reduktion af misbruget samt bedring af andre psykosociale faktorer.

De Giorgi et al., 2018 og Finney & Moos, 2002 fremhæver, at forskellige psykosociale interventioner passer til forskellige subgrupper af patienter, og at en intervention bør tilpasses individet og konteksten; de mener derfor, at der bør forskes yderligere i, hvordan man bedst laver det bedste *treatment-patient match*.

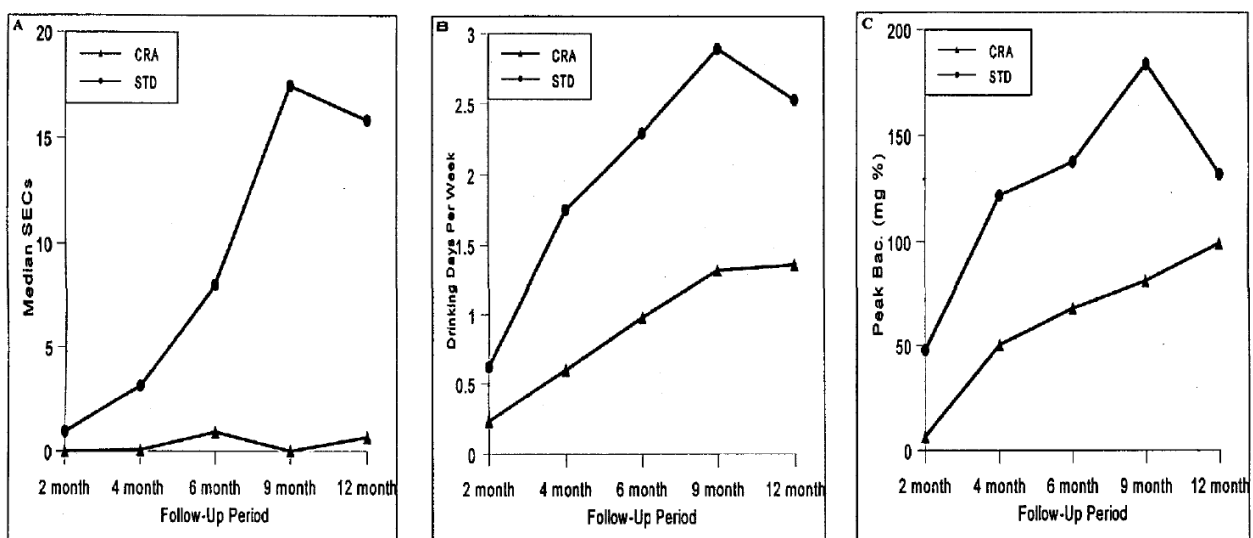
Finney & Moos, 2002 fremhæver at kognitive adfærdsterapier inkl. CRA ser ud til at virke bedst for patienter med en ustabil social situation, hvilket understøttes af Roozen et al., 2004 som pointerer, at CRA ser ud til at være særligt velfungerende til socialt sårbare patienter, bl.a. hjemløse.

7.2 CRA SOM BEHANDLINGSMETODE TIL HJEMLØSE MISBRUGERE

Jeg har identificeret fem kliniske studier af CRA til misbrugsbehandling blandt voksne hjemløse patienter. En oversigt over studierne og deres resultater ses i tabel 5, mens en oversigt over demografiske faktorer ses i tabel 6. Dette afsnit vil fokusere på designet og resultaterne af interventionerne.

Smith, Meyers & Delaney publicerede i 1998 det første kliniske studie med CRA blandt hjemløse med alkoholmisbrug i et randomiseret kontrolleret forsøg med 106 deltagere rekrutteret fra et dagcenter for hjemløse (studie no. 5 i tabel 5-7). Studiet tog udgangspunkt i CRA-protokollen *Clinical Guide*, 1995 men var tilrettelagt hjemløsepopulationen bl.a. ved financieret bolig under behandlingen og færdighedstræning med fokus på at bo selvstændigt. Behandlingen var primært gruppebaseret og foregik dagligt på dagcenteret, herunder daglige administration af Disulfiram. Patienterne blev tilbudt at deltage i en ugentlig social misbrugsfri klub, og der var tilbud om case management for patienter med en psykiatrisk diagnose. Kontrolgruppen blev ligesom patientgruppen tilbudt bolig og havde adgang til de normale faciliteter på dagcenteret, samt deltagelse i AA-møder og et jobprogram.

Figur 2: Misbrugsreduktion hos CRA-gruppen i forhold til kontrolgruppen over tid.



(A) Median SEC: antal genstande/ugen, (B) drikkedage/uge (C) Peak BAC: max-serumkoncentration af alkohol.

Kilde: Smith, Meyers & Delaney, 1998, figur 1.

Patientgruppen blev fulgt efter 2, 4, 6, 9 og 12 mdr. På de tre alkoholrelaterede mål var der et markant og signifikant fald i hele gruppen over tid; fra 136 til 22 genstande/ugen, fra 5,0 til 1,5 drikke-dage/uge og en max-serumkonc. af alkohol fra 287 til 90 mg%.^x Effekten målt på drikkedage/uge og serumkonc. aftog dog over tid, men fortsat med signifikant reduktion i forhold til baseline, se figur 2. På alle tre parametre var der signifikante gruppeforskelle i forhold til kontrolgruppen. Der var ligeledes en signifikant reduktion i hjemløshed og en øget beskæftigelse over tid, men her kunne der ikke ses en signifikant gruppeforskel.

Slesnick et al. publicerede i 2007 et kliniske studie med CRA til unge hjemløse med alkohol eller stofmisbrug (studie no. 4 i tabel 5-7). 180 unge hjemløse i alderen 14-20 år, som sov på gaden uden tilknytning til et herberg eller behandlingscentre, blev rekrutteret fra et drop-in dagcenter for unge hjemløse og randomiseret til at modtage CRA-behandling eller standardbehandling. Standardbehandlingen bestod af dagcenterets normale tilbud i form af adgang til hvile, mad, bad, tøjvask og case-management.

CRA-gruppen havde fortsat adgang til dagscenterets normale tilbud men fik derudover tilbudt 12 individuelle sessioner med CRA tilpasset til unge hjemløse samt 4 sessioner med HIV-forebyggende undervisning. Sessionerne foregik på dagcenteret.

Followup blev foretaget 6 mdr. efter baseline. I CRA-gruppen faldt andelen af dage med misbrug signifikant fra 67 % ved baseline til 43 % ved followup med en relativ reduktion på 37 %. I kontrolgruppen var der en relativ reduktion på 17 % (fra 60 % til 50 %), og der var signifikant forskel mellem grupperne.

Studiet viste desuden, at CRA-gruppen havde signifikant større reduktion i depressionssymptomer og indadreagerende adfærd samt større social stabilitet end kontrolgruppen. Begge gruppe havde bedring over tid i antallet af forskellige misbrugsstoffer, emotionel coping, udadreagerende adfærd og kriminalitet uden signifikant gruppeforskel. Der kunne ikke ses bedring i risikoadfærd, undgåelsesadfærd og opgavecoping i nogen af grupperne.

Slesnick et Erdem publicerede i 2012 et pilotstudie af CRA blandt 15 hjemløse mødre med alkohol eller stofmisbrug (studie no. 3 i tabel 5-7). Kvinderne blev rekrutteret på et familieherberg og havde alle børn i alderen 2-6 år. Der var ingen kontrolgruppe. Interventionen bestod af tre elementer; tilbud om bolig ud fra *Housing First*-strategien, case management og CRA-behandling, som foregik hjemme hos kvinderne selv mindst én gang om ugen. Som en del af CRA-behandlingen modtog kvinderne forældretræning. Kvindernes skulle angive hvor mange dage, de havde drukket eller taget stoffer indenfor de seneste 90 dage. Fra baseline til followup efter 3 mdr. var der et signifikant fald fra 50 % til 19 % af dagene. Dette steg til 34 % efter 6 mdr., men der var stadig signifikant reduktion i forhold til baseline.

Studiet målte desuden på mødrenes trivsel og sociale situation samt børnenes trivsel; mødrene rapporterede om signifikant mindre ind- og udadreagerende adfærd hos børnene efter interventionen. Mødrenes egen mentale velvære steg signifikant, og hjemløsheden var signifikant reduceret. Der var ingen ændringer i beskæftigelsesraten, forældrerelateret stress eller partnervold.

^x Fra baseline-målingen til gennemsnit af followup målingerne.

Table 5: Kliniske studier af misbrugsbehandling med CRA blandt hjemløse voksne. Studiedesign og resultater.

No	1	2	3	4	5	
Studiets navn	Improving outcomes for homeless people with alcohol disorders: a multi-program community-based approach ³⁴	A comparison of three interventions for homeless youth evidencing substance use disorders: results of a randomized clinical trial ³⁵	Intervention for homeless, substance abusing mothers: findings from a non-randomized pilot ⁶	Treatment outcome for street-living homeless youth ³⁵	The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals ³⁶	
Forfattere	Morse et al. <i>Southern Illinois University, Washington University</i>	Slesnick et al. <i>The Ohio State University</i>	Slesnick & Erdem, <i>The Ohio State University</i>	Slesnick et al. (Meyers) <i>The Ohio State University</i>	Smith, Meyers & Delaney <i>University of New Mexico</i>	
År	2017	2015	2012	2007	1998	
Design	Ikke-randomiseret kontrolleret forsøg	Randomiseret kontrolleret forsøg (ikke-blindet)	Ikke-randomiseret kontrolleret forsøg	Randomiseret kontrolleret forsøg (ikke-blindet)	Randomiseret kontrolleret forsøg (ikke-blindet)	
N	256*	270	15	180	106	
Intervention	CRA	CRA + HIV-forebyggende undervisning	CRA + bolig + case-management	CRA + ST + HIV-forebyggende undervisning	CRA + ST + bolig	
Kontrolgruppe	Ingen	1. Case management 2. MET	Ingen	ST: Dagecenter og case-management	ST: Dagecenter, AA-møder og Jobprogram + bolig	
Resultater	<p>Psykosociale faktorer</p> <p>Mental helbred Depression ↓ + Angst ↓ + Psykiske og kognitive symptomer ↓ + Fysisk helbred +</p> <p>Boligsituation % nætter i stabil boligsituation ↑ + % nætter i sikker boligsituation = % nætter i hjemløs ↓ + % nætter på institution =</p> <p>Beskæftigelse og uddannelse ↑ +</p>	<p>Depression ↓ + % nætter i hjemløs ↓ + Følelses- eller opgavecoping = Overfald ↓ + Indad- og udadrettede adfærd =</p>	<p>Mental velvære ↑ + Hjemløshed ↓ + Beskæftigelse = Forældreløst stress = Partner vold =</p>	<p>Risikoadfærd = Undgåelsesadfærd = Opgavecoping = Udadrettede adfærd ↓ + Kriminalitet ↓ + Emotionel coping ↑ + Depression ↓ + * Indadrettede adfærd ↓ + * Social stabilitet ↑ + *</p>	<p>Beskæftigelse ↑ + Hjemløshed ↓ +</p>	<p>Misbrugs-relaterede</p> <p>Alkoholforbrug ↓ + Stofbrug ↓ + Ændringer i misbrug ↑ + % med svært misbrug ↓ +</p> <p>% dage med alkoholindtag ↓ + % dage med stofindtag ↓ +</p> <p>% dage med alkohol/stofindtag ↓ + * Følelses- og stofbrugsforbrug ↓ +</p> <p>Antal genstande/ugen: ↓ + * Antal drikke dage/ugen: ↓ + * Serum-alkohol: ↓ + *</p>

Resultaterne angiver ændringer fra baseline til followup i CRA-gruppen. Læsevejledning: ↓ = fald, ↑ = stigning. + signifikant bedring, = ingen signifikant ændring. * signifikant gruppeforskel fra kontrolgruppen til fordel for CRA. ST = standard treatment.

I 2015 publicerede Slesnick et al. endnu et studie af CRA til unge hjemløse med stof- eller alkoholmisbrug i alderen 14-20 år (studie no. 2 i tabel 5-7). 270 patienter blev rekrutteret fra et drop-in dagcenter og randomiseret til at modtage behandling på dagcenteret i form af enten CRA, case management eller Motivational Enhancement Therapy (MET).^{XI} Gruppen blev fulgt efter 3, 6 og 12 mdr. Patienterne i CRA-gruppen blev tilbudt 12 individuelle sessioner med CRA-terapi og 2 sessioner med HIV-undervisning.

De primære mål var andelen af dage med alkoholforbrug, andelen af dage med stofforbrug samt ethanolconcentrationen i blodet. Over tid var der en signifikant reduktion i alle tre mål, men ingen gruppeforskel imellem de tre interventioner. Efter 12 mdr. var der fortsat et markant stofforbrug i hele gruppen (40 – 49 % af dagene mod 55-69 % af dagene ved baseline).

I de sekundære mål (adfærd, coping, hjemløshed, depression mm.) var der tilsvarende et signifikant fald over tid men ingen gruppeforskelle.

I det nyeste studie fra 2017 har Morse et. al undersøgt effekten af to *community*-baseret behandlinger blandt hjemløse voksne med et alkoholmisbrug (studie no. 1 i tabel 5-7). 322 patienterne blev rekrutteret via et opsøgende hjemløseteam, og blev efter et screeningsinterview opdelt i to grupper, en gruppe med svær psykiatrisk komorbiditet og en gruppe uden. Gruppen uden svær psykiatrisk komorbiditet (N = 256) fik CRA-behandling inkl. case management, mens gruppen med svær psykiatrisk komorbiditet (N = 55) fik ACT/IDDT-behandling.^{XII} Behandlingen foregik både individuelt og i grupper hos en lokal behandlingsorganisation.

I CRA-gruppen var der ved 6 mdr. followup et signifikant fald i alkoholforbrug, stofforbrug, en signifikant ændring i misbruget og i andelen af patienter med svært misbrug. Der var tilsvarende signifikant bedring i beskæftigelsesraten-, depression-, angst-, psykiske og kognitive symptomer og fysisk helbred. Der var en signifikant stigning i stabil boligsituation og fald i hjemløshed. Andelen af nætter tilbragt på institution og i en stabil boligsituation var den samme.

Der var grundlæggende flere positive ændringer hos CRA-gruppen end hos ACT/IDDT-gruppen, som kun oplevede signifikante ændringer i alkoholforbrug, psykiske og kognitive symptomer samt fald i hjemløshed. På de resterende mål var der ikke signifikante ændringer over tid.

Tabel 6: Kliniske studier af misbrugsbehandling med CRA blandt hjemløse voksne. Demografiske faktorer.

No.	Misbrug	Population	Etnicitet	Køn	Alder (gns.)	Eksklusionskriterier
1	Alkohol og/eller stofmisbrug	Hjemløse voksne	Blandet (afroamerikanske 69 %, hvide 25 % mm.)	60 % mænd 40 % kvinder	43 år	Psykose eller svær psykisk sygdom
2	Alkohol og/eller stofmisbrug	Hjemløse unge (14-22 år)	Blandet (afroamerikanske 66 %, hvide 20 % mm.)	53 % mænd 47 % kvinder	19 år	-
3	Alkohol og/eller stofmisbrug	Hjemløse mødre	Blandet (afroamerikanske 67 %, hvide 20 % mm.)	100 % kvinder	25 år	Psykose
4	Alkohol og/eller stofmisbrug	Hjemløse unge (14-22 år)	Blandet (hvide 41 %, hispanic 30 % mm.)	66 % mænd 34 % kvinder	19 år	-
5	Alkohol	Hjemløse voksne	Blandet (hvide 46 %, hispanic 19 % mm.)	86 % mænd 14 % kvinder	38 år	Psykose

^{XI} Motivationsfremmende terapi, nærmere beskrevet i afsnit 7.3

^{XII} IDDT: opsøgende misbrugsbehandling til dobbeltdiagnosticerede patienter. ACT: se afsnit 3.3.

7.3 BEHANDLINGSKOMPONENTER

De fem studier af CRA som misbrugsbehandling blandt hjemløse viser alle signifikant reduktion i patienternes misbrug over tid. I det følgende afsnit vil jeg gennemgå hvordan studierne har inddraget de forskellige behandlingskomponenter fra CRA-protokollen, og diskutere hvilke af disse faktorer og komponenter, der ser ud til at bidrage til misbrugsreduktionen i denne patientgruppe. Oversigten over behandlingskomponenterne i studierne fremgår af tabel 7.

Tabel 7: Behandlingskomponenter og intensiteten af behandling i kliniske studier af CRA til hjemløse patienter.

No.	1	2	3	4	5
Indledende vurdering	+	+	+	+	+
Afholdenhedsperiode + Disulfiram					+
Happiness Scale og Goals of counseling	+			+	
Adfærds- og kompetencetræning	+	+	+	+	+
Jobrådgivning	+	+	+	+	+
Social- og fritidsrådgivning	+	+	+	+	+
Parterapi					+
Social klub					+
Case management	+	-	+	+	+
Hyppeghed/længde af behandling	8 mdr.	6 mdr.	Min. 1/ugen, 6 mdr.	6 mdr.	1/dagligt Min. 3 uger
Antal sessioner	Individuelt antal sessioner	12 CRA + 2 HIV	16 CRA + 34 case-management	Planlagt: 12 CRA + 4 HIV. <i>Gns.:</i> 7	<i>Gns</i> 37

Studie no. refererer til studier fra tabel 5. Læsevejledning: + komponenten er angivet i studiet. – komponenten er eksplicit angivet ikke at være en del af behandlingen

Indledende vurdering, behandlingsplan og det motivationsfremmende element i CRA

Alle fem studier har foretaget en indledende vurdering af patienterne, typisk i forbindelse med inklusionen af patienterne i studiet. Kun to artikler har eksplicit angivet, at de har lagt en behandlingsplan ud fra CRA-protokollens skemaer *Happiness scale* og *Goals of counseling*.

Effekten af skemaerne er ikke undersøgt separat og er kun beskrevet i litteraturen af Meyers & Miller, 2001 ud fra deres generelle kliniske erfaringer med CRA. De fremhæver de positive fordele ved en systematisk funktionel analyse af misbruget, så man bedre kan identificere patientens motivationsfaktorer. Motivationsfremmende misbrugsbehandling er beskrevet i reviewlitteraturen og vil kort blive gennemgået her.

Motivationsfremmende komponenter, f.eks. *brief motivational counseling* og *motivational*

enhancement^{XIII} er blandt de mest evidensbaserede tiltag i alkoholbehandling, hvilket også ses i tabel 4.^{8,33} Meyers & Miller, 2001 fremhæver at identifikation af patientens motivationsfaktorer, særligt sociale og arbejdsmæssige, er blandt de vigtigste komponenter i CRA. Xiang, 2013 skriver, at ved misbrugsbehandling af unge hjemløse er det vigtigste for at fastholde patienterne i behandlingen at identificere motivationsfaktorer og møde patienterne i øjenhøjde. Slesnick et al., 2015 har i deres studie testet CRA og *Motivational Enhancement Therapy* blandt hjemløse unge. I begge grupper var der signifikant reduktion af misbruget over tid og ingen forskel imellem de to behandlingsformer.

Effekten af vurderingsskemaerne *Happiness scale* og *Goals of counseling* er ikke belyst i litteraturen. Motivationsfremmende behandling fremhæves generelt som effektivt i forhold til misbrugsreduktion, herunder blandt hjemløse unge. I denne gruppe er der muligvis lige så stor effekt af motivationsfremmende behandling i sig selv som af CRA. Dette er dog ikke testet blandt voksne hjemløse.

Afholdenhedsperiode og Disulfiram-proceduren

Som beskrevet i afsnit 5.2 kan der i afholdenhedsperioden tillægges behandling med Disulfiram som en del af en særlig motivationsfremmende procedure. Procedure vil i dette afsnit blive henvist til som Disulfiram-proceduren.

I litteraturen er effekten af en afholdenhedsperiode ikke testet for sig selv, men igen beskrevet af Meyers & Miller, 2001 ud fra deres kliniske erfaringer. De angiver, at de positive fordele ved afholdenhedsperioden bl.a. er, at den giver ro til at arbejde med den videre behandlingsplan og illustrerer de positive aspekter ved et liv uden misbrug.

Disulfiram-proceduren er testet i flere klinisk forsøg. I studierne blandt hjemløse er det kun Smith, Meyers & Delaney, 1998, der har inddraget afholdenhedsperioden og Disulfiram-proceduren. Forsøget undersøgte specifikt om Disulfiram havde en supplerende effekt på misbrugsreduktion i hjemløsegruppen, når det blev administreret dagligt af projektsygeplejersken, og resten af patientgruppen fungerede som støttepersoner og overværede, at patienten indtog medicinen. Studiet viste ingen signifikant forskel på misbruget imellem patienter, der fik Disulfiram som tillæg til CRA og patienterne, som ikke gjorde.

I litteraturen ses et blandet billede af effekten af Disulfiram-proceduren. Meyers & Miller, 2001 gennemgår de tidligere studier, der har testet Disulfiram-proceduren, og konkluderer at Disulfiram-proceduren ikke tilføjer en supplerende effekt til CRA-behandlingen. Samtidig konkluderer de, at Disulfiram-proceduren i sig selv ser ud til at have en supplerende misbrugsreduktion, når den tillægges standardbehandling. Ugifte patienter, som har mindre social støtte, har bedst effekt af den brede CRA-intervention, mens gifte patienter har effekt alene af Disulfiram-proceduren, når den foregår med støtte fra pårørende.^{8,26} Den manglende effekt i hjemløsepopulationen, som ofte har et svagere familiært netværk, kan muligvis relateres til dette.

Roozen et al., 2004 konkluderer, at der samlet er moderat evidens for, at *CRA + Disulfiram-proceduren* reducerer antallet af drikkedage i forhold til *standardbehandling + Disulfiram-proceduren*, men at evidensniveauet for den langvarig effekt er begrænset. De fremhæver dog i deres

^{XIII} Behandlingskomponenten *Motivational enhancement* inkluderer korte interviews om motivationsfaktorer, motivationsfremmende terapi og anden kortfattet motivationsfremmende rådgivning.

konklusion, at CRA kombineret med superviseret indtag af medicin kan være essentielt for at fastholde folk i behandlingen.

Overordnet set, ser Disulfiram-proceduren ikke ud til at bidrage yderligere til effekten af CRA, men kan i sig selv bidrage til standardbehandlinger, særligt blandt patienter med stærkere sociale netværk. Blandt hjemløsegruppen er der for nuværende ikke evidens for, at Disulfiram-proceduren tilføjer effekt.

Kompetence- og adfærdstræning

Alle fem studier har angivet, at patienterne har modtaget kompetence- og/eller adfærdstræning. Smith, Meyers & Delaney, 1998 tilbød daglige kompetencetræningsgrupper med fokus på problemløsning, kommunikation, afvisning af alkohol og at bo selvstændigt. Slesnick & Erdem, 2012 og Slesnick et al., 2015 tilbød individuel træning i sociale færdigheder inkl. afvisning af rusmidler, problemløsning, kommunikationstræning, stress- og vredeshåndtering. Slesnick et al., 2007 og Morse et al., 2017 har ikke beskrevet elementerne i deres kompetencetræning yderligere.

Ingen af studierne har undersøgt om kompetence- og adfærdstræning i sig selv er et afgørende element i succesfuld misbehandling blandt hjemløse med CRA. Slesnick et Erdem, 2012 inddrog et særligt element i form af forældre støtte og -kompetencetræning som en del af deres intervention til hjemløse mødre; her så de en signifikant reduktion i børnenes ind- og udadreagerende adfærd, men ingen signifikant forskel i mødrenes stressniveau omkring deres forælderrolle. Børnenes adfærd ændringer kan dog også tilskrives mødrenes reduktion i misbruget og mere stabile boligsituation.

Som det fremgår af tabel 4, bliver træning i sociale færdigheder (*social skill training*) og kompetencetræningen (*management training*) vurderet blandt de mest effektive behandlingsmodaliteter for alkoholbehandling.^{8,33} Ingen af de inkluderede studier har undersøgt adfærds- og kompetencetræning direkte blandt hjemløse, men Finney & Moos, 2002 fremhæver kognitive adfærdsterapier generelt ser ud til at virke bedst for patienter, som er socialt udfordrede.

Rådgivning indenfor job, fritid og sociale aktiviteter

Et andet element i CRA er rådgivning indenfor job, fritid og sociale aktiviteter. Alle fem studier i hjemløsepopulationen har inkluderet et jobrådgivningselement, men det er varierende hvor detaljeret denne del af interventionen er beskrevet. Smith, Meyers & Delaney, 1998 har fulgt en CRA-proceduren for jobsøgning, som overordnet handler om at hjælpe patienten til at få og beholde et job samt fremme tilfredsstillelsen ved et job.

Slesnick et al., 2007 har sammen med patienterne lagt målrettede planer for at finde job, Slesnick & Erdem, 2012 har støttet patienterne i at finde job som en del af case management-elementet i deres intervention og Slesnick et al., 2015 har trænet jobkompetencer. Morse et al., 2017 arbejder med beskæftigelsesfremmende faktorer og hjælper patienterne med at opbygge relevante jobkompetencer.

Smith, Meyers & Delaney, 1998, Morse et al., 2017 og Slesnick & Erdem, 2012 har målt beskæftigelsesraten. Smith, Meyers & Delaney, 1998 så en signifikant stigning i beskæftigelse over tid, men der var ikke gruppeforskelle i forhold til standardbehandlingen. Standardbehandlingen inkluderede dog også hjælp til jobsøgning, og studiet fremhæver, at for patienter i begge grupper var deltagelsen i jobrådgivningen meget begrænset. Studiet spekulerer i, om den øgede beskæftigelse var sekundært

til en reduktion i alkoholforbruget. Slesnick & Erdem, 2012 og Morse et al., 2017 havde ingen kontrolgruppe til sammenligning og en ret uspecifik beskrivelse af, hvad jobrådgivninger gik ud på. Smith, Meyers & Delaney, 1998 så en signifikant stigning i beskæftigelse samt uddannelse blandt deltagerne. Slesnick & Erdem, 2012 så ingen signifikant ændring. Slesnick et al., 2007 har målt på social stabilitet som faktor, som både inkluderer antallet af dage i arbejde, uddannelse samt dage med bolig. Her fandt de en signifikant øget social stabilitet blandt CRA-patienterne og signifikant forskel i forhold til gruppen med standardbehandling. Slesnick et al., 2015 har ikke målt beskæftigelsesraten.

Der ses en samlet tendens i retning af en øget beskæftigelse efter CRA-interventioner inkl. jobrådgivning. Den inkluderede litteratur giver ikke et entydigt svar på, om jobrådgivning som en del af CRA og følgende beskæftigelse i sig selv reducerer misbrug, eller om et reduceret misbrug kan bidrage til job, hverken generelt i CRA-behandlingen eller blandt hjemløse. Jobrådgivning i sig selv er en meget bred term, og indholdet af denne komponent er uspecifikt beskrevet i studierne

Alle studier undtagen Smith, Meyers & Delaney, 1998 har angivet social og-/eller fritidsrådgivning om en del af interventionen uden nærmere specifikation. Ingen af studierne har kommenteret direkte på patienternes sociale liv eller fritidsaktiviteter eller angivet effektmål for disse.

Meyers & Millers, 2001 fremhæver dog ud fra deres generelle kliniske erfaring med CRA, at patienterne oftest bruger deres fritid på aktiviteter, som primært er baseret på et fællesskab omkring alkohol, og det derfor er essentielt for en succesfuld behandling at støtte patienten i alternative fællesskaber og aktiviteter.²⁶ Roozen et. al., 2004 fremhæver, at CRA er bedre end andre behandlinger til at engagere patienter i ikke-misbrugsrelaterede aktiviteter. De fremhæver derfor at et afgørende element i CRA-behandlingen muligvis er etablering af misbrugsfrie sociale, fritids- og arbejdsrelaterede aktiviteter.³⁰

Netværksfremmende aktiviteter i form af familie- og parterapi og Social klub

I forlængelse af dette indeholder CRA-protokollen netværksfremmende aktiviteter i form af tilbud om familie- og parterapi samt tilbud om at deltage i en alkohol- og stoffri social klub.

Smith, Meyers & Delaney, 1998 har som de eneste inkluderet en social klub i deres intervention. Den sociale klub var et ugentligt tilbud med intentionen om at tilbyde en alkohol- og stoffri social aktivitet væk fra behandlingsmatriklen. Det fremgår ikke af artiklen, i hvor høj grad patienterne gjorde brug af dette tilbud. Den sociale klub er blevet testet individuelt i tidligere forsøg med ikke-hjemløse patienter. Meyers & Millers, 2001 skriver, at ved en CRA-intervention af en vis størrelse bør man overveje at opstarte en sådan klub, men at det er muligt at gennemføre interventionen uden.

Kun ét studie har inkluderet parterapi. Smith, Meyers & Delaney, 1998, tilbød parterapi til de få patienter, der havde en partner (3 % af patientpopulationen), men har ikke kommenteret yderligere på dette aspekt af interventionen.

Adfærdsorienterede træning med fokus på patientens sociale netværk fremhæves som et gennemgående træk i flere af de mest evidensbaserede behandlingsmodaliteter i misbrugsbehandling, hvoraf *adfærdsorienteret parterapi* fremhæves som én af disse komponenter, se tabel 4.³³

Hjemløsegruppen er dog generelt karakteriseret af et begrænset familiært netværk og en meget lille andel af gifte patienter,^{5,12} hvorfor fokus på par- og familierapi ikke er relevante i patientgruppen.

Case management

Begrebet *case management* bruges også i dansk sammenhæng. I korte træk indebærer det koordineret sagsbehandling, hvor én sagsbehandler har ansvaret for at samle og koordinere de nødvendige indsatser i det omkringliggende samfund for en borger med komplekse problemstillinger.³⁷ To amerikanske studier fremhæver, at case management tidligere har været standardtilbuddet for hjemløse med misbrug.^{26,38} Dog giver litteraturen et blandet billede af effekten af case management i forhold til reduktion i misbrug.

Xiang, 2013 har i sit review af interventioner til unge hjemløse misbrugere evalueret både case management og CRA. Et studie viste, at der var signifikant reduktion i misbruget ved case management, men at intensiteten af interventionen ikke var afgørende. I et andet studie var effekten mere tvivlsom. Meyers & Millers, 2001 har identificeret ni studier med case management til hjemløse, hvoraf kun to viste signifikant reduktion i misbruget i forhold til standardtilbuddet. Miller & Wilbourne, 2002 har vurderet case management som den 9. mest evidensbaserede behandlingsmodalitet til reduktion af alkoholmisbrug. Dette til trods for at case management ikke inkluderer direkte misbrugsbehandling men kan koordinere og inkludere behandling fra andre behandlingscentre.^{26,38} Abbott, 2009 fremhæver, at det ville være fordelagtigt at undersøge kombinationen af CRA og case management. Case management ville være en logisk forlængelse af CRA's netværksforstærkende tilgang, da case management netop koordinerer allerede eksisterende indsatser i det omkringliggende samfund. Slesnick & Erdem, 2012 beskrives ligeledes, at for misbrugende hjemløse overskygger behovet for støtte til basale fornødenheder i hverdagen ofte behovet for behandling, hvorfor der bør inkluderes case management i CRA-interventionen. De Giorgi et al., 2018 skriver, at det generelt kan være en fordel at kombinere forskellige interventioner til komplekse problemstillinger.

Alle studier undtagen Slesnick et al., 2015, har tilbudt case management som supplement til CRA i deres intervention. Der er stor variation i hvor specifikt dette element er beskrevet, og hvor intensivt forløbet med sagsbehandleren har været. Morse et al., 2017 har tilbudt case management i den indledende del af interventionen og hjælp til f.eks. at finde bolig. Slesnick et al., 2015 har hjulpet patienterne med at lægge en plan for og opsøge hjælp til bolig, sikkerhed, mad, lægehjælp, arbejde og børnepassning; Slesnick et al., 2007 har ikke beskrevet elementet nærmere og Smith, Meyers & Delaney, 1998 har kun tilbudt case management til de dobbeltdiagnosticerede med psykiatrisk diagnose.

Slesnick et al., 2015 har sammenholdt effekten af CRA mod case management blandt unge hjemløse misbrugere. Her havde en sagsbehandler ansvaret for patientens sag og for at hjælpe patienten med at søge bolig, lægehjælp, kontakt til misbrugsbehandling, mad, retslige sager, jobsøgning og uddannelse. I både CRA og case management-gruppen var der signifikant reduktion i misbruget uden gruppeforskel.

I Slesnick & Erdem, 2012 har den samme rådgiver stået for case management og CRA til behandling af hjemløse mødre for at sikre et ensrettet og fuldt integreret forløb. Forfatterne fremhæver, at der i den første måned blev udført mere case management end CRA-behandling, men at intensiteten af CRA efterfølgende steg. Forfatterne mener, at mødrenes sociale situation først skulle stabiliseres, før de havde ro til, at den terapeutiske del af CRA kunne initieres.

Det er ikke entydigt, i hvilken grad case management som tillæg til CRA-interventioner er afgørende i forhold til misbrugsreduktion blandt de hjemløse. I forhold til patientens generelle livssituation, giver det mening at inkludere case management i en helhedsorienteret intervention til patienter med komplekse problemer. Der er muligvis en indirekte misbrugsreducerende effekt, da der skabes mere stabile sociale rammer, hvorefter patienten og terapeuten i højere grad har ro til at fokusere på CRA.

Behandleren

Ovenstående behandlingskomponenter kræver både terapeutiske og socialfaglige kompetencer. Selvom der ikke er evidens for at inkludere Disulfiram-proceduren i interventionen, er det stadig relevant at inddrage sundhedsfaglige kompetencer. Herunder den indledende socialmedicinsk udredning inkl. udredning for somatiske og psykiatriske komorbiditeter, samt en lægelig vurdering af hvorvidt patienter kan støttes i afholdenhedsperioden med andre farmakologiske tiltag. I forbindelse med stofmisbrug har danske patienter ret til lægesamtale om evt. substitutionsbehandling, jf. Autorisationsloven §41.

Slesnick & Erdem, 2012 pointerer, at de valgte én ansvarlig behandler pr. patient, som både udførte case management og misbrugsbehandling. De skriver, at fragmenteret behandling kan være en barriere for hjemløse patienter, og det derfor giver bedre mening med et ensrettet og fuldt integreret forløb frem for flere parallelle forløb. Smith, Meyers & Delaney, 1998 har haft et team med psykologer og en projektsygeplejerske, der har udført forskellige dele af interventionen. Behandlerne i studierne har haft blandet baggrund som familierapeuter, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker og misbrugsbehandlere. I alle tilfælde har behandlerne efteruddannelse i CRA. Et generelt fund i forskningen indenfor misbrugsbehandling er, at alliancen mellem behandler og patient samt terapeutens personlige egenskaber spiller en afgørende rolle for en vellykket misbrugsbehandling.^{7,8} I overensstemmelse med dette var der i studiet af Slesnick et al., 2015 fire forskellige behandlere. Der var signifikant forskel på, hvor mange sessioner behandlerne hver især gennemførte samt deres patienters reduktion i misbrug. Det samme gør sig gældende i Slesnick et. al, 2007.

Intensitet og varighed af interventionen

Som det også fremgår af tabel 7, er der relativ stor variation imellem studierne i forhold til antal sessioner, intensiteten og hyppighed af behandlingen. De fleste af interventionerne forløber dog over 6 mdr. med alt mellem 7 og 50 gennemførte sessioner.^{XIV}

Som et generelt fund på tværs af patientgrupper fremhæves det, at der er fundet signifikant reduktion af misbruget efter CRA-interventioner på ned til 5-8 sessioner.²⁶ Korte interventioner, *brief interventions*, fremhæves generelt som et af de mest evidensbaserede behandlingsmodaliteter indenfor alkoholbehandling, se tabel 4.³³ Det ser dog ud til, at disse korte interventioner primært har effekt blandt patienter med mindre alkoholforbrug og en mere stabil social situation. Patienter i en social ustabil situation kan have gavn af længerevarende, bredere og mere intensive interventioner.⁸

^{XIV} 50 behandlingskontakter inkluderer både CRA og case management. Det højest antal gennemførte CRA-sessioner i studierne er 37, se tabel 7.

8 Diskussion af Sundholm som setting for CRA-interventionen

CRA er udviklet af amerikanske forskere, og de fem kliniske studier af CRA til hjemløse misbrugere er udført i USA. I Danmark er kommunerne i forvejen forpligtet af social- og sundhedslovgivning til at tilbyde indsatser, som indeholder mange af CRA-komponenterne beskrevet i afsnit 7.3. I Københavns Kommune er en del af disse socialt og sundhedsfaglige indsatser placeret på Sundholm.

I praksis er der dog stadig diskrepans imellem problemstillingerne hos hjemløse misbrugende patienter og den hjælp, som de modtager. Der er stor diskrepans imellem andelen af hjemløse med misbrug og andelen i aktiv misbrugsbehandling, hvor de komplekse problemstillinger ofte vanskeliggør, at patienterne forbliver i de behandlingsforløb, der tilbydes.⁴ Tilsvarende er det kun et mindretal af hjemløse, der får koordineret hjælp i form af støttekontaktperson eller en helhedsorienteret plan.³

I Københavns Kommune ligger ansvaret for misbrugsbehandling i Misbrugscentrene. Der findes ikke et opsøgende tilbud om misbrugsbehandling i kommunen. Arbejdsgangen for nuværende er, at andre opsøgende instanser (Hjemløseenheden, SundhedsTeam mm.) kan henvise til Misbrugscentrene. Som beskrevet i afsnit 3.3 er behandling på misbrugscentrene ofte en hæmsko for borgerne, hvor opsøgende, fremskudt, individualiseret og sammenhængende behandling er et stort ønske.⁴ I samme tråd fremhæver flere forfattere bag CRA-interventionerne til hjemløse misbrugere, at den opsøgende tilgang og nemme tilgængelighed af behandlingen på værestederne ser ud til at være essentiel frem for henvisning til en anden enhed.^{34,35,39}

SundhedsTeam kan delvist varetage den farmakologiske del af misbrugsbehandlingen blandt hjemløse, og forskellige institutioner på Sundholm udfører understøttende socialfagligt arbejde indenfor målgruppen. En ensrettet og koordineret indsats mangler dog.

I det følgende vil jeg derfor diskutere, hvordan den opnåede viden om CRA kan implementeres i en dansk kontekst med Sundholm som case setting for pilotprojektet *Misbrugsbehandling med Community Reinforcement Approach*. Diskussionen er baseret på min indledende karakteristik af Sundholm, mit litteraturstudie samt min kliniske erfaring fra mit forskningsophold. Desuden har jeg inkluderet fundene fra danske rapporter med anbefalinger om, hvilke aspekter man bør indtænke i misbrugsbehandling til socialt udsatte patienter.

Behandlingskomponenterne i CRA kræver både sundhedsfaglige, psykoterapeutiske, socialfaglige og beskæftigelsesfremmende kompetencer. Et vigtigt aspekt i designet af interventionen er derfor, hvordan man både sikrer tværfaglige kompetencer i behandlingen og samtidig et ensrettet og overskueligt forløb for patienten.⁶

Med udgangspunkt i de eksisterende institutioner på Sundholm beskrevet i afsnit 4.1, kan CRA-behandlingen varetages af et tværfagligt team bestående af en sygeplejerske fra SundhedsTeam som tovholder på projektet, en aktivitetsmedarbejder fra et af Aktivitetscenterets værksteder og en socialarbejder fra Hjemløseenheden.

I denne model har en sygeplejerske fra SundhedsTeam ansvaret for den indledende vurdering og behandlingsplan, herunder involvering af SundhedsTeams læger i forbindelse med den indledende lægefaglige udredning og evt. farmakologisk behandling i afholdenhedsperioden eller substitutionsbehandling. Adfærds- og kompetencetræningen kan også foretages af en sygeplejerske, der er

efteruddannet indenfor kognitiv adfærdsterapi eller CRA-metoden. En ændring i forhold til sygeplejerskernes nuværende arbejdsdag vil være et øget fokus på disse træningssessioner.

De sociale, fritids- og beskæftigelsesfremmende komponenter i form af engagement i misbrugsfrie fritidsaktiviteter, tilknytning til nye sociale netværk samt jobtræning kan varetages af en medarbejder i Aktivitetscenteret, hvor patienten bliver tilknyttet. Borgerne er typisk knyttet til ét værksted, og den værkstedsansvarlige medarbejder kan derfor fungere som ansvarlig for denne del af interventionen.

Aktivitetscenteret har allerede flere projekter, der skaber bro til det omkringliggende samfund og potentielle nye sociale netværk. Herunder samarbejde med lokale virksomheder om praktikforløb, et samarbejde med Sjællandsgadebadet, hvor brugerne gratis men på samme vilkår som alle andre borgere, kan benytte sig af kurbadet. Et andet tiltag er Byhaven på Sundholm, en lokal haveforening hvor medlemmerne sammen med brugerne i Aktivitetscenteret har ansvaret for at holde haven. Aktivitetscenteret har allerede kontakt til Jobcenteret, som står for den jobrådgivende funktion blandt ledige borgere.

Aktivitetscenteret har dog kun åbent i dagtimerne, og i forhold til Aktivitetscenterets nuværende tilbud bør der indtænkes flere misbrugsfrie fritidsorienterede tilbud herunder etablering af en social klub.

Det sidste teammedlem bør være en socialfaglig medarbejder fra Hjemløseenheden med ansvaret for case management og genhusning. Der bør yderligere være et fokus på at sikre andre basale behov, f.eks. hjælp til at søge økonomisk understøttelse.

Koordineringen imellem disse tre medarbejdere ansat i tre forskellige institutioner er grundlæggende for en sammenhængende og ensrettet indsats. For nuværende kan institutionerne henvise til hinanden, men der ligger ikke en formaliseret sammenhængende indsats. Det er varierende hvilken af de tre institutioner, der møder borgeren først. Der bør derfor ligge en klar inklusionsprocedure, når en hjemløs borger med misbrugsproblematikker henvender sig. Foruden Hjemløseenheden, Aktivitetscenteret og SundhedsTeam kunne andre relevante henvisende instanser være Misbrugscentrene, sygeplejeklinikken på Sundholm og Herbergscentret.

En model kan være, at når en patient henvender sig til en af ovenstående instanser, bliver patienten sat i kontakt med den koordineringsansvarlige sygeplejerske fra SundhedsTeam. Sygeplejersken har ansvar for et indledende og opsøgende møde med patienten. Efter den indledende vurdering af patientens problemstillinger og motivationsfaktorer, er det sygeplejerskens opgave at samle et team med én relevant medarbejder fra Aktivitetscenteret ud fra patientens faglige motivationsfaktorer samt én case manager fra Hjemløseenheden.

Dette kræver en intern arbejdsdag i hver af de tre institutioner, hvor det er klart hvilke medarbejdere, der skal deltage i projektet, hvordan denne deltagelse kan indpasses i nuværende arbejdsdage og hvordan sygeplejersken kontakter medarbejderne.

Næste skridt er et tværfagligt møde mellem sygeplejerske, aktivitetsmedarbejder, case manager og patient. Her lægges sammen en samlet behandlingsplan, hvor behandlingsmål aftales og arbejdsopgaver for hver af de tre medarbejdere klarlægges. Igennem behandlingsforløbet bør der løbende holdes teammøder sammen med patienten for at følge udviklingen samt revurdere planen og patientens mål. Disse tværfaglige møder vil sikre ensretning i behandlingen samt overskueliggøre forløbet for

patienten ved at reducere antallet af møder. Der bør også være fokus på at ensrette den motivationsfremmende tilgang blandt teammedlemmer. Møderne bør så vidt muligt foregå opsøgende f.eks. på herberget, i Aktivitetscenteret, sygeplejeklinikken, eller hvor patienten i forvejen har sin daglige gang.

9 Diskussion

9.1 DISKUSSION AF METODEVALG

I det følgende vil jeg diskutere mit metodevalg med udgangspunkt i relevansen af en behovsanalyse ved implementering af komplekse interventioner.

Da jeg startede mit forskningsophold i februar 2020, var rationalet bag interventionsprojektet *Misbrugsbehandling med Community Reinforcement Approach* baseret på følgende observationer:

- 1) Langt størstedelen af de hjemløse brugere på Sundholm har et aktivt misbrug
- 2) Meget få er i misbrugsbehandling
- 2) Brugere har foruden misbruget komplekse sociale og medicinske problemstillinger, og misbruget er ofte en komplicerende faktor for at afhjælpe de andre problemstillinger
- 3) Man kan se en tendens til misbrugsreduktion blandt Aktivitetscenterets brugere
- 4) Trods de mange tilbud på Sundholm findes der ikke et organiseret tværinstitutionelt samarbejde med fokus på misbrugsreduktion

Hvordan en sådan intervention skulle implementeres stod derimod ikke klart, men CRA-metoden så lovende ud, både i forhold til de indsatser der allerede var på stedet og Sundhedsstyrelsens retningslinjer.¹⁰ Der manglede dog en systematisk undersøgelse af, hvorvidt metoden faktisk har effekt hos målgruppen, hvilke komponenter i den komplekse intervention der var særligt relevante, og hvordan man kan implementere den i en danske kontekst, her med Sundholm som setting.

Formålet med dette speciale har været at undersøge disse spørgsmål. Som beskrevet i metodeafsnittet er der tale om en kompleks intervention, og når der er flere forhold og aktører involveret, bør man gå systematisk frem for at øge chancen for, at interventionen bliver succesfuld.²⁷ Derfor har jeg valgt at tage metodisk afsæt i interventionsforskningens systematiske og empiriske tilgang til udvikling af sundhedsfaglige interventioner. Interventionsforskningen deler udviklingsprocessen op i flere faser, den såkaldte *interventionscyklus*. Den første fase er en behovsanalyse, der skal afklare, om der er et reelt behov for interventionen. Dette er essentielt, da karakteristikkene af problemstillingen ofte er farvet af personlige, professionelle eller ideologiske interesser.²⁷

Som en del af behovsafklaringen har jeg valgt at karakterisere målgruppen og problemstillingen ud fra relevant faglitteratur og udvalgte nationale rapporter. Inklusionen af dette materiale er ikke baseret på en systematisk søgning, og skal derfor ikke ses som en udtømmende beskrivelse af den danske forskning indenfor misbrugsbehandling blandt socialt sårbare, da dette ville have krævet et studie for sig. Materialet skal derimod ses som et vigtigt bidrag til en nuanceret forståelse af problemstillingen og konteksten for CRA-interventionen.

I behovsafklaringen ville en yderligere indsamling af kvalitative data være relevant, f.eks. kvalitative semistrukturerede interviews med brugere på Sundholm om deres egne behov for en intervention og perspektiv på misbrug. Tilsvarende interviews med social- og sundhedsfagligt personale

ville være relevant for at få indblik i deres opfattelse af udfordringer og behov for forandring. Grundet COVID-19 samt tidsmæssige begrænsninger har det ikke været muligt at udføre i dette studie, men kan med fordel undersøge i et andet.

Det andet vigtige element i en behovsanalyse er et systematisk litteraturstudie, som skal identificere evidensen bag tidligere lignende interventioner og dermed sikre fagligt belæg for at gå videre med den pågældende intervention.²⁷ Litteraturstudiet bidrager også med viden om mulige løsningsmodeller, erfaringer og effekt af tidligere interventioner. Mit hovedfokus i dette studie har været på denne del af behovsanalysen.

Ved behovsanalysen er det afgørende at have fokus på konteksten for interventionen.²⁷ Jeg har derfor valgt at fokusere på to aspekter i specialet. Først et systematisk litteraturstudie af evidensen bag CRA samt et overblik over kliniske studier og en syntese af evidensen bag CRA-behandlingen blandt hjemløse patienter ud fra internationalt publicerede artikler.

Den anden del af specialet har fokuseret på CRA blandt hjemløse i en dansk ramme. Denne del inkluderer den indledende beskrivelse af målgruppen og problemstillingen i en dansk kontekst og afslutningsvis en diskussion af, hvordan den opnåede viden om CRA til hjemløse kan implementeres i en dansk kontekst med Sundholm som case setting. Denne diskussion kan ses som et udkast til en forandringsteori, interventionscyklussens næste step, der har til formål at synliggøre, hvad der skal ændres for at opnå den ønskede effekt, og hvorvidt det er realistisk at gå videre med interventionen.²⁷

9.2 DISKUSSION AF LITTERATUREN

I det følgende afsnit diskuteres kvaliteten af den inkluderede litteratur og dens begrænsninger.

De fem inkluderede studier er alle kliniske kontrollerede forsøg med et varierende antal af deltagere; Slesnick & Erdem, 2012 er et pilotstudie med en begrænset studiepopulation på 15 deltagere, mens de fire andre studier har mellem 106-256 deltagere, se tabel 5. To af studierne har ikke haft en kontrolgruppe.^{6,34} Slesnick et al., 2007 og Smith, Meyers & Delaney, 1998 har haft en kontrolgruppe, men denne kontrolgruppe har ikke modtaget anden misbrugsbehandling. I disse to studier ses der signifikant gruppeforskel i misbrugsreduktionen til fordel for CRA. Slesnick et al., 2015 har som det eneste studie undersøgt effekten af CRA mod to andre veldefinerede misbrugsbehandlinger. Her ses der et generelt fald i misbruget men ingen signifikant gruppeforskel. De tre kontrollerede studier er *open label*, men interventionernes design vanskeliggør også en blindingsprocedure.

Grundet disse metodiske begrænsninger i studierne kan det ikke siges klart, om det specifikt er CRA-interventionen, der har effekt på misbrugsreduktionen, eller i hvor høj grad det er effekten af intensiveret indsat vi ser. Der mangler flere studier af CRA sammenlignet med andre behandlingsmodaliteter til hjemløse misbrugere. Studierne anvender desuden forskellige mål for misbrugsreduktion samt psykosociale faktorer, hvilket vanskeliggør sammenligningen af effekten af de forskellige studier.

De fem studier er alle publiceret i USA, hvilket skriver sig ind i en generel tendens i forskningen indenfor misbrugsbehandling.³³ Slesnick et al. står bag tre af studierne, og i ét af disse studier er R. Meyers desuden medforfatter. Meyers er en del af den oprindelige forskergruppe indenfor CRA, der står bag en stor del af reviewlitteraturen omkring CRA, herunder en mange reviews af eget

materiale. Denne relativt lukkede forskningscirkel omkring CRA fremhæves også i flere eksterne reviews.^{29,30}

Der er altså en udfordring med den geografiske generaliserbarhed af CRA's effekt blandt hjemløse både af hensyn til den snævre forskergruppe, geografiske begrænsning og meget begrænsede antal studier. Dette understreger behovet for, at et dansk interventionsstudie kan bidrage til at undersøge *multiside*-effekten af CRA blandt hjemløse, og dermed undersøge om de amerikanske fund kan overføres til en setting i et skandinavisk velfærdssystem, der i høj grad afskiller sig på det social- og sundhedspolitiske område.

Misbrugsreduktionen efter CRA-behandling ses dog på tværs af køn, etnicitet, alder og subgrupper både indenfor hjemløsepopulationen og i den generelle litteratur omkring CRA²⁶, hvilket omvendt understøtter den metodiske generaliserbarhed.

Hjemløse patienter fremhæves som en svær målgruppe at fastholde i misbrugsbehandling.^{35,36} De kliniske studier har haft followup rater mellem 75 og 84 %.^{XV} Der har overordnet set ikke været forskel i demografiske faktorer eller baselineværdier for misbrug og psykosociale faktorer imellem *intention to treat*-gruppen og *followup*-gruppen. Det eneste fund er i Slesnick et al., 2007 hvor *followup*-gruppen havde en signifikant større hashforbrug men signifikant mindre alkoholforbrug. Dette peger i retning af, at blandt de unge hjemløse er alkoholafhængige sværere at fastholde i behandling end hashafhængige. Ellers er der ingen indikatorer på, at visse subgrupper i hjemløsepopulationen er svære at holde i behandlingen. *Loss-to-followup*-raterne på 16-25 % kan dog medføre en selektionsbias i resultaterne af CRA's effekt.

Studierne har haft followup-perioder mellem 6 og 12 mdr. Hos Smith, Meyers & Delaney, 1998 og Slesnick & Erdem, 2012 ses en tendens til faldende effekt af misbrugsreduktionen over tid. Slesnick et al., 2007 og Morse et al., 2017 havde kun én followup-periode efter 6 mdr., og Slesnick et al., 2015 har ikke angivet, om der er forskel imellem followup målingerne. Evidensen for langtidseffekten af CRA i forhold til misbrugsreduktion er altså uklar, både blandt hjemløse og generelt på tværs af patientgrupper.^{29,30,7} Denne reduktion i effekten over tid, er en generel udfordring indenfor misbrugsbehandling.²⁶

Metodiske svagheder i forskningen indenfor misbrugsbehandling er en generel problemstilling, hvor mange af studierne er af dårlig kvalitet, er karakteriseret af en lille studiepopulation, ringe protokolbeskrivelser og hvor det er svært at skelne og lave direkte sammenligninger imellem studierne.^{31,33}

9.3 SPECIALTETS BEGRÆNSNINGER

Tre af de kliniske studier har angivet psykose eller anden svær psykisk sygdom som eksklusionskriterie.^{6,34,36} 38 % af den danske hjemløsepopulation er dobbeltdiagnosticeret med både misbrug og psykisk sygdom dog uden en nærmere specificering af, hvorvidt der er tale om svær psykiatrisk sygdom.³ Morse et al., 2017 har valgt et design, hvor de delte studiepopulationen i to; patienter med svær psykiatrisk sygdom blev behandlet med ACT/IDDT, mens patienter med mild eller ingen psykisk sygdom blev behandlet med CRA. Begge de to tilgange er intensive og fællesskabsbaserede

^{XV} Pilotstudiet af Slesnick et Erdem havde 15 deltagere, som alle blev fulgt igennem hele studiet.

tilgange med en del overlappende indhold. Der var grundlæggende flere positive ændringer hos CRA-gruppen end hos ACT/IDDT-gruppen. Studiet må ses som to parallelle understudier, da man ikke direkte kan sammenligne to forskellige interventioner i to forskellige patientgrupper. Dog kan det være en indikator for, at det er en større udfordring at sikre effektiv misbrugsbehandling blandt dobbeltdiagnosticerede hjemløse patienter. Dette studie er begrænset i forhold til at vurdere CRA's effekt i denne relativt store subgruppe af patienter.

I analysen har jeg taget udgangspunkt i de behandlingskomponenter, der er angivet i CRA-protokollen, og beskrevet evidensen bag dem ud fra de inkluderede kliniske studier og reviewlitteraturen. Evidensen bag disse behandlingskomponenter er muligvis undersøgt i videnskabelige studier, hvis man havde søgt systematisk efter dem enkeltvis. Beskrivelsen af disse komponenter skal ses i lyset af deres effekt som del af CRA-behandlingen, og ikke en udtømmende gennemgang af evidensen bag behandlingsformer som f.eks. case management og motivationsfremmende terapi.

Mit studie har haft fokus på effekten af CRA blandt hjemløse voksne, da denne aldersgruppe er mest repræsentativ for målgruppen på Sundholm. Jeg har derfor ekskluderet studier af A-CRA og studiepopulationer udelukkende bestående af mindreårige hjemløse. Dette er lidt en arbitrær grænse, da to af mine studier inkluderer både mindreårig og unge voksne (14-22 år). Jeg har valgt at inkludere disse studier, da jeg på den ene side gerne ville have et overblik over generaliserbarheden af CRA-metoden blandt patienter i hjemløshed, men samtidig ikke fandt det relevant at undersøge metoden blandt mindreårige, da der blot er registreret 13 hjemløse børn under 18 år i Danmark.^{XVI,3} Københavns Kommune har særlige herberger og tilbud til unge hjemløse, og det ville være relevant at udvide dette litteraturstudie med en søgning, der inkluderede A-CRA eller de mindreårige hjemløse, hvis fundene skal overføres til interventioner rettet mod unge hjemløse.

9.4 ETISKE OVERVEJELSER

Dette afsnit omhandler mine etiske overvejelser forbundet med interventionen *Misbrugsbehandling med Community Reinforcement Approach*.

Målgruppen i dette studie er defineret som *hjemløse voksne med et stof- eller alkoholmisbrug*. En definition der er nødvendig for at kunne afgrænse målgruppen og identificere de problemstillinger, som interventionen skal forsøge at afhjælpe. Samtidig er det vigtigt at have i mente, at denne definition dækker over en heterogen patientflok, som hver især har forskellige problemstillinger og ønsker og deraf retten til at blive mødt som individer frem for "hjemløse misbrugere".

Når man tilrettelægger en sundhedsfaglig intervention rettet mod socialt udsatte patienter, herunder hjemløse, er det vigtigt at overveje hvad målet med interventionen er. Rådet for Socialt Udsatte skriver således: "*At være socialt udsat vil altså sige at være udsat for samfundets stigmatisering, diskrimination, uforståenhed og i visse tilfælde foragt. Dvs. man lever et liv, som gennemsnittet ikke forstår, og som ikke hører ind under gennemsnittets karakteristik af et godt liv.*"⁵

Ovenstående citat er værd at holde sig for øje, og man må gøre sig klart, om det er det omgivende samfunds mål (*det "ordentlige" gode liv*), behandlerens mål (*det sunde liv*) eller patientens personlige mål, som der arbejdes hen mod.

^{XVI} Dog formentlig med et markant mørketal bag, *Benjaminsen, 2019*

I dette litteraturstudie har jeg fokuseret på misbrugsreduktion som det primære effektmål. Dette er selvfølgelig essentielt, når vi taler om misbrugsbehandling og bør også være det primære effektmål i interventionen. Her kan man diskutere, om misbrugsreduktion eller fuld afholdenhed bør være målet; hvad er realistisk, hvad er vigtigst ud fra et skadesreducerende perspektiv og hvad ønsker patienten selv? I forhold til patienternes egne ønsker og behov, er det relevant også at måle på psykosociale effektmål, herunder patientens trivsel.

I CRA inddrages beskæftigelse som en komponent i behandlingen. Her er det vigtigt at gøre sig klart, om formålet er at beskæftigelsen er et social- og sundhedsfagligt virkemiddel for at mindske misbruget, eller om det er et politisk mål at opkvalificere og reintegrere patienten på arbejdsmarkedet. I så fald bør der også skelnes skarpt mellem krav om aktivering og frivillig deltagelse af hensyn til patienten autonomi.

10 Perspektivering

I dette afsnit vil jeg perspektivere til, hvordan specialets fund fremadrettet kan have implikationer for både forskning og praksis.

10.1 IMPLIKATION I PRAKSIS

Ansvar for misbrugsbehandling i Københavns Kommune

Som beskrevet i det indledende afsnit har misbrugscentrene i Københavns Kommune ansvaret for misbrugsbehandlingen. Dette speciale indikerer dog et behov for en mere opsøgende og tilgængelig behandling til hjemløse borgere, hvilket ikke tilbydes af kommunen i skrivende stund. Social- og Sundhedsstyrelsen skriver som målsætning, at det er vigtigt ikke at skabe parallelsystemer men i stedet etablere særlige indsatser, som sikrer at socialt udsatte borgere får adgang til de etablerede behandlingssystemer.⁴⁰ SundhedsTeam og Hjemløseenheden laver opsøgende gadeplanarbejde specifikt rettet mod denne målgruppe, et særtilbud der i sidste ende har til formål at hjælpe patienterne ind i mere etablerede rammer. Med dette udgangspunkt kan man overveje, om ansvaret for misbrugsbehandling af hjemløse og socialt udsatte i højere grad skal varetages af kommunale gadeplansteams- og indsatser, som forandringsteorien i dette speciale lægger op til. Et andet alternativ er en opsøgende enhed fra Misbrugscenteret som samarbejdspartner i interventionen.

Housing First-tilgangen

Den officielle strategi indenfor hjemløseområdet i Danmark er *Housing First*.

”Housing First tager udgangspunkt i, at borgeren får en bolig som det første. En stabil boligsituation er forudsætningen for at stabilisere og forbedre fx psykisk sygdom, misbrug og det sociale netværk.”⁴¹

En beskrivelse af *Housing First*-tilgangen er et socialfagligt studie for sig og er derfor ikke gennemgået yderligere i dette speciale. Bolig som en vigtig social stabiliserende faktor skal selvfølgelig tænkes ind i en helhedsorienteret indsats blandt hjemløse. Bolig er også involveret i to af CRA-studierne til hjemløse,^{6,36} og de resterende studier har inkluderet hjælp til at finde bolig i case management-elementet. Modellen for misbrugsbehandling med CRA på Sundholm skal derfor ikke ses i kontrast til *Housing First*-tilgangen men kan ses som en del af den indledende indsats, når systemet første gang møder patienten. En vigtig pointe er at faste behandlingsstrategier med en

manualbaseret tilgang til, hvilken rækkefølge patienterne skal have tilbud i, kan forhindre at møde borgerne, der hvor de er.⁴ Her kan tilgængelig misbrugsbehandling som en del af et midlertidigt aktivitetsforløb eller botilbud på et herberg, være et stabiliserende skridt på vejen mod en mere længelevende løsning inkl. bolig. Dette aspekt er også interessant i forhold til eventuelle forbedringer og langvarig effekt af CRA, hvis denne intervention har en naturlig overgang til *Housing First*-strategien. I forandringsteorien er dette allerede i spil ved at involvere Hjemløseenheden som en del af interventionen.

10.2 IMPLIKATIONER FOR FORSKNING

Studiets mål er at give et overblik over den eksisterende litteratur og viden på området som et oplæg til pilotprojektet *Misbrugsbehandling med Community Reinforcement Approach*. Derfor har det været relevant at identificere hvilke behandlingskomponenter der bør tænkes ind i interventionen, og hvilke komponenter, der har en uklar effekt i patientgruppen og derfor med fordel kan testes i pilotprojektet for at bidrage med yderligere viden på området. Af disse komponenter kan to nævnes:

Fritids- og beskæftigelsesfremmende komponenter

Forskning i den misbrugsreducerende effekt af fritids- og beskæftigelsesfremmende komponenter og støtte til socialt netværk er relativt sparsom, men den praktiske erfaring indikerer, at det er vigtige komponenter.

Under mine besøg på forsorghjem med integreret beskæftigelse, var vigtigheden af dette element et gennemgående tema blandt både ansatte og patienter. Det var langt nemmere for patienterne at holde sig ædru i dagtimerne, hvor de var beskæftigede. Så snart det blev weekend, og der ikke var nogle aktiviteter, blev misbruget det nemmeste at ty til; en patient udtalte, at det var så lang tid siden, han havde haft et socialt liv uden alkohol, at han helt havde glemt, hvad man kunne foretage sig i sin fritid, når man ikke var fuld.

I forbindelse med COVID-19 er samme tendens observeret. På Sundholm har herberget været åbnet men uden mulighed for besøg, mange væresteder har været lukket, og Aktivitetscenterets værksteder har kørt med nøddrift. Både personale og beboere rapporterer om, at større ensomhed og den manglende struktur og beskæftigelse har øget misbruget hos mange. Den konkrete effekt af beskæftigelsesfremmende, sociale og fritidsmæssige aktiviteter bør derfor undersøges nærmere.

Farmakologisk behandling i en kompleks misbrugsintervention

Som beskrevet i afsnit 7.3 ser Disulfiram-proceduren ikke ud til at have effekt i CRA-interventionen for hjemløse. Det er dog relevant at undersøge, om andre farmakologiske behandlinger har effekt i interventionen, eventuelt med inspiration fra Disulfiram-procedurens tilgang om at skabe positive associationer i forbindelse med medicinindtaget.

Belønning (positiv forstærkning) er grundlæggende mere effektiv i adfærdsregulering end straf (negativ forstærkning), hvilket også er det teoretiske grundlag CRA hviler på.²⁵ Disulfirams farmakologiske virkning er, at det medfører et svært ubehag ved samtidigt indtag af alkohol. Disulfiram kan ses som en negativ forstærker, og det vil være relevant at undersøge effekten af stoffer, der i højere grad afhjælper alkoholtrangen og dermed kan ses som positive forstærkere. I de danske retningslinjer er Disulfiram ikke længere førstevalget ved farmakologisk behandling af alkoholafhængighed.

Førstevalget er derimod Acamprosat eller alternativt Naltrexon^{XVII}, dog altid kombineret med en psykosocial behandling.¹⁰

Det kunne derfor være relevant at teste effekten af andre farmakologiske behandlinger som en del af CRA-interventionen. Evidensen bag CRA kombineret med metadonbehandling og opioidaftrapning er mere tvivlsom, men det ville tilsvarende være relevant at undersøge, om der er effekt i hjemløsegruppen.

11 Konklusion

Dette speciale har haft til formål at undersøge hvordan kan man organisere et tilbud om misbrugsbehandling til hjemløse med udgangspunkt i CRA i en dansk kontekst, og hvilke behandlingskomponenter der er særligt relevante for en effektiv behandling i denne patientgruppe.

Specialet indgår som en del af behovsanalysen for pilotprojektet *Misbrugsbehandling gennem Community Reinforcement Approach*, et samarbejdsprojekt mellem Aktivitetscenteret Sundholm og SundhedsTeam.

Størstedelen af danske hjemløse har et misbrug, og der er en stor diskrepans imellem misbrugsraten og andelen i behandling. Samtidig er hjemløse en svær målgruppe at fastholde i misbrugsbehandling, og misbruget er typisk ét ud mange andre problemer. Derfor er effektiv misbrugsbehandling vigtig både i forhold til at reducere de direkte sundhedsmæssige følgeskader af misbruget, men også de sociale problemstillinger, der hænger sammen med misbruget. Der findes begrænset viden om, hvordan man konkret løser denne problemstilling, og der er et grundlæggende behov for at forbedre misbrugsbehandlingen blandt hjemløse.

Der er lovende resultater for CRA som behandlingsmetode til socialt udsatte og hjemløse.

I litteraturen beskrives CRA generelt som en evidensbaseret og effektiv behandlingsmetode til reduktion af misbrug og bedring af patienternes psykosociale forhold. Dette ses både indenfor alkohol- og stofmisbrug, dog er effekten bedst beskrevet i forhold til alkoholbehandling. Metoden beskrives også som særligt velegnet til socialt udsatte og hjemløse patienter. Tilgangen i CRA-metoden stemmer overens med danske fund om, at man bør have en individualiseret og helhedsorienteret tilgang til misbrugsbehandling blandt socialt udsatte patienter.⁴

De er identificeret fem kliniske studier af CRA som misbrugsbehandling indenfor forskellige subgrupper af hjemløsepopulationen. Studierne viser alle signifikant reduktion i patienternes misbrug over tid. Studierne har målt på en række forskellige psykosociale mål, også her ses der overordnet en bedring efter interventionen. Studierne er dog af varierende metodisk kvalitet, hvorfor resultaterne må tolkes med et vist forbehold. Der mangler særligt viden om CRA's effekt blandt hjemløse sammenlignet med andre misbrugsbehandlingsmetoder.

CRA kan beskrives som en kompleks intervention, og i litteraturen mangler der et grundlæggende overblik over hvilke komponenter af interventionen, der er afgørende for en succesfuld behandling. Min analyse viser at, at ved behandling med CRA blandt hjemløse misbrugere er det motivationsfremmende element vigtigt, og adfærds- og kompetencetræning ser ud til at have en vis effekt. CRA

^{XVII} Acamprosat: GABA-agonist, som medfører normalisering af den forhøjede glutamataktivitet, der ses ved langvarig alkoholindtagelse. Reducerer alkoholtrangen og lettere angsten. Naltrexon: Opioidantagonister, som kan modvirke alkoholtrangen ved at neutraliserer effekten af signalstoffet endorfin.

ser desuden ud til at kunne engagere patienterne i misbrugsfrie aktiviteter. Herunder er det relevant at overveje, om en misbrugsfri social klub bør inkluderes i interventionen.

Den motivationsfremmende Disulfiram-procedure ser ikke ud til at tilføje behandlingseffekt, dog er det værd at undersøge om proceduren med et andet præparat kunne have effekt. Par- og familierapi er som oftest ikke relevante for målgruppen. Det er uklart om jobrådgivning har effekt, eller om øget beskæftigelse i gruppen kommer sekundært til misbrugsreduktion.

Case management bør inkluderes i interventionen, da der muligvis er tale om en synergieffekt; der skabes en mere stabile sociale rammer, hvorefter patienten i højere grad har ro til at fokusere på misbrugsbehandlingen.

De fem studier af CRA til hjemløse er alle amerikanske, og grundet den store forskel imellem amerikanske og danske social- og sundhedspolitiske forhold, er det vigtigt at indtænkte kontekstforhold ved en implementering af metoden i Danmark.

Når man ser på de nuværende sundheds- og socialfaglige tilbud på Sundholm, findes mange af ovenstående behandlingskomponenter fra CRA-interventionen allerede. Sundholm er derfor en interessant setting at afprøve CRA metoden i.

I forhold til CRA-metoden, mangler der for nuværende på Sundholm en koordineret og sammenhængende indsats på tværs af institutionerne, hvor et fast tværfagligt team omkring patienten i fællesskab bidrager til de sundhedsfaglige, terapeutiske, beskæftigelsesfremmende og sociale komponenter i CRA-interventionen. Herunder sagsbehandling, der arbejder med patientens basale behov i form af bolig, økonomisk sikring mm.

En model for implementering af CRA på Sundholm vil i korte træk indebære et koordineret teamsamarbejde mellem en Sygeplejerske fra SundhedsTeam, en medarbejder fra Aktivitetscenteret og en medarbejder fra Hjemløseenheden. Et hovedfokus i udviklingen af interventionen er at sikre rammerne for dette tværinstitutionelle samarbejde og engagere de relevante medarbejdere i projektet. Herunder sikre en ensrettet motivationsfremmende tilgang blandt medarbejderne. Af konkrete nye tiltag er det relevant at sikre opkvalificering af medarbejderne, så de er rustede til at udfører relevant adfærds- og kompetencetræning med patienterne. Et andet tiltag er udvikling af flere misbrugsfrie fritidsorienterede tilbud herunder etablering af en social klub.

Resultaterne af et pilotforsøg på Sundholm vil kunne bidrage til relevant viden om, hvorvidt CRA har effekt blandt hjemløse misbrugere i en dansk kontekst og bør udbredes nationalt til socialt udsatte misbrugere.

12 Litteraturliste

1. Alkoholstatistik 2015. Nationale Data: Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015.
2. Skøn over antallet af stofbrugere med et højrisikoforbrug: Sundhedsstyrelsen; 2019.
3. Benjaminsen L. Hjemløshed i Danmark 2019 – National kortlægning: VIVE – Viden til Velfærd, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019.
4. Andersen D, Holtet MB, Weisbjerg L, Eriksen LL. Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter For Velfærd; 2016.
5. Thiesen H. Socialt udsatte og rehabilitering. In: Maribo T, Nielsen CV, eds. Rehabilitering - en grundbog: Gads Forlag; 2016.
6. Slesnick N, Erdem G. Intervention for homeless, substance abusing mothers: findings from a non-randomized pilot. Behav Med 2012;38:36-48.
7. De Giorgi R, Cassar C, D'Alò GL, et al. Psychosocial interventions in stimulant use disorders: A systematic review and qualitative synthesis of randomized controlled trials. Rivista di Psichiatria 2018;53:233-55.
8. Finney JW, Moos RH. Psychosocial treatments for alcohol use disorders. In: Nathan PE, Gorman JM, eds. A guide to treatments that work, 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2002:157-68.
9. Miller WR, Meyers RJ, Hiller-Sturmhofel S. The community-reinforcement approach. Alcohol Res Health 1999;23:116-21.
10. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed 2018.
11. Definition af hjemløshed. at [https://socialstyrelsen.dk/voksne/hjemloshed/om-hjemloshed/definition-af-hjemloshed.](https://socialstyrelsen.dk/voksne/hjemloshed/om-hjemloshed/definition-af-hjemloshed))
12. Lindhardt S, Nyboe J. Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug: Socialstyrelsen; 2013.
13. Brandt P, Thiesen H. Hjemløse og hjemløshed. In: Modvig J, Jensen BT, Nielsen CV, eds. Klinisk socialmedicin og rehabilitering. 2. udgave ed: FADL's Forlag; 2016.
14. Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge: Sundhedsstyrelsen; 2018.
15. Helle Petersen, socialoverlæge Københavns Kommune. Oplæg i Misbrug og afhængighed. 2019.
16. Becker U, Nielsen AS. Alkoholmisbrug og -afhængighed. In: Modvig J, Jensen BT, Nielsen CV, eds. Klinisk socialmedicin og rehabilitering. 2. udgave ed: FADL's Forlag 2016.
17. Ege P. Stofmisbrug og -afhængighed. In: Modvig J, Jensen BT, Nielsen CV, eds. Klinisk socialmedicin og rehabilitering. 2. udgave ed: FADL's Forlag; 2016.
18. Socialudvalget. Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven), bilag 582011.
19. Sundheds- og Ældreudvalget . Arbejdsgruppen om kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet: Sundheds- og ældreministeriet; 2015.
20. Olsen ABK. Over Ladegaarden til Sundholm. 2 ed: Projekt UDENFOR; 1999.
21. Hjemløsetilbud i København. at [https://herbergscentret.kk.dk/so/node/2371.](https://herbergscentret.kk.dk/so/node/2371))
22. Aktivitetscentret Sundholm. Københavns Kommune. (Accessed 06-06-2020, at [https://acsu.kk.dk/.](https://acsu.kk.dk/))
23. Hunt GM, Azrin NH. A community-reinforcement approach to alcoholism. Behav Res Ther 1973;11:91-104.

24. Meyers RJ, Smith JE. *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*: The Guilford Press; 1995.
25. Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE. The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Res Health* 2011;33:380-8.
26. Meyers RJ, Miller WR. *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge University Press 2001.
27. Villadsen SF, Christensen U, Jervelund SS. Interventionsforskning i en folkesundhedskontekst. In: Bornø Jensen AM, Vallgård S, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 5. ed: Munksgaard; 2019.
28. Booth A, Sutton A, Papainannou D. *Systematic approach to a succesful literature review*. 2 ed: Sage; 2016.
29. Kadden RM. Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities. *Addict Behav* 2001;26:489-507.
30. Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend* 2004;74:1-13.
31. Xiang X. A review of interventions for substance use among homeless youth. *Research on Social Work Practice* 2013;23:34-45.
32. Abbott PJ. A review of the community reinforcement approach in the treatment of opioid dependence. *J Psychoactive Drugs* 2009;41:379-85.
33. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002;97:265-77.
34. Morse GA, York MM, Dell N, Blanco J, Birchmier C. Improving outcomes for homeless people with alcohol disorders: a multi-program community-based approach. *J Ment Health* 2017:1-8.
35. Slesnick N, Prestopnik JL, Meyers RJ, Glassman M. Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addict Behav* 2007;32:1237-51.
36. Smith JE, Meyers RJ, Delaney HD. The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:541-8.
37. Intensive Case Management (ICM). *Socialstyrrelsen*, 2016. at <https://vidensportal.dk/temaer/unge-og-voksne-hjemlose/indsatser/intensive-case-management-icm>.)
38. Zhang J, Slesnick N. Substance use and social stability of homeless youth: A comparison of three interventions. *Psychol Addict Behav* 2018;32:873-84.
39. Slesnick N, Guo X, Brakenhoff B, Bantchevska D. A comparison of three interventions for homeless youth evidencing substance use disorders: results of a randomized clinical trial. *J Subst Abuse Treat* 2015;54:1-13.
40. *Socialstyrrelsen. Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere: Sundhedsstyrelsen og Socialstyrrelsen*; 2013.
41. *Housing First*. (Accessed 03-06-2020, at <https://socialstyrelsen.dk/voksne/hjemloshed/housing-first>.)