

Evidensbaseret behandling af psykisk syge hjemløse

Reservelæge Maja Larsen & professor Merete Nordentoft

RESUME

En systematisk gennemgang af litteraturen viser, at det er muligt at hjælpe psykisk syge hjemløse ud af hjemløsheden. Der er evidens for effekt af at tilbyde en bolig og at tilbyde intensiv støtte i form af opsøgende psykoseteam. Opsøgende psykoseteam giver, ud over reduktion af hjemløshed, også til en vis grad en reduktion af psykiatriske symptomer og en forøgelse af livskvalitet. Der er overbevisende evidens for, at tilbud om bolig giver mindre hjemløshed, men usikkerhed om hvorvidt individuel lejlighed eller bofællesskab er den bedste løsning.

Hjemløshed findes ikke kun i verdens fattigste lande, men også i de rigeste, heriblandt i Danmark. En optælling fra 2007 viser, at der er 5.253 hjemløse i Danmark. Omkring en tredjedel af de hjemløse i Danmark har psykiske sygdomme, men kun lidt over halvdelen af de hjemløse psykisk syge modtager psykiatrisk behandling [1].

To tredjedele misbruger alkohol og/eller stoffer, og undersøgelser tyder på, at misbrug forringer mulighederne for at komme ud af hjemløsheden [2, 3].

At være hjemløs er forbundet med mange sundhedsmæssige problemer [4], og dødeligheden i denne gruppe er fire gange større end i baggrundsbefolkningen [5]. Det er derfor vigtigt, at der gøres noget for at forbedre de hjemløses forhold.

Under afinstitutionaliseringen af psykiatrien i 1970'erne og 1980'erne blev over 60% af sengepladserne på de psykiatriske afdelinger i Danmark nedlagt. Meningen var, at behandlingen skulle overtages af distriktspsykiatriske centre, men i samme periode steg antallet af psykisk syge hjemløse [6]. Det kan se ud som om, en gruppe af psykisk syge ikke opnår kontakt til de nuværende behandlingstilbud og derfor ender som hjemløse.

Der er inden for de seneste 20 år gennemført randomiserede, kontrollerede undersøgelser omkring behandlingsformer for hjemløse, som er psykisk syge. I denne artikel har vi samlet disse undersøgelser og præsenteret dem i oversigtsform. De behandlingstiltag, der primært har været fokus på, er opsøgende psykoseteam og tilbud om bolig – enten i form af bofællesskab eller individuelle lejligheder.

Der er flere forskellige parametre, man kan bruge til at vurdere effekten af behandlingen af psykisk syge hjemløse. I denne artikel er effekten af be-

handlingen primært målt ved nedsættelse af hjemløsheden og sekundært ved reduktion af de psykiatriske symptomer, forøgelse af livskvalitet og formindskelse af misbrug.

MATERIALER OG METODE

Der blev udført en systematisk litteratursøgning i PubMed i december 2008 med ordene *Homeless* og *Mental Disorder*, og under *Limits* blev søgningen begrænset til RCT. Dette gav 114 søgesvar, hvoraf relevante abstrakt og artikler blev gennemgået. Tilsvarende søgninger blev lavet i Psycinfo og Embase, og her blev der fundet endnu 60 artikler. Yderligere artikler blev fundet ved hjælp af litteraturlisterne fra de fremsøgte artikler. Der er aktuelt intet Cochrane-review.

Der identificeredes 22 randomiserede undersøgelser, som opfyldte følgende inklusionskriterier:

1) Deltagerne skulle være hjemløse eller i stor risiko for at blive hjemløse, 2) en stor del (mindst 40%) af deltagerne skulle være psykisk syge (eksklusive misbrugsdiagnoser), og 3) der skulle være målt på hjemløshed som *outcome*.

En oversigt over studierne ses i **Tabel 1**.

Næsten alle artiklerne inkluderede udelukkende psykisk syge. De eneste undtagelser er *Rosenheck et al* [12], *Korr et al* [23], *Shern et al* [13] og *Bradfort et al* [14], som har henholdsvis 49%, 89%, 95% og 98% psykisk syge.

Psykisk sygdom er i de fleste artikler klassificeret efter det amerikanske diagnosesystem; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DMS). Det drejer sig hovedsageligt om skizofreni, men en del patienter har affektive sygdomme.



OVERSIGTSARTIKEL

Bispebjerg Hospital,
Bispebjerg Psykiatrisk
Center Bispebjerg

TABEL 1

Karakteristika for de hjemløse i undersøgelserne.

Studie	Sted	Andel kvinder,%	Andel med anden etniske baggrund,%	Gennemsnitsalder, år	Andel med psykisk sygdom,%	Andel med misbrug,%	Rekruttering af hjemløse
Morse et al 1992 [7]	St. Louis, USA	42	53	34	100	23	Herberg
Morse et al 1997 [8]	St. Louis, USA	42	55	35	100	24	Hospital
Dickey et al 1996 [9]	Boston, USA	30	50	37	100	72	Herberg
McHugo et al 2004 [2]	Washington DC, USA	52	83	40	100	66	Hospital, herberg, drop in-center m.m.
Hulburt et al 1996 [10]	San Diego, USA	33	37	41	100	0	Personale i kontakt med hjemløse
Tsemberis et al 2004 [11]	New York, USA	21	73	41	100	90	Hospital
Rosenheck et al 2003 [12]	Fire byer i USA	2	57	43	49	> 50	Programmer for hjemløse
Shern et al 2000 [13]	New York, USA	24	71	40	95	86	Gaden
Bradfort et al 2005 [14]	North Carolina, USA	32	62	39	98	72	Herberg
Lehman et al 1997 [15]	Baltimore, USA	33	73	37	100	71	Hospital, herberg, personale i kontakt med hjemløse
Goldfinger et al 1999 [3]	Boston, USA	28	41	38	100	44	Herberg
Susser et al 1997 [16]	New York, USA	0	74	60% er under 35 år	100	54 (kun alkohol)	Herberg
Seidman et al 2003 [17]	Boston, USA	-	-	-	100	-	Herberg
Burnam et al 1995 [18]	Los Angeles, USA	16	42	37	100	79	Herberg, personale i kontakt med hjemløse
Marshall et al 1995 [19]	Storbritannien	15	-	59% under 49 år	100	-	Personale i kontakt med hjemløse
Essock et al 2006 [20]	Connecticut, USA	28	73	37	100	100	Casemanagers
Stefanci & Tsemberis 2007 [21]	New York, USA	26	72	-	100	54 (kun alkohol)	Herberg
Lipton et al 1988 [22]	New York, USA	35	-	37	100	0	Hospital
Korr & Joseph 1995 [23]	Chicago, USA	21	57	37	89	34	Hospital
Clarke et al 2000 [24]	Portland, USA	39	18	37	100	33	-
Fletcher et al 2008 [25]	St. Louis, USA	20	71	40	100	100	Hospital, herberg, gaden
Kertesz et al 2007 [26]	Birmingham, USA	27	95	38	100	100	Sundhedscenter for hjemløse

BEHANDLINGSTILTAG

Opsøgende psykoseteam

Opsøgende psykoseteam er den danske oversættelse af det engelske *assertive community treatment* (ACT). Metoden er udviklet af Stein og Test i 1980 og bygger på, at behandlingen varetages af et tværfagligt team, som kan bestå af f.eks. sygeplejersker, psykologer, psykiatere, ergoterapeuter og socialrådgivere. Filosofien bag opsøgende psykoseteam er, at så store dele af patientens behov som muligt skal kunne varetages af teamets medlemmer. Personalet bruger meget tid i patienternes lokalmiljø, og personale-patient-ratioen er lav, omkring 1:10.

Det er vigtigt, at hele teamet er ansvarlig for alle patienterne, og at der ofte holdes tværfaglige behandlingskonferencer. Teamet dækker døgnets 24 timer, således at patienterne altid kan komme i kontakt med et personalemedlem.

Der er god evidens for, at opsøgende psykoseteam som ambulant behandling til patienter med alvorlige psykiske sygdomme har effekt på vigtige parametre [27].

I de undersøgelser, der omhandler opsøgende psykoseteam, har kontrolgruppen oftest fået mindre intensiv casemanagementbehandling. Her er der intet team, og hver casemanager er alene ansvarlig over for sin gruppe af patienter. Personale-patient-ratioen er 1:30 eller mere.

Boligtilbud: bofællesskab eller individuel lejlighed

I psykiatriske bofællesskaber er det samme udbyder, som sørger for behandlingen og boligen. Beboerne har eget værelse, men fælles køkkenfaciliteter. Der er personale til stede i boligen, men bemandingen afhænger af beboernes aktuelle behov og kan variere.

Som modstykke til bofællesskaber har man forsøgt at efterkomme mange hjemløses ønske om en mere normaliseret hverdag med egen lejlighed. Det drejer sig her om almindelige lejebolige, hvor udlejeren ikke har nogen forbindelse til behandlingen. Patienter tilbydes opsøgende psykoseteam eller anden støtte ved siden af, men adgangen til bolig er uafhængig af, om der tages imod behandlingstilbuddet eller ej.

En variant af individuel bolig er tildeling af et såkaldt *section 8 certificate*, som giver indehaveren ret til en bolig mod betaling af en tredjedel af sin samlede indkomst i husleje.

RESULTATER

Ved litteratursøgningen blev der fundet 22 studier, som opfyldte inklusionskriterierne, og de er her opdelt efter, hvilke interventioner de benytter:

Ni har opsøgende psykoseteam alene som intervention (**Tabel 2**), elleve har bolig som intervention (**Tabel 3**), og fire kan ikke klassificeres under en af de ovennævnte grupper [14, 16, 18, 19].

To studier – *Rosenheck et al* [12] og *Hurlburt et al* [10] – undersøger både effekten af opsøgende psykoseteam alene og effekten af bolig i kombination med opsøgende psykoseteam, og indgår således i begge grupper.

Hjemløshed

Ud af 22 studier fandt man i 15 en reduktion af hjemløshed. I fem af disse studier sammenlignedes opsøgende psykoseteam med standardbehandling [6, 7, 13, 15, 25]. Fire, heraf et med 260 deltagere, sammenligner individuel lejlighed plus opsøgende psykoseteam med standardbehandling [11, 21, 23]. To store studier, med henholdsvis 460 og 362 deltagere, sammenligner adgang til *section 8 certificate* med en gruppe uden adgang [12, 10]. To sammenligner bofællesskab med individuel lejlighed [2, 17]. Et lille studie med 49 deltagere sammenligner bofællesskab med standardbehandling [22], mens det sidste studie sammenligner *critical time intervention* med standardbehandling [16]. *Critical time intervention* er ni måneders intensiv støtte i perioden, hvor den hjemløse går fra at have boet på herberg og til at flytte i permanent bolig.

Psykiatriske symptomer

Ud af 12 studier, som har psykiatriske symptomer som effektmål, viser fire studier reduktion af de psykiatriske symptomer [2, 8, 13, 15]. Tre har opsøgende psykoseteam som intervention, og et har bofællesskab som intervention.

Livskvalitet

Ud af otte studier, som har livskvalitet som effektmål,

viser tre studier en forøgelse af livskvaliteten. To studier har opsøgende psykoseteam og et har bofællesskab som intervention. [2, 13, 15].

Misbrug

Otte studier har haft misbrug som effektmål, men ingen har kunne påvise en signifikant effekt.

DISKUSSION

Det er lykkedes i over to tredjedele af studierne at reducere hjemløsheden, hvilket var det primære formål. Det lader til at være vanskeligere at påvirke de psykiatriske symptomer, livskvalitet og misbrug med de benyttede interventioner.

Opsøgende psykoseteam

Fem ud af ni studier viser, at opsøgende psykoseteam har bedre effekt på hjemløshed end standardbehandling har (se Tabel 2). De fem studier, *Morse et al* [7], *Morse et al* [8], *Lehman et al* [15], *Shern et al* [13] og *Fletcher et al* 2008 [25], er alle veludførte og havde en rimelig størrelse med deltagerantal fra 152 til 178.

Rosenheck et al [12], *Hurlburt et al* [10], *Essock et al* [20] og *Clarke et al* 2000 [24] fandt ingen forskel mellem opsøgende psykoseteam og standardbehandling. *Rosenheck et al* og *Hurlburt et al* er begge store studier med henholdsvis 460 og 362 deltagere.

At *Rosenheck et al* og *Hurlburt et al* ingen forskel fandt kan skyldes, at begge studier havde store personale-patient-ratioer på henholdsvis 1:25 og 1:22. Man kan derfor argumentere for, at der ikke reelt var tale om opsøgende psykoseteam, men snarere noget, som nærmer sig almindelig casemanagement, der bliver brugt som standardbehandling i de fleste af de øvrige undersøgelser.

Clarke et al begrundes den manglende effekt af opsøgende psykoseteam med langsom opstart af opsøgende psykoseteam i interventionsgrupperne, dårlig implementering af opsøgende psykoseteam og med, at standardbehandling nærmede sig opsøgende psykoseteam, hvorved forskellen blev udvisket.

Essock et al [20] sammenlignede to former for integreret behandling af psykisk sygdom og misbrug. Den ene med udgangspunkt i opsøgende psykoseteam



FAKTABOKS

Der var 5.253 hjemløse i Danmark i 2007.

Over en tredjedel af de hjemløse er psykisk syge, og over to tredjedele er misbrugere.

Hjemløshed blandt psykisk syge hjemløse kan reduceres ved tilbud om bolig og opsøgende psykoseteam.

TABEL 2

Studier der undersøger effekten af opsøgende psykoseteam som intervention.

Studie	Patienter i alt, n	Intervention/grupper og antal i grupperne	Followupperiode og procent deltagere ved sidste followup	Effekt mål	Effekt	Signifikant resultat på hjemløshed
Morse et al 1992 [7]	178	Opsøgende psykoseteam: 52 Drop in-center: 62 Standard: 64	12 måneder 57	Gennemsnitligt antal dage hjemløs i løbet af den sidste måned (standardafvigelse)	Opsøgende psykoseteam: 2,89 (8,56) Drop in-center: 11,00 (14,13) Standard: 5,77 (11,00)	Ja
Morse et al 1997 [8]	165	Opsøgende psykoseteam med socialarbejder: 55 Opsøgende psykoseteam alene: 55 Standard: 55	18 måneder 82	Gennemsnitligt antal dage i stabil bolig i løbet af den sidste måned (standardafvigelse)	Opsøgende psykoseteam med socialarbejder: 18,98 (13,89) Opsøgende psykoseteam alene: 23,70 (11,42) Standard: 16,02 (14,77)	Ja
Rosenheck et al 2003 [12]	460	Section 8 certificate + opsøgende psykoseteam: 182 Opsøgende psykoseteam: 90 Standard: 188	36 måneder 55	Antal dage i bolig i løbet af de sidste 90 dage	Section 8 certificate + opsøgende psykoseteam: 59,39 Opsøgende psykoseteam: 50,81 Standard: 47,60	Nej
Lehman et al 1997 [15]	152	Opsøgende psykoseteam: 77 Standard: 75	12 måneder 83	Gennemsnitligt antal dage i bolig standardafvigelse	Opsøgende psykoseteam: 210,2 (12,3) Standard: 160,1 (12,5)	Ja
Essock et al 2006 [20]	198	Opsøgende psykoseteam: 99 Standard: 99	36 måneder 90	Gennemsnitligt antal dage i stabil bolig (standardafvigelse)	Opsøgende psykoseteam: 154 (151,9) Standard: 138 (144,8)	Nej
Shern et al 2000 [13]	168	Opsøgende psykoseteam: 91 Standard: 77	24 måneder 69	Gennemsnitlig ændring fra baseline af antal dage på gaden (standardafvigelse)	Opsøgende psykoseteam: 54,93 (36,92) Standard: -28,22 (44,49)	Ja
Hurlburt et al 1996 [10]	362	Section 8 certificate + opsøgende psykoseteam: 90 Section 8 certificate + case management: 91 Opsøgende psykoseteam: 90 Case management: 91	24 måneder 88	Procent af deltagerne som var over 80% af tiden i uafhængig bolig	Section 8 certificate: 57,5 Uden Section 8 certificate: 30,4	Nej
Clarke et al 2000 [24]	163	Opsøgende psykoseteam (ikkebruger): 57 Opsøgende psykoseteam (bruger): 57 Standard: 49	24 måneder 91	Procent som havde episode med hjemløshed	Opsøgende psykoseteam (bruger + ikkebruger): 22 Standard: 18	Nej
Fletcher et al 2008 [25]	191	Integreret opsøgende psykoseteam: 61 Kun opsøgende psykoseteam: 65 Standard: 65	30 måneder 78	Gennemsnitligt antal dage i stabil bolig i løbet af de sidste 30 dage (standardafvigelse)	Integreret opsøgende psykoseteam: 13,55 (13,45) Kun opsøgende psykoseteam: 15,99 (12,49) Standard: 11,81 (14,25)	Ja

team og den anden med udgangspunkt i standard casemanagement. Der blev gennemført en kvalitetsanalyse af det opsøgende psykoseteam, som viste, at behandlingen levede op til standarderne. Derudover var der 90% followup på 36 måneder, og der blev udført *intention to treat*-analyse. Studiet er altså veludført, men alle patienterne havde både misbrug og svær psykisk sygdom. Ingen af undersøgelseerne med opsøgende psykoseteam har fundet effekt på misbrug, og misbrug er i flere undersøgelser vist at øge hjemløsheden [2, 3]. Det er muligt, at der bør inddrages specialiserede interventioner i forhold til misbrug for at opnå effekt på hjemløshed hos denne undergruppe af patienter.

Samlet kan man konkludere, at opsøgende psykoseteam nedsætter hjemløshed mere end standardbehandling.

Boligtilbud: individuel lejlighed eller bofællesskab

Både individuel lejlighed og bofællesskaber viste sig at kunne nedsætte hjemløshed blandt psykisk syge.

Syv studier sammenlignede effekten af tilbud om bolig med standardbehandling, og i alle studierne fandt man, at tilbud om bolig reducerede hjemløsheden. I fire studier sammenlignedes tilbud om forskellige typer af bolig, individuel lejlighed eller bofællesskab (Tabel 3).

To studier viste, at der ingen forskel var mellem



TABEL 3

Studier der undersøger effekten af bolig som intervention.

Studie	Patienter i alt, n	Intervention/grupper og antal i grupperne	Followupperiode og procent deltagere ved sidste followup	Effekt mål	Effekt	Signifikant resultat på hjemløshed
<i>Dickey et al</i> 1996 [9]	118	Individuel lejlighed: 56 Bofællesskab: 62	18 måneder 92	Procent i bolig ved sidste followup	Individuel lejlighed: 83 Bofællesskab: 92	Nej
<i>McHugo et al</i> 2004 [2]	121	Individuel lejlighed: 60 Bofællesskab: 61	18 måneder 84	Gennemsnitligt antal dage i stabil bolig (standardafvigelse)	Individuel lejlighed: 0,68 (0,40) Bofællesskab: 0,85 (0,27)	Ja
<i>Goldfinger et al</i> 1999 [3]	118	Individuel lejlighed: 55 Bofællesskab: 63	18 måneder 93	Procent i bolig ved sidste followup	Individuel lejlighed: 75,6 Bofællesskab: 77,1	Nej
<i>Seidman et al</i> 2003 [17]	112	Individuel lejlighed: 61 Bofællesskab: 51	18 måneder 81	Procent med periode af hjemløshed	Individuel lejlighed: 31% Bofællesskab: 14%	Ja
<i>Tsemberis et al</i> 2004 [11]	206	Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam: 87 Standard: 119	24 måneder 79	Procent tid i stabil bolig	Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam: 83 Standard: 45	Ja
<i>Stefanci & Tsemberis</i> 2007 [21]	260	Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam (trænet personale): 105 Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam (utrænet personale): 104 Standard: 51	20 måneder 91	Procent i bolig ved sidste followup. Ikke præcise tal i artiklen, her estimeret	Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam (trænet personale + utrænet personale): 49 Standard: 39	Ja
<i>Korr & Joseph</i> 1995 [23]	114	Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam: 48 Standard: 47	6 måneder 82	Procent i bolig ved sidste followup	Individuel lejlighed + opsøgende psykoseteam: 75 Standard: 34	Ja
<i>Rosenheck et al</i> 2003 [12]	460	Section 8 certificate + opsøgende psykoseteam: 182 Opsøgende psykoseteam: 90 Standard: 188	36 måneder 53	Antal dage i bolig i løbet af de sidste 90 dage	Section 8 certificate + opsøgende psykoseteam: 59,39 Opsøgende psykoseteam: 50,81 Standard: 47,60	Ja
<i>Hurlburt et al</i> 1996 [10]	362	Section 8 certificate + opsøgende psykoseteam: 90 Section 8 certificate + case management: 91 Opsøgende psykoseteam: 90 Case-management: 91	24 måneder 88	Procent af deltagerne som var over 80% af tiden i uafhængig bolig	Section 8 certificate: 57,5 Uden Section 8 certificate: 30,4	Ja
<i>Lipton et al</i> 1988 [22]	49	Bofællesskab: 26 Standard: 23	12 måneder 76	Procent i bolig ved sidste followup	Bofællesskab: 69 Standard: 30	Ja
<i>Kertesz et al</i> 2007 [26]	138	Bolig som kræver abstinens: 45 Bolig som ikke kræver abstinens: 54 Ingen bolig: 39	12 måneder 71	Procent som var over 45 dage i bolig ud af de sidste 60 dage	Bolig (± abstinens): 40 Ingen bolig: 28	Ja

individuelle lejligheder og bofællesskaber, og to studier viste, at bofællesskab havde størst effekt. Tre af studierne er en del af *The Boston McKinney demonstration project*; *Dickey et al* [9], *Goldfinger et al* [3] og *Seidman et al* [17].

I *Boston McKinney demonstration project* blev deltagerne i begge grupper tilbudt permanent bolig uden krav om behandlingskomplians, og der var et *low demand*-miljø. Alle skulle betale en tredjedel af deres indkomst i husleje, og alle fik tildelt en casemanager. Forskellen mellem grupperne var, at der i bofællesskabet var personale tilstede i boligen, hvilket der ikke var i de individuelle lejligheder. *Dickey et al* og *Goldfinger et al* fandt, at der ingen forskel var på

hjemløshed i de to grupper, hvorimod *Seidman et al* fandt, at bofællesskab resulterede i mindre hjemløshed end individuelle lejligheder.

Det sidste studie, der sammenlignede individuel lejlighed med bofællesskab, er gennemført af *McHugo et al* [2]. Studiet viste, at bofællesskab har bedre effekt på hjemløshed, psykiatriske symptomer og livskvalitet end individuel lejlighed har. Den støttende behandling til beboerne i bofællesskab kaldes case-management, mens behandlingen til de, som boede i individuelle lejligheder, kaldes opsøgende psykoseteam. Reelt var der ikke stor forskel på casemanagement og opsøgende psykoseteam i denne undersøgelse, da de havde samme personale-patient-ratio;

1:15. Et problem ved undersøgelsen var, at det var svært at skaffe individuelle lejligheder, så flere patienter i denne gruppe har ikke haft et boligtilbud. Derfor kan det være svært at tillægge resultatet stor vægt.

Manglen på signifikante resultater ved sammenligning mellem individuelle boliger og bofællesskaber kan skyldes, at de to boligformer begge har god effekt på nedsættelse af hjemløsheden blandt psykisk syge.

Konklusionen er, at tilbud om bolig nedsætter hjemløshed, men at man på baggrund af undersøgelserne i denne artikel ikke finder en overbevisende forskel mellem effekten af individuel lejlighed og bofællesskab.

Low demand-miljø og opfyldelse af basale behov først

Mange forfattere pointerer, at det er vigtigt, at man har et *low demand*-miljø i arbejdet med hjemløse psykisk syge. Der skal ikke stilles ultimative krav om afholdenhed, behandlingskomplians eller om at møde op til aftaler til tiden. Man skal prioritere patientens egen indflydelse højt, og behandlingstilbuddet skal opfattes som relevant af patienten. Der skal primært fokuseres på at løse basale problemer som bolig og mad, og først derefter kan man sætte ind med behandling af psykisk sygdom og misbrug.

Dette opfattes som grundlæggende for behandlingens succes i mange studier [7-9, 11, 13, 21].

Andre oversigtsartikler

Der findes to andre oversigtsartikler, som beskæftiger sig helt eller delvist med samme problemstilling som denne artikel. I en metaanalyse af *Coldwell CM & Bender WS* [28] var effekten af opsøgende psykoseteam for hjemløse med psykiske sygdomme en 37%-reduktion i hjemløshed og en 26%-forbedring i psykiatriske symptomer sammenlignet med standard casemanagement.

I en anden metaanalyse af *Nelson et al* [29] undersøgte effekten af tre forskellige typer af interventioner på psykisk syge hjemløse; bolig i kombination med støtte, opsøgende psykoseteam alene og intensiv casemanagement alene.

Permanent bolig i kombination med støtte resulterede i mindre hjemløshed end standardbehandling med en stor effektstørrelse (Cohens $d = 0,67$). Opsøgende psykoseteam førte til mindre hjemløshed end standardbehandling med en moderat effektstørrelse på 0,47, og intensiv casemanagement resulterede i en effektstørrelse på 0,28. Det stemmer overens med resultaterne af vores undersøgelse, at opsøgende psykoseteam reducerer hjemløshed og også i nogen grad psykiatriske symptomer, og at permanent bolig i kombination med støtte mindsker hjemløshed.

Opsøgende psykoseteam versus bolig

Samlet set ser tilbud om bolig ud til at have en større effekt på reduktion af hjemløshed end opsøgende psykoseteam alene. Alle studier, som har haft tilbud om bolig som intervention, har også haft tilbud om støtte enten i form af opsøgende psykoseteam eller casemanagement. Det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvad effekten ville være af kun at tilbyde en bolig.

Det, at tilbud om bolig ser ud til at være essentielt til at afhjælpe hjemløshed for psykisk syge, tyder på, at det i høj grad handler om et socialt problem og ikke kun et psykiatrisk problem. Det har tidligere været en udbredt holdning, at psykisk syge var hjemløse, fordi de ikke kunne være i en bolig. Den påstand ser ud til ikke at være korrekt på baggrund af resultaterne fra denne artikel. Tværtimod ser det ud til at psykiske syge hjemløse har brug for *både* lettere adgang til billige boliger og psykiatrisk støtte for komme ud af hjemløsheden.

For at forbedre disse menneskers levevilkår er der altså brug for en indsats fra både sundhedssektoren og socialektoren.

Relevans for danske forhold

Undersøgelserne, som indgår i denne artikel, er alle gennemført i USA, undtagen en enkelt, som er gennemført i Storbritannien.

Populationen af hjemløse i USA og Danmark minder om hinanden med hensyn til aldersfordelingen, andelen af misbrugere og andelen af psykisk syge, men i Danmark er der færre, som har anden etnisk baggrund, og der er lidt færre kvinder. Da populationerne i det store hele ligner hinanden, vil resultaterne af amerikanske undersøgelser sandsynligvis også have relevans for danske forhold. Der er dog mange forhold, der ikke er taget højde for, f.eks. opbygningen af det sociale sikkerhedsnet og adgangen til billige boliger. Gennemførelse af randomiserede kontrollerede studier i Danmark ville derfor være relevant.

KONKLUSION

Det er muligt at reducere hjemløshed blandt psykisk syge hjemløse. Dette kan foregå med opsøgende psykoseteam og tilbud om bolig enten i form af individuel lejlighed eller bofællesskab.

Det har vist sig sværere at påvirke de psykiatriske symptomer, men opsøgende psykoseteam ser ud til at have nogen effekt. Bedring af livskvaliteten kunne kun vises i to studier med opsøgende psykoseteam og et studie med bofællesskab som udslagsgivende intervention. Ingen af studierne fandt en overbevisende effekt for reduktion af misbrug.

KORRESPONDANCE: Maja Larsen, Luganovej 4, 1., 2300 København S.

E-mail: majalarsen80@hotmail.com

ANTAGET: 15. marts 2009

FØRST PÅ NETTET: 7. december 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Benjaminsen L, Christensen I. Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2007.
2. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2004;30;969-82.
3. Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatr Serv* 1999;50;674-9.
4. Fazel S, Khosla V, Doll H et al. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western Countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008;5:e225.
5. Nordentoft M, Wandall NE: 10 year follow-up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *Br Med J* 2003;327;81-3.
6. Nordentoft M. Hjemløshed, social integration og livskvalitet hos psykiatriske patienter i København. København: FADL's forlag 1994.
7. Morse GA, Calsyn RJ, Allen G et al. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hosp and Comm Psychiatr* 1992;43;1005-10.
8. Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD et al. An experimental comparison of three types of case-management for homeless mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 1997;47;497-5036.
9. Dickey B, Gonzalez O, Latimer E et al. Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing. *Psychiatr Serv* 1996;47;152-8.
10. Hurlburt MS, Wood PA, Hough RL. Providing independent housing for the homeless mentally ill: a novel approach to evaluating long-term longitudinal housing patterns. *J Comm Psych* 1996;24;291-310.
11. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004;94;651-6.
12. Rosenheck R, Kaspro W, Frisman L et al. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatr* 2003;60;940-51.
13. Shern DL, Tsemberis S, Anthony W et al. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcome of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* 2000;90;1873-8.
14. Bradford DW, Gaynes BN, Mimi KM et al. Can shelter-based interventions improve treatment engagement in homeless individuals with psychiatric and/or substance misuse disorders? *Med Care* 2005;43;763-8.
15. Lehman AF, Dixon LB, Kernan E et al. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatr* 1997;54;1038-43.
16. Susser E, Valencia E, Conover S. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a »Critical Time« intervention after discharge from a shelter. *Am J Pub Health* 1997;87;256-62.
17. Seidman LJ, Schutt RK, Caplan B et al. The effect of housing intervention on neuropsychological functioning among homeless persons with mental illness. *Psychiatr Servi* 2003;54;905-8.
18. Burnam MA, Morton SC, McGlynn EA et al. An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Addict Dis* 1995;14;111-34.
19. Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet* 1995;345;409-12.
20. Essock SM, Mueser KT, Drake RE et al. Comparison of ACT and standard case-management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57;185-96.
21. Stefanic A, Tsemberis S. Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban country: a four-year study of housing access and retention. *J Prim Prevent* 200;28;265-79.
22. Lipton FR, Nutt S, Sabatini A. Housing the homeless mentally ill: A longitudinal study of a treatment approach. *Hosp Comm Psychiatr* 1988;39;40-5.
23. Korr WS, Joseph A. Housing the homeless mentally ill: Findings from Chicago. *J Soc Serv Research* 1995;21;53-68.
24. Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF et al. Psychiatric hospitalizations, areas, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: Findings from a randomized trial of two ACT programs vs usual care. *Ment Health Serv Res* 2000;2;155-64.
25. Fletcher TD, Cunningham JL, Calsyn RJ et al. Evaluation of treatment programs for dual disorder individuals: modelling longitudinal and mediation effects. *Adm Policy Ment Health* 2008;35;319-36.
26. Kertesz SG, Mullins AN, Schumacher JE et al. Long-term housing and work outcomes among treated cocaine-dependent homeless persons. *J Behav Health Serv Res* 2007;34;17-33.
27. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 1998;(2):CD 001089.
28. Caldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatr* 2007;164;393-9.
29. Nelson G, Aubry T, Adele L. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case-management interventions for people with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatr* 2007;77;350-61.
30. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG et al. Interventions to improve health of the homeless. *Am J Prev Med* 2005;29;311-9.
31. Brandt P. Yngre hjemløse i København. København: FADL's forlag, 1992.
32. Herman D, Conover S, Felix A et al. Critical time intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *J Primary Prevent* 2007;28;295-312.

Lewy body-demens

Klinisk assistent Morten Ziebell, overlæge Lise Korbo & overlæge Steen G. Hasselbalch

Behandling af ældre patienter med antipsykotisk medicin er en klinisk vanskelig problemstilling. Demenssygdomme forekommer hyppigt hos ældre, og et nyt randomiseret studie fra 2009 har vist en markant overdødelighed af patienter med demens i længere behandling med antipsykotika [1]. Herhjemme advares der fra Institut for Rationel Farmakoterapi om brugen af antipsykotika hos demente [2].

Vi retter i denne artikel fokus på demenssygdom-

men Lewy body-demens (DLB), herunder på den overfølsomhed over for antipsykotisk behandling, som mange patienter med DLB udviser.

I Danmark lider ca. 80.000 personer af demens. Dette tal vil ifølge nyeste opgørelser stige til 177.000 i løbet af de næste 30 år [3]. DLB er den næsthøypigste neurodegenerative demenssygdom efter Alzheimers sygdom, og det anslås, at mellem 11 og 16.000 personer lider af denne demenssygdom i Danmark [4, 5]. Incidensen er anslået til

STATUSARTIKEL

Rigshospitalet,
Neurobiologisk
Forskningsenhed,
Bispebjerg Hospital,
Neurologisk Afdeling N,
og Rigshospitalet,
Hukommelsesklinikken,
Nationalt Videnscenter
for Demens,
Neurocentret