

Kunnskapssammenstilling om rus, vold og integrert behandling

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusbruk og psykisk lidelse (NK-ROP)

I samarbeid med:

Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (NK-TSB)

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

12.10.2018



Innhold

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunnen for rapporten; utdrag fra prosjektplan	3
1.2 Rus og vold	6
2.0 Metode	9
2.1 Litteratursøk	9
2.2 Valg av artikler	9
3.0 Resultater	12
3.1 Oversiktsartikler	12
3.2 Case-studier	15
3.3 Randomiserte kontrollerte studier.....	16
4.0 Diskusjon	24
4.1 Sammenligning av integrert- og vanlig behandling.....	25
4.2 Integrerte behandlingsmetoder	26
4.3 Kjønnsforskjeller i behandling	29
4.4 Styrker og svakheter ved studiene	30
5.0 Konklusjon	33

Tabeller og figurer:

Figur 1: Flytskjema litteratursøk. Side 10

Figur 2: Flytskjema grå litteratur. Side 10

Figur 3: Flytskjema prosedyresøk. Side 10

Tabell 1: Temaene i TSF. Side 12

Tabell 2: Temaene i I-StoP. Side 14

Tabell 3: Temaene i DC. Side 17

Tabell 4: Temaene i SADV. Side 18

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunnen for rapporten; utdrag fra prosjektplan

Helsedirektoratet har i et tilskuddsbrev til regionalt Kompetansesenter- rus (KoRus) og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) gitt oppdrag om å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. I samarbeid med andre relevante instanser skal de utvikle og implementere kunnskapsmoduler om kompetanse på området rus og vold. Som grunnlag for dette arbeidet skal litteratur/forskning på integrert behandling inngå. Samtidig rus- og voldsproblematikk er alvorlig og kan ha store konsekvenser for personen selv og andre, er skadelig, kan være kriminelt og påvirker menneskers liv i stor grad. Mange i behandling for rusproblemer har erfaring som utsatt for volden og/eller utøver av volden.

Brukere og pasienter med voldsproblematikk er en mindre gruppe med behov for særlig tilpassede og samtidige helse- og omsorgstjenester. Det vil være en økt sannsynlighet for samtidige alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Mange faller ut av oppfølging og behandling både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av voldsrisiko bør foregå i et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Etablering av ACT (Assertive community treatment)/FACT (Flexible Assertive Community Treatment) og/eller ROP (Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser)-team er også en anbefalt organisering for å møte disse brukerne/pasientene. Rus og vold har en tydelig sammenheng, men må vurderes etter faktorer som farmakologiske effekter av rusmiddelet, individuelle faktorer som personlighet, voldserfaringer og andre kontekstuelle forhold (Graham et al. 2006). Det vil være et stort voldsreducerende potensial i alkoholreducerende tiltak og behandling av alkoholproblemer. Dette på grunn av den sterke sammenhengen mellom voldsutøvelse og alkohol. Det er ellers en anbefaling fra Helsedirektoratet at voldsproblemer hos mennesker med rusmiddelproblemer/avhengighet blir avdekket og kartlagt ved inntak til behandling eller oppstart av andre hjelpetilbud (Helsedirektoratet, 2014).

Opptappingsplanen mot vold og overgrep 2017-2021 påpeker at tjenestetilbudet til voldsutsatte fremstår som fragmentert og lite samordnet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016-2017). Opptappingsplanen har samlet tallmateriale som viser at mellom 75.000 og 150.000 mennesker utsettes årlig for vold i nære relasjoner i Norge. I UNGVold-undersøkelsen fra 2015 svarer 23 % at de har opplevd minst én form for seksuell krenkelse og 21 % at de har opplevd fysisk vold fra en forelder under oppveksten (Mossige, Stefansen, 2016). Opptappingsplanen peker på at behovet for

samordning av hjelpetjenestene på dette feltet er stort, da de utsatte vanligvis har behov for hjelp fra flere instanser.

Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 peker på at det fortsatt er en utfordring at rusproblemene behandles først, mens voldsproblemer, voldserfaringer/traumer eller andre psykiske helseproblemer behandles senere, eller at det gis samtidig behandling, men av ulike behandlere eller ved ulike behandlingssteder (Helsedirektoratet, 2012). Det forekommer også at personer blir avvist fra rusbehandling på grunn av uttalte eller kjente voldsproblemer. Opptappingsplanen peker også på behovet for at spesialisthelsetjenesten har et nært samarbeid med kommunenes helse- og omsorgstjenester og NAV allerede fra oppstart av behandling. Et slikt samarbeid fremheves som en forutsetning for at personer med rusproblemer får et trygt, helhetlig og godt tilbud. En helhetlig og koordinert innsats på området rus og vold forutsetter at tiltakene sees i et livsløpsperspektiv. De rammede tilhører alle aldersgrupper; gravide, barn, unge, voksne og eldre erfarer problemer med rus og vold på ulike områder gjennom et livsforløp. Det vil være behov for spesialiserte tiltak tilpasset ulike aldersgrupper og livsfaser. Dette understrekes bl.a. i Opptappingsplanen mot vold og overgrep, hvor det heter: «Vold og overgrep forekommer i alle samfunnslag og i alle miljøer (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016-2017). Tiltakene i opptappingsplanen gjelder derfor alle grupper, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsevne, alder, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk». De samme utfordringer finner vi også i rusfeltet. Tiltakene i foreliggende plan mot rus og vold må legge avgjørende vekt på at disse problemstillingene omfatter mange, som utgjør et folkehelseproblem og derfor må sees i et folkehelseperspektiv. Vi legger til grunn at oppdraget skal realiseres innenfor rammen av et folkehelseperspektiv. Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter 2014-2015, vil være sentral i arbeidet for å ivareta et folkehelseperspektiv (Meld. St. 19 (2014-2015)). Gjeldende handlingsplaner og opptappingsplaner på området rus og vold gir føringer for løsningen av oppdraget (Prosjektbeskrivelse rus og vold, 2018).

Beskrivelse av oppdraget:

Formålet med oppdraget er å utføre en forskningsbasert kunnskapssammenstilling om rus, vold og integrert behandling i løpet av 2018. Kunnskapssammenstillingen har som målsetting:

- Å gi en oversikt over kunnskap og relevante eksisterende tiltak
- Å gi en oversikt over hva som er gjort av kunnskapsutvikling og hvordan det arbeides i tjenestene allerede
- Hva finnes av tiltak og program allerede som dette arbeidet må koples til/sees i sammenheng med?

- Å gi en oversikt over hva som hemmer og fremmer implementering av behandlingstiltak.

Det skal utarbeides en rapport for å besvare disse målsettingene. Rapporten skal framstå som et oppsummerende arbeid om forskningsbasert kunnskap om integrert behandling av vold og rusproblematikk i praksis i henhold til ovenstående. Rapporten skal ha et lettfattelig språk som gjør kunnskapen lett overførbart til praksisfeltet. Rapport for prosjektet vil foreligge senest innen oktober 2018.

1.2 Rus og vold

Rapporten «Rusmidler i Norge 2016» gir en oversikt over Nordmenns forbruk av rusmidler (Skretting, Vedøy, Lund & Bye, 2016). I gjennomsnitt inntar hver innbygger i Norge over 15 år 6 liter ren alkohol per år. Men til tross for at 82% av alle Nordmenn over 15 år svarte at de hadde drukket alkohol minst en gang i løpet av det siste året, inntas omtrent halvparten av det totale alkoholforbruket av de 10% som drikker mest. Rapporten viser også at menn i snitt drikker dobbelt så mye som kvinner. Bruk av narkotika og andre rusmidler er mindre utbredt i Norge enn alkohol, og sammenlignet med de fleste andre europeiske land kommer Norge godt ut. Også blant narkotikabrukere er andelen større blant menn enn kvinner.

Forekomsten av voldshendelser er lavere i Norge sammenlignet med andre land. 9 av 10 som siktes for vold i Norge er menn (Pernanen, u.å.). Det finnes sterke vitenskapelige funn på at det er en sammenheng mellom rusmiddelbruk og voldsutøvelse (Curtis, Coomber, Droste, Hyder, Palmer og Miller, 2017., Stuart, Moore, Ramsey & Kahler, 2004., Stuart, Moore, Ramsey, Kahler, 2003., Gilchrist, Radcliffe, Noto & D'Olivera, 2017. & Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner & Burns, 1998.). Forskning fra mange land viser at en stor andel drap og mishandling har foregått i alkoholrus. Flere norske undersøkelser viser at mellom 70 og 80 prosent av oppdagede voldsepisoder har skjedd i forbindelse med at voldsutøveren, offeret eller begge har konsumert alkohol (Pernanen, u.å.). I tillegg ble personer til konsultasjon på legevakt i Oslo og Bergen studert, hvor man så at henholdsvis 64 og 69 prosent som oppsøkte legevakten pga. en voldshendelse var alkoholpåvirket under voldsepisoden. Det er tydelig å se at i perioder hvor alkoholkonsumet i Norge har gått ned, f.eks. ved streik, har også voldsstatistikken sunket betydelig. De siste to tiårene har voldshendelser i Norge økt ganske kraftig. Noe av årsaken til dette kan være at flere steder har fått skjenkebevilgning og flere skjenkesteder har fått utvidede alkoholrettigheter (Pernanen, u.å.).

Det er usikkert hvor mye vold som foregår i Norge da kriminalstatistikken kun registrerer anmeldte voldshendelser, og omtrent en femtedel av all vold anmeldes (Veileder, vold i nære relasjoner, u.å.). I statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse ble personer over 16 år spurt om de hadde blitt utsatt for noen form for overgrep. Fra 1987 til 2005 svarte mellom 5 og 5,5% ja, mens i 2012 sank antallet til 4,2% og i 2015 sank det ytterligere til 3,5%. Denne prosentandelen utgjør omtrent 150 000 personer. I en annen undersøkelse spurte Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) konkret om ulike voldshendelser (dyttet, puffet, klort, lugget, slått, sparket etc.). Der oppga

17% mellom 18 og 75 år at partneren hadde utsatt dem for minst en slik hendelse. Det var langt flere kvinner som oppga at de hadde blitt utsatt for en voldshendelse av partneren enn menn. Volden som ofte blir omtalt i forskning er vold i nære relasjoner (Intimate Partner Violence- IPV) der mannen er voldsutøveren og kvinnen er offeret (Boles og Miotto, 2001. & Bennett, 2008, Weil, 2018.). En undersøkelse gjort på norske 18 og 19 åringer i 2015 viste at 21% av ungdommene som svarte hadde blitt utsatt for fysisk vold av minst en av foreldrene i løpet av oppveksten, mens andelen som hadde opplevd grov vold var 6% (veileder, vold i nære relasjoner, u.å.). Annen forskning gjort på norske ungdommer viser at cannabisbrukere oftere er involvert i voldsepisoder og at voldsfrekvensen har økt som følge av en dobling i cannabisbruken (Nordström og Rossow 2014). Forskerne i denne studien mener at årsaken til dette kan skyldes andre faktorer, som personlighetstrekk, atferdsproblemer, alkoholbruk eller vennemiljø, men også rusinntaket i seg selv er en del av årsaken (Nordström og Rossow, 2014.). Boles og Miotto publiserte i 2001 en oppsummeringsartikkel om rus og vold hvor de hevder at til tross for at alkohol og rusmidler ofte er tilstede ved voldelige hendelser, forekommer alkohol- og rusmiddelbruk oftest blant personer som ikke er voldelige (Boles, S. M. & Miotto, K. 2001). «Helsenorge» rapporterer at halvparten av all alkoholrelatert vold involverer de som bare drikker «av og til» (Helsedirektoratet, 2015).

I følge Bjørnstad og Gråwe (2014) fastslo Statens helsetilsyn allerede i 2000 at det var behov for spesialiserte døgnplasser for pasienter med dobbeltdiagnoser. Dette handlet i utgangspunktet om personer med kombinert rus og psykisk lidelse (ROP). Mye tyder på at mange som lider av ROP-lidelser i norske psykiatriske døgnavdelinger ikke blir tilbudt adekvat behandling på grunn av manglende dobbel kompetanse hos behandlerne (Bjørnstad. K. E. & Gråwe. R. W., 2014). Dette problemet er mest sannsynlig også gjeldende hos personer med kombinert rus og voldsproblematikk. Institusjoner som behandler rusavhengighet har en unik mulighet til å kartlegge IPV eller annen voldsutøvelse hos sine pasienter når de skrives inn til behandling (Capezza, Schumacher & Brady, 2014. Stuart, Moore, Kahler & Ramsey, 2003. Bennett, 2008.). Det samme gjelder voldsprogrammene sine unike mulighet for å kartlegge rusproblemer ved innleggelse (Bennett, 2008). Det finnes ingen standard for at det skal gjennomføres på denne måten og Bennet (2008) mener mye av årsaken er manglende kunnskap på kartlegging og behandling hos institusjonene. Dersom man ved en institusjon oppdager en annen diagnose vil løsningen ofte være å henvise til en institusjon som er spesialister på diagnosen. En mer effektiv måte å behandle begge disse tilstandene vil være å tilby pasienten behandling for begge samtidig og på samme sted, såkalt integrert behandling (Gilchrist, Radcliffe, Noto & D'Oliveira, 2017., Stuart, Moore, Ramsey & Kahler, 2003., Gilchrist, Radcliffe, Noto & D'Olivera, 2017., Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner & Burns, 1998., Stuart,

Moore, Kahler & Ramsey, 2003., Stuart, Moore, Ramsey & Kahler, 2004). Bennet (2008) viser at behandling av rusavhengighet i seg selv er nok til å redusere forekomsten av IPV, men ved behandlingstilbud hvor både rusavhengigheten og volden behandles samtidig er det en betydelig lavere forekomst av IPV både underveis i behandlingsforløpet og etter endt behandling. En studie gjort på pasienter med kombinert rus og voldsproblematikk ved behandlingstilbud i USA, viser at flere personer fullførte behandling ved rusinstitusjoner i de tilfellene hvor de ble behandlet for både rusavhengighet og voldsproblematikk samtidig, på samme sted, altså lavere frafall i behandling (Timko, Valenstein, Stuart & Moos, 2015). Samme studie viste bedre resultater av rusbehandling ved de institusjonene hvor voldsforebygging er en del av behandlingen.

Rapporten «Sluttrapport rus og vold» utført av ATV (Alternativ til vold) og Tyrilistiftelsen viste at personer til behandling for enten rus- eller voldsproblematikk som også hadde det andre problemet utelukkende så positivt på det å få behandling for begge problemer integrert (*Sluttrapport Helsedirektoratet prosjekt rus og vold, u.å.*). Rapporten viser at mange pasienter i voldsbehandling hos ATV forstår at vold kommer som en konsekvens av rus og at voldshendelsen kanskje ikke ville skjedd om ikke rus hadde vært inne i bildet. De mener også at rus bidrar til å øke risikoen for en ny voldshendelse. Når det gjelder personer som er til behandling for sin rusdiagnose ved Tyrilistiftelsen mener de tilsvarende at vold kan være en trigger for tilbakefall av rus i behandling. I følge spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med denne studien opplyser hele 75% av mennene ved Tyrili at de enten var dømt eller anmeldt for fysisk vold, mens 85% av mennene og 54% av kvinnene opplyser at de har utøvd fysisk vold. 41% av pasientene ved ATV mente at de hadde et problematisk forhold til alkohol, mens 17% mente at narkotika var et problem. ATV opplyser at de kartlegger alle pasienter for rusproblemer slik at de kan tilpasse behandlingen best mulig. Pasientene ved de to institusjonene mener det er en stor fordel å bli kartlagt for og tilbudt behandling for begge problemene parallelt i de tilfellene det er aktuelt. Rapporten konkluderer med at vold- og rusproblemer som opptrer samtidig må tydeliggjøre- ikke bagatelliseres eller undervurderes. Integrert behandling handler om en terapeutisk holdning til å se to problemer samtidig og at de metodiske tilnærmingene som utgjør god rusbehandling også utgjør god voldsbehandling og motsatt. Behandling av mennesker med volds- og rusproblemer må være integrert i den betydning at pasienten får den hjelp han/hun trenger, både for sitt volds- og rusproblem. På den måten har pasienten mest nytte av behandlingen (*Sluttrapport Helsedirektoratet prosjekt rus og vold, u.å.*).

2.0 Metode

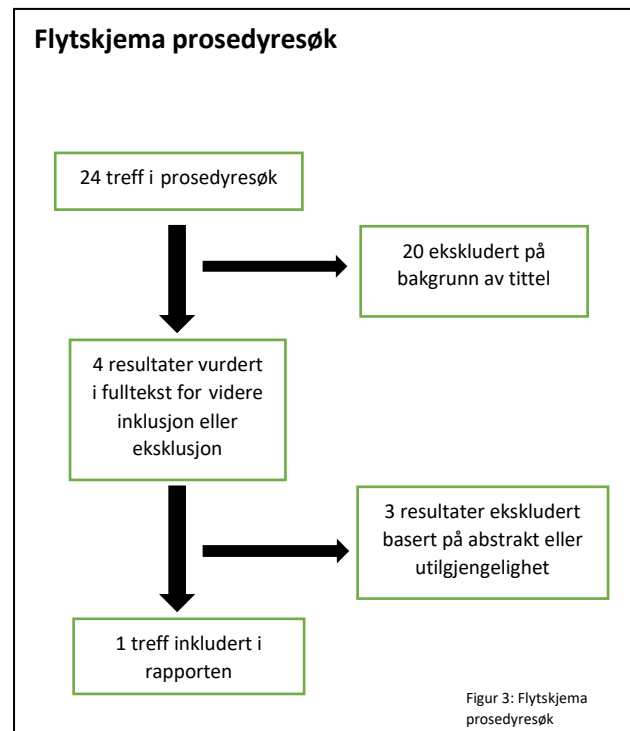
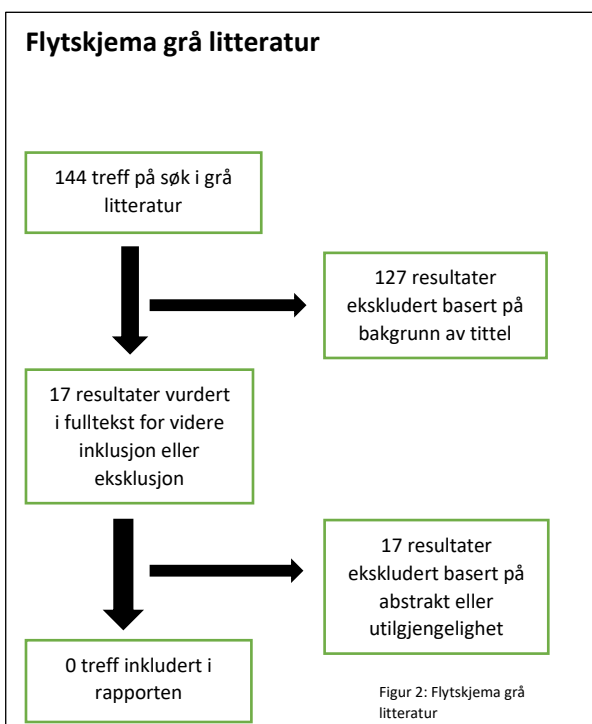
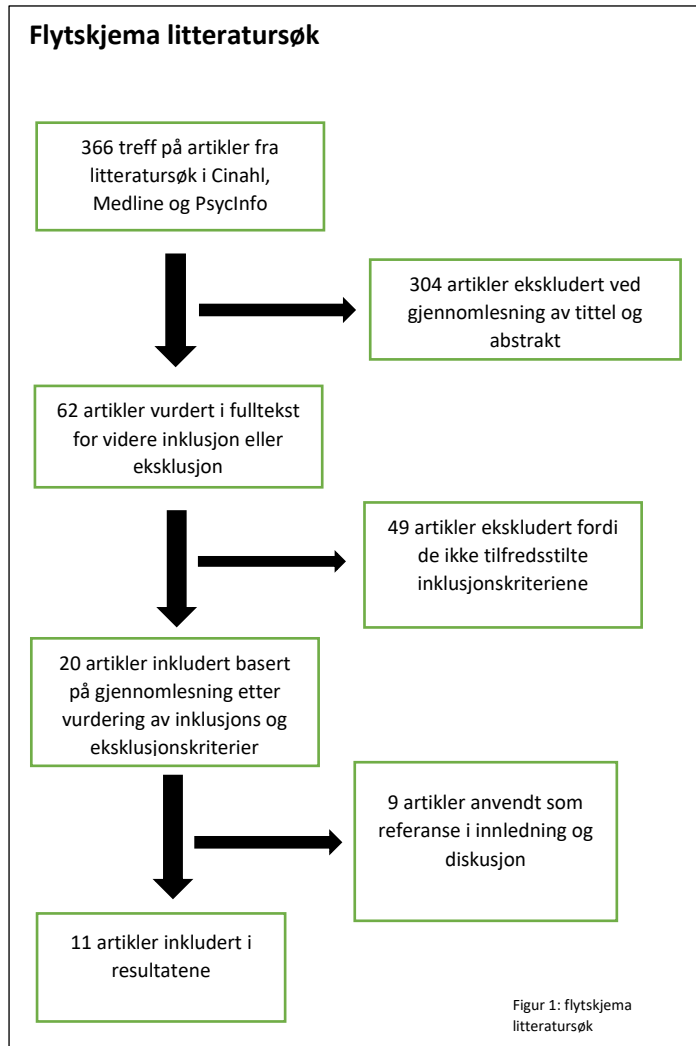
2.1 Litteratursøk

Bibliotekar ved Sykehuset Innlandet gjennomførte søk i tre databaser; Cinahl, Medline og PsycInfo. Årsaken til at det ble utført søk kun i disse tre databasene er fordi disse er mest aktuelle for temaet det skulle søkes etter og dekker temaet tilstrekkelig. Etter dette søket hadde vi 366 artikler. Det ble også utført et prosedyresøk. Bibliotekaren lette etter strategier for søk i grå litteratur og fant frem til referanse fra Duke Universitet (Duke University, 2018). I tillegg ble kapittelet om grå litteratur fra Cochrane håndboka anvendt som bakgrunn for søkene (Cochrane Training, 2011). I søket etter grå litteratur ble det gjort to søk i Google Scholar. Det ene søket «Violence AND Substance Abuse AND Integrated Threatment» ga 301 000 treff, mens søket «Violence AND Alcohol AND Integrated Threatment» ga 346 000 treff. Ingen av søkene ga treff som er anvendt i rapporten. Et eget søk i WHO ga 1560 treff. Heller ikke dette søket ga relevante artikler. Av relevante titler fra søket i grå litteratur var flere av treffene kun beskrivelse av studier og ikke presentert i form av artikkel eller rapport. Flere av treffene var studier som ikke var fullført og hvor det ikke forelå resultater. Det er anvendt 4 artikler som er funnet på annet måte, enten via google eller fra referanselisten til en av de andre referansene. I prosedyresøket ga søket i Epistemonikos 49 treff og søket i Campbell Library 23 treff. 2 av artiklene fra Epistemonikos ble tatt med for videre vurdering. De resterende referansene er funnet gjennom uavhengige googlesøk, tips fra aktuelle personer og generelle søk i litteratur med søkeordene «rus», «vold» og «integreert behandling» hver for seg eller sammen. Artikkelen «Research Methods & Reporting» av Moher, Liberati, Tetzlaff og Altman (2009) ble brukt som støtte igjennom hele søke- og skriveprosessen. Flytskjema for litteratursøk, prosedyresøk og grå litteratur er presentert under (Figur 1, 2 og 3). Søkestrategi, søkeord og alle utførte søk er tilgjengelig i denne lenken: <https://sites.google.com/site/litteratursok/Helsehndboka/rus-og-vold---integreert-behandling>.

2.2 Valg av artikler

Espen Arnevik ved Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Thomas Clausen ved SERAF og Tom Palmstierna ved Karolinska universitet og NTNU har gjennomgått liste over søkeord og kommet med innvendinger som er etterfulgt. Basert på søkeresultatene ble relevante artikler valgt ut i samarbeid mellom prosjektmedarbeider Mari Finstad Evenby ved NK-ROP og bibliotekar ved Sykehuset Innlandet, som utførte søkene. De relevante artiklene ble gjennomlest av prosjektmedarbeider og Postdoc Sudan Prasad Neupane og artiklene som møtte inklusjonskriteriene, basert på felles

avgjørelse, er med i studien. Prosjektleder ved NK- ROP, Lars Lien leste over artiklene det var uenighet om og tok en avgjørelse basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier. På bakgrunn av generelt lite forskning gjort på temaet satte vi få kriterier for inklusjon og eksklusjon. Et kriterie var at det skulle omhandle integrert behandling og at behandlingen skulle gjelde utøvere av vold og ikke offere. Artikler som omfatter personer med HIV eller AIDS er ekskludert. Det ble ikke gjort begrensninger på land eller årstall i søket og alle aktuelle artikler er med uavhengig av årstall og sted. Kun artikler på Engelsk eller Nordiske språk er inkludert, mens artikler på andre språk enn dette er ekskludert fra studien.



3.0 Resultater

Etter å ha gjennomgått søk og lest igjennom relevante artikler endte vi opp med 11 artikler som møtte kriterier for inklusjon. Resultatene er basert på disse artiklene.

3.1 Oversiktsartikler

En oversiktsartikkel utført av Klostermann (2006) hadde som formål å samle forskning på området og kartlegge hva som er kjent med IPV, med hovedfokus på sammenheng mellom rusmiddelbruk og IPV. Artikkelen ser på ulike behandlingsalternativer for IPV blant pasienter til behandling for sin rusavhengighet som også har historie med utøvelse av IPV. Klostermann nevner ulike behandlingsalternativer, bl.a. **TAU** (treatment as usual). TAU innebærer vanlig behandlingsmåte for rusavhengighet. Som følge av en høy forekomst av IPV blant menn med rusavhengighet, er det naturlig å anta at rusbehandling kan være viktig for å kartlegge og behandle IPV. Likevel viser forskning at det sjeldent henvises til voldsbehandlingsprogrammer blant personer til behandling for rusavhengighet. Det er svært sjelden at pasienter bli henvist til to ulike behandlingsprogrammer og i de tilfellene det skjer er det stor forekomst av frafall. Det kan se ut til at vanlig behandlingsmetode for rus- og alkoholavhengighet er nok til å redusere forekomsten av IPV noe. Klostermann mener basert på dette at det kan være hensiktsmessig å trene helsepersonell som driver rusbehandling til å avdekke IPV og henvise aktuelle pasientene videre til voldsprogrammer for enda sterkere effekt. Klostermann nevner **BCT** (Behavioral Couples Therapy) som en integrert behandlingsmetode for rus og IPV. BCT er en partnerinvolvert behandlingsmetode for rusmiddelbruk som fokuserer på at støtte fra partneren skal bidra til avholdenhet og behandlingen legger vekt på å løse felles problemer i forholdet. BCT sies å være en kostnadseffektiv behandlingsmåte som har vist gode resultater. Behandlingen går ut på at partneren lærer strategier for å øke egen sikkerhet i situasjoner der IPV kan oppstå, og lærer hvilken oppførsel som reduserer sannsynligheten for aggresjon. I motsetning til andre behandlingsmetoder fokuserer ikke BCT utelukkende på at avholdenhet er eneste måte å unngå IPV. Flere studier har sett på effekten av BCT når det gjelder forekomst av IPV. Det er en signifikant reduksjon i forekomst av IPV blant de som har vært til BCT-behandling. Studier viser at BCT førte til en større reduksjon i IPV sammenlignet med TAU fordi deltakelse i BCT reduserte rusmiddelbruk, alkoholinntak og problemer i forholdet i større grad enn individuell behandling. Artikkelen konkluderer med at BCT har best resultater på reduksjon av både IPV og rusavhengighet. Klostermann mener BCT er en effektiv behandlingsmetode både når det gjelder kostnader ved integrering og forekomsten av bedring for både utøver og partner (Klostermann, 2006).

Douglas M. Ziedonis (2004) presenterer ulike perspektiver på integrert behandling og ulike kliniske intervensjoner. Formålet med denne artikkelen er behandling av samtidig psykisk uhelse og rusavhengighet, med bakgrunn i at mangelen på integrering har blitt identifisert som det største nåværende problemet med å forholde seg til sammenfallende diagnoser. Ziedonis mener motivasjon er nøkkel til å lykkes og at Intervensjonsprogrammer først er motivasjonsbasert når det treffer pasientens motivasjonsnivå eller behandlingsnivå. Behandlingen skal utføres av en positiv terapeut som tilbyr et trygt og imøtekommende miljø, i balanse med å sette passende grenser for pasienten. Forskning viser at pasienter mottar behandling bedre dersom terapeuten er en trygg og ikke dømmende alliert. Når det gjelder pasienter med alvorlig psykisk lidelse, mener Ziedonis at integrert behandling rettet mot denne pasientgruppen må tilpasses pasientenes lave motivasjon og manglende kognitive ferdigheter. Disse tilpasningene kan f.eks. være å fokusere mer på atferd og mindre på kognitive faktorer. I denne artikkelen nevnes **TSF** (Twelve step facilitation) som en integrert behandlingsmetode. Målet med TSF er her å hjelpe pasienten til avholdenhet og geleide pasienten trinnvis gjennom prosessen med å bli rusfri. Deltakelse i slike gruppebaserte selvhjelpskurs som TSF er, kan være en viktig kilde til sosial støtte, gi langsiktige perspektiver for avholdenhet og være med å bedre behandlingsutfallet. For pasienter med alvorlig psykisk lidelse blir TSF modellen modifisert noe, da pasientene ofte rapporterer om problemer med å delta på 12 møter fordi de blir oppfattet som rare av andre gruppe medlemmer og oppfordres ofte til å slutte med psykiatriske medikamenter, noe de opplever som vanskelig.

TSF (Twelve Step Facilitation)	
1.	Introduksjon om forståelse av alkoholisme/begrunnelse for TSF
2.	prosesser for bedring
3.	folk, steder og ting
4.	relasjoner i bedring
5.	Selvhjelpsgrupper og støttesystemer
6.	håndtere skam og skyld
7.	styring av følelser
8.	takle farlige situasjoner
9.	advarselstegn på tilbakefall
10.	støttesystemer
11.	bedring av parforhold
12.	oppretholde bedring

Tabell 1: presenterer temaene i TSF (Twelve step fasilitation)

En annen integrert behandlingsmetode som presenteres i artikkelen er **MET** (Motivational Enhancement Therapy). Dette er en klinisk testet og effektiv bevist behandlingsmetode for rusavhengighet. Den var i utgangspunktet utviklet som en kortvarig terapimetode som kombinerte motiverende intervju (MI) med personlige tilbakemeldingsverktøy. MET inneholder en intensiv evaluering før behandlingsstart og fire behandlingssesjoner. Behandlingssesjonene handler om å gi strukturerte tilbakemeldinger om evalueringen, engasjere seg i betydningsfulle andre, lage seg en liste med behandlingsmål og sette seg konkrete mål ved hjelp av denne listen ut ifra prinsippene for MI. MET har som formål å hjelpe pasienten til å finne sine indre kilder til motivasjon i stedet for å gi ekstern innflytelse gjennom konfrontasjon eller ferdighetsbygging.

Crane og Easton (2017) presenterer en oversiktsartikkel om integrerte behandlingsmetoder for mannlige utøvere av IPV. Forskerne mener at tradisjonell IPV behandling har vist ulike resultater og alle studier har betydelige svakheter som kan skjule viktige aspekter ved resultatene. De mener det likevel er mye som tyder på at integrert behandling representerer gode behandlingsmuligheter. De mener videre det er viktig at man kritisk evaluerer og forbedrer dagens IPV behandling slik at man finner beste behandlingsalternativ for denne gruppen. Denne studien viser at integrerte behandlingsmetoder som bruker en holistisk tilnærming til å redegjøre for psykologisk komorbiditet, samt bruker motiverende intervju som metode i behandlingen, viser betydelig forbedring av IPV og reduserer voldshendelser i ettertid. Avslutningsvis konkluderer Crane og Easton (2017) med at IPV er et komplisert og nyansert problem som utføres av en heterogen befolkning og krever varierte integrerte behandlingsalternativer.

Capezza, Schumacker og Brady (2014) presenterer en oversikt over hvilke behandlingstilbud for rusavhengighet i USA som i tillegg tilbyr behandling for IPV. Resultatene er basert på en nasjonal spørreundersøkelse av alle offentlige og private institusjoner for behandling av rusavhengighet i USA, som blir utført årlig. Denne artikkelen har anvendt data fra 2011. 90% av alle institusjonene fullførte spørreundersøkelsen dette året, noe som utgjør 13720 respondenter. Tidligere har det i de fleste tilfeller blitt tilbudt behandling til personer med kombinert rus og voldsproblematikk separert men Capezza et al (2014) mener det ikke nødvendigvis er det beste for pasientene. Flere av studiene i oversikten viser en betydelig større reduksjon av IPV i de tilfellene der de er gitt integrert behandling fremfor kun behandling for rusmiddelbruk. 38,4% av alle behandlingstilbudene som deltok i denne studien oppga at de tilbød behandling for IPV samtidig med rusavhengighet. Studien viste

videre at institusjonene som ikke tilbød behandling til voksne menn, men kun voksne kvinner, i større grad tilbød behandling for IPV. Samtidig viste studien at institusjonene som ikke tilbød behandling til voksne kvinner, men kun voksne menn, sjeldnere tilbød IPV behandling. Forskerne mener dette er meget uheldig da det ofte er menn som utfører voldelige handlinger når de er ruspåvirket. De skriver videre at rusbehandlingsinstitusjoner har en unik mulighet i å kartlegge både utøvere og offere for IPV i det de kommer inn i systemet. Likevel er det mange rusinstitusjoner som ikke benytter seg av denne muligheten og hverken kartlegger for eller tilbyr behandling for IPV. Capezza et al (2014) tror dette handler om manglende kunnskap om- og utdanning i forebygging og behandling ved institusjonene.

3.2 Case-studier

En Case studie utført av Kraanen, Scholing, Hamdoune og Emmelkamp (2014), bruker **I-StoP** (Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence) som behandlingsmetode for én pasient med vold- og rusproblematikk. I-StoP er en strukturert behandlingsmodell som omhandler både rusavhengighet og behandling av IPV utøvelse. Det er i utgangspunktet en individuell behandling, men partneren blir invitert til bestemte sesjoner. Terapeuten anbefales å anvende grunnprinsippene ved motiverende intervju i hele behandlingen; a) uttrykke empati, b) utvikle diskrepans, c) rulle med motstand og d) støtte mestringskompetanse. I-StoP består av 16 ukentlige sesjoner a 45 minutter om ulike temaer omkring rusmiddelbruk og IPV. Prinsipper fra kognitiv terapi blir også anvendt. Pasientene mottar en arbeidsbok med ulike oppgaver og registreringsskjema for rusbruk og IPV utøvelse eller sinne. Hver sesjon følger samme struktur; først kartlegges IPV og rusmiddelbruk i løpet av siste uken, deretter blir et nytt tema introdusert før sesjonen avsluttes med at pasienten får en oppgave til neste uke basert på temaet som et diskutert. Ulike emner som blir diskutert er presentert i tabellen under.

I-StoP (Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence)
Forklaring av behandlingsgrunnlaget
undersøkelse av type IPV som finner sted i det spesifikke forholdet
vurdering av fordeler og ulemper med stoffbruk
vurdering av fordeler og ulemper med IPV
formulering av behandlingsmål angående stoffbruk og IPV
Beskrivelse av metoder for selvkontroll av stoffbruk
Sinnekontroll

Håndtere trang(cravings) og følelser som kan føre til stoffbruk
Diskusjon av forholdet mellom tanker, følelser og oppførsel med IPV og stoffbruk
Kommunikasjonstrening
forebygging av tilbakefall

Tabell 2: presentasjon av tema i I-StoP behandlingsmodell

Denne studien tar for seg Henry på 50 år som søkte hjelp for sin rusavhengighet og IPV utøvelse ved en institusjon i Nederland. Henry deltok frivillig og kunne trekke seg fra behandling når som helst. Samboeren Eric sa seg villig til å delta på noen behandlingssesjoner etter ønske fra behandlerne. Henry ruset seg på alkohol og marihuana ganske ofte. Han var klar over at alkohol trigget sinnet hans, men mente at marihuana ikke gjorde det. Han hadde også brukt ecstasy to ganger per måned, men sluttet to måneder før behandling fordi han merket at ecstasy gjorde ham sint. Han hadde vært voldelig mot andre tidligere, men i den siste tiden før behandling kun mot partneren. Henry hadde vokst opp i et hjem med rus og vold. Både i løpet av behandlingsforløpet og etter endt behandling var det en tydelig reduksjon i IPV. Når det gjaldt inntak av alkohol ble det noe redusert i løpet av behandlingen, men inntaket gikk tilbake til slik de var før behandling, da behandlingen var avsluttet. Marihuanaforbruket ble halvert, men han var ikke villig til å kutte ned mer. Seks måneder etter behandling var rusinntaket det samme som før behandling. IPV var fraværende ved seks måneders oppfølging og at parforholdet gikk veldig bra. Behandlingen hadde god effekt på IPV, men ingen effekt på rusavhengigheten. Forskerne i denne studien mener det er viktig å individuelt tilpasse behandlingen og være klar over at ikke alle passer inn i samme behandlingsmetode.

3.3 Randomiserte kontrollerte studier

Sammenligning av vanlig behandling og integrert behandling:

Studien til Satyanarayana et al (2016) er utført i India fra August 2012 til Mars 2014. Formålet med studien var å studere effekten av en integrert kognitiv-atferds intervensjon kalt **ICBI** (Integrated Cognitive Behavioral Intervention) på reduksjon av IPV blant alkoholavhengige menn og forbedre den psykiske helsen til deres koner og barn. De startet med 1732 aktuelle deltakere, men kun 177 passet alle inklusjonskriteriene. Deltakerne måtte være over 21 år, være gift, ha en alkoholdiagnose og selvrappertert IPV-utøvelse i løpet av de siste 6 måneder. Deltakerne ble tilfeldig valgt ut til en av to behandlingsmetoder: TAU (vanlig behandling) som hadde 88 deltakere og ICBI (integrert) som hadde 89 deltakere. TAU var i dette tilfellet psykoedukasjon og farmakoterapi. Behandlingen ble tilbudt på

klinikk av en person med kompetanse på ADS (Alcohol dependence syndrome). Behandlingen tok kun for seg alkohol og ikke andre rusmidler. ICBI bestod av 8 individuelle behandlinger med kognitiv atferdsterapi som tok for seg forholdet mellom alkohol og IPV, triggere for alkoholbruk og IPV, konsekvenser av alkoholbruk og IPV og forebygging av IPV. Hver sesjon varte i 45-60 minutter og pasientene ble lært kognitive atferdsteknikker som avslapping, sinnekontroll, selvsikkerhetstrening og kognitiv omstrukturering. Oppfølging av begge grupper ble gjort 1 måned og 3 måneder etter behandling. Behandlingene ble utført på institusjonen hvor pasienten var innlagt. Behandlingen var kun åpen for menn. Begge studiene viste en tydelig reduksjon i rusbruk fra før behandling til etter. Resultatene viste at det var en signifikant større reduksjon i IPV i ICBI-gruppen sammenlignet med TAU- gruppen. Disse resultatene var også tydelige ved 3 måneders oppfølging. Studien viste også at ektefellene til pasientene i ICBI gruppa hadde lavere forekomst av depresjon, angst og stress. Når det gjaldt alkoholinntak ved 3 måneders oppfølging, var det ingen forskjell mellom de to gruppene.

En studie utført av Fernandez-Montalvo, Arteaga og López-Goñi i 2018 hadde som formål å studere effektiviteten av en IPV behandling blant pasienter i rusbehandling. **IPV-P** (intimate partner violence perpetration) intervensjonen er en bred behandlingsmodell basert på en kognitiv atferdsmodell og består av 20 nittiminutters gruppesesjoner. Ved første del av behandlingen ble motiverende aspekter, som å akseptere ansvaret for volden og motivasjonen for terapi kartlagt. I den neste delen er behandling av psykopatologiske symptomer som man vanligvis assosierer med IPV utøvelse sentralt. Denne delen fokuserer på empati og ferdighetstrening, sinnemestring og modifikasjoner av kognitive forvrengninger relatert til IPV. Siste del av behandlingen omfatter spesifikk behandling på forebygging av tilbakefall som identifiserer situasjoner hvor det er stor risiko for voldelig atferd og lærer pasientene gode strategier for hvordan man skal reagere i slike situasjoner. Studien ble utført på en institusjon for rusavhengighet i Spania fra mai 2010 til desember 2012. 227 pasienter som var innlagt på institusjonen for rusavhengighetsbehandling ble invitert til å delta. Deltakerne måtte være til behandling for rusavhengighet og samtidig vise til livslang IPV-P utøvelse, mellom 18 og 65 år og ha gitt samtykke til å delta i studien. Pasienter fikk ikke delta dersom de hadde en alvorlig psykisk lidelse eller befant seg et sted i behandlingsprosessen hvor deltakelse i denne studien kunne være ødeleggende for rusavhengighetsbehandlingen. 70 pasienter ble inkludert og ble tilfeldig fordelt i enten IPV-P intervensjonen eller den vanlige rusbehandlingen (TAU). Studien sammenlignet IPV-P intervensjonen med TAU og resultatene viser at deltakerne i behandlingsgruppen IPV-P hadde lavere forekomst av IPV utøvelse ved 6 måneders oppfølging. Når det gjaldt Rusbruk hadde deltakerne i IPV-P behandlingsgruppen en suksessprosent på 67,6% ved 6 måneders oppfølging, mens TAU gruppen hadde en suksessprosent på 58,3%. Denne forskjellen var ikke signifikant, mest sannsynlig som følge

av få deltakere i studien. Forskerne sammenlignet de to gruppene også når det gjaldt oppnåelse av suksess totalt sett for både bedring av IPV og rusavhengighet og fant en suksess score hos IPV-P gruppen på 57,7%, mot 16,7% i TAU gruppen. Denne forskjellen var signifikant. Det var også et signifikant høyere frafall i TAU gruppen sammenlignet med IPV-P gruppen.

En randomisert kontrollert studie, utført av Easton, Crane og Mandel (2017), evaluerer to ulike behandlingsmetoder for rusavhengige som også utfører IPV. Studien ble utført i USA og deltakerne var pasienter som frivillig søkte behandling for rusavhengighet, etter å ha blitt dømt til å følge behandling for rusavhengighet. Deltakerne var voksne menn. De måtte fylle kriteriene for rusavhengighet og samtidig ha vært arrestert for vold i nære relasjoner i løpet av det siste året. Deltakerne ble ekskludert dersom de hadde sterke tanker om selvmord eller drap, hadde hatt innsalg av psykotisk- eller manisk sykdom i løpet av siste måned, hadde behov for akutt alkoholavrusing, ikke kunne lese på 5. klasse nivå, samtidig mottok rusavhengighet- eller sinnemestringsbehandling, tok psykotrope legemidler, eller ikke ønsket å skaffe samtykke fra aktuelle kvinnelige informanter som de hadde utsatt for vold. 75 personer møtte kriteriene for inklusjon og ble invitert til å delta på en personlig evaluering. 63 personer ble tilfeldig plassert i en av behandlingsgruppene, Substance abuse- domestic violence treatment approach (**SADV**) eller Drug counselling (**DC**). DC representerer vanlig rusbehandling blant denne populasjonen og er anvendt som kontroll i denne studien (TAU). DC tok for seg følgende tema i løpet av 12 ukers behandling.

DC (Drug counselling)	
1.	Introduksjon om avhengighet og symptomer for avhengighet
2.	Prosesser for bedring del 1
3.	Prosesser for bedring del 2
4.	Kontrollere abstinenser: personer, steder og ting
5.	Bedring av parforholdet
6.	selvhjelpsgrupper
7.	Etablere et support-system
8.	Kontrollere følelser i bedringsprosessen
9.	Håndtere skam, skyld, farlige situasjoner og tilbakefall

10	Varsellamper for tilbakefall
11.	Håndtere «høyrisiko» situasjoner
12.	Opprettholde bedring

Tabell 3: Presentasjon av tema i DC behandlingsmodell

Det er fire valgfrie parbehandlinger i DC som utelukkende fokuserer på rusmisbruk og de tar ikke for seg behandling av IPV utøvelse. SADV er en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming som fokuserer på rusavhengighet, IPV og forholdet mellom de to. Hver sesjon fokuserer på rusavhengighet og aggresjon som de to hovedtemaene. 12 ulike tema ble presentert i løpet av 12 uker:

SADV (Integrated Substance abuse-Domestic violence treatment approach)	
1.	forståelsesmønstre for stoffmisbruk og aggresjon
2.	identifisere høyrisikosituasjoner for stoffmisbruk og aggresjon
3.	takle trang til alkoholbruk og behov for å miste kontroll
4.	Problemløsningsferdigheter knyttet til stoffbruk og konflikter med betydningsfulle personer
5.	Administrere negative stemningsstilstander
6.	bevissthet om sinne
7.	Behandling av sinne knyttet til betydningsfulle personer
8.	Kommunikasjonsferdighetstrening 1 (trening av non-verbale ferdigheter med betydningsfulle personer)
9.	Kommunikasjonsferdighetstrening 2 (trening av verbale ferdigheter med betydningsfulle personer)
10.	problemløsningsferdigheter (for eksempel problemer relatert til rusmiddelbruk og IPV)
11.	takle kritikk
12.	beredskapsplanlegging (utløsere for stoffbruk og / eller aggresjon)

Tabell 4: presentasjon av tema i SADV behandlingsmodell

Evaluering ble gjort ved oppstart, ukentlig, månedlig, ved behandlingsavslutning (12 uker) og 3 måneder etter behandlingsslutt. Ved oppstart ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse, strukturert klinisk intervju for å kartlegge psykiatriske diagnoser, en test for å avgjøre psykososial fungering og et skjema som avgjorde erfaringer med sinneuttrykk, temperament og sinnekontroll. Når det gjaldt rusmiddelbruk, ble det gjort ukentlige evalueringer inkludert pustepøver og

urinprøver, samt selvrapportert inntak. En test for å måle sinne (CTS2) ble gjort ved oppstart, rett etter behandlingsslutt og ved 3 måneders oppfølging for å kontrollere fysisk vold. 70% av deltakerne fullførte hovedsesjonene av behandlingen. Dette er en prosentandel som overgår det som vanligvis ses hos denne pasientgruppen. Resultatene viste at deltakerne i SADV gruppen hadde signifikant færre positive kokain- urin- og pusteprøver i løpet av de 12 behandlingssukene sammenlignet med DC gruppen. Deltakerne i DC gruppen var 1,85 ganger mer sannsynlig å utøve IPV på dager hvor de drakk alkohol, sammenlignet med SADV. Dette kan tyde på at SADV behandlingen fungerer godt med tanke på å forhindre uønsket atferd som følge av tilbakefall hos pasienter i et tidlig stadiet av rusavvenningen. SADV fungerer både ved å identifisere alkohol som en risikofaktor for aggressive handlinger som truer gode parforhold, i tillegg til å introdusere en strategi for pasientene som klarer å distansere påvirkningen rusmiddelbruken har på aggresjon. Disse «overlevelseselementene» er det som ser ut til å skille DC og SADV i størst grad da dette tydelig hjelper pasientene i SADV gruppen med å skille hva som er alkoholen og hva som er aggresjonen. Deltakerne i SADV gruppen hadde signifikant færre dager med IPV utøvelse ved 3 måneders oppfølging, sammenlignet med deltakerne i DC gruppen. Resultatene fra denne studien tyder på at en integrert behandlingsmodell som behandler både rusavhengigheten og IPV samtidig, reduserer påvirkningen rusmidlene har på aggresjon mer enn hva rusbehandling alene gjør. Dette viser seg videre å ha positive resultater for forekomst av IPV.

En randomisert kontrollert pilotstudie hadde som formål å prøve ut en integrert behandlingsmetode for rus og vold som bygger på kognitiv atferdsterapi (CBT) og motiverende intervju (MI) (Chermack, Bonar, Ilgen, Walton, Cunningham, Booth & Blow, 2015). Deltakerne var personer som i løpet av siste året hadde utført vold mot andre, både partner- og ikke partnervold. Både menn (70%) og kvinner (30%) til behandling for rusavhengighet som hadde utført vold ble invitert til å delta. Deltakerne som møtte alle inklusjonskriterier og gjennomførte selvrapporteringen ved baseline fikk en godtgjørelse på 30 amerikanske dollar. Dette gjaldt 194 pasienter. 178 av disse gjennomførte et semistrukturert intervju og var kvalifiserte for randomisering. Deltakerne ble plassert i en av to behandlingsgrupper, enten **IVPT** (integrated violence prevention treatment) eller en kontrollgruppe som lignet vanlig behandling av rusavhengighet (TAU). IVPT intervensjonen var en MI og CBT basert behandlingsmetode for vold og rusavhengighet. Intervensjonen bestod av 6 sesjoner som skulle utføres i løpet av 8 uker. Sesjon 1 var designet for å innlemme prinsippene for MI og øvelser som skulle øke pasientens motivasjon for endring og hjelpe å avklare hovedområdene for de gjenværende behandlingssesjonene. Sesjon 2 til 6 tok for seg de grunnleggende prinsippene fra MI, men fokuserte i hovedsak på pasientens ferdigheter og inkluderte prinsipper fra CBT behandling. Terapeutene var

trent for både MI- og CBT behandling og hadde erfaring med det fra tidligere. TAU behandlingen var en psykoedukativ tilnærming som ikke var spesielt designet for å øke motivasjonen, gi pasienten innsikt i aggresjonen, eller gi pasienten evner til å håndtere sinne. Den bestod også av seks behandlingssesjoner og var designet for å ligne IVPT i utforming og gjennomføring. Det ble utført tester for å kartlegge omfanget av voldelige handlinger og hvem handlingene var rettet mot i tillegg til rapportering om inntak av alkohol og narkotiske stoffer. Testene ble utført før behandling og ved 3 og 6 måneders oppfølging etter behandlingsslutt. Fra baseline til tre måneders oppfølging reduserte IVPT gruppen antall dager de inntok alkohol fra 15,7% til 3,0%, mens kontrollgruppen reduserte fra 13,5% til 9,5%. Dette viser en signifikant større reduksjon i IVPT-gruppen sammenlignet med TAU-gruppen. Total voldsutøvelse var signifikant lavere ved 6 måneders oppfølging i begge grupper, og det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Det var heller ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner ved oppfølging til tross for at kvinner rapporterte høyere frekvens av partnervold per måned ved baseline. Forskerne mener noe av årsaken til at det ikke ble funnet signifikante resultater på voldsutøvelse mellom IVPT intervensjonen og TAU intervensjonen er at dette var en pilotstudie og at pilotstudier ofte ikke gir nøyaktige resultater når det gjelder effekt eller innvirkning intervensjonen har. Forskerne mener at kjønnsforskjeller når det gjelder voldsutøvelse sannsynligvis vil vises ved grundigere undersøkelser. De mener det er et stort behov for store studier utført på både kvinner og menn for å få en tydeligere oversikt over kjønnsforskjeller i behandlingsutfallet, for å muliggjøre avgrensede analyser når det gjelder alvorlighetsgraden av volden eller skadeomfanget.

Artikkelen til Kraanen, Vedel, Scholing & Emmelkamp (2013) sammenligner effekten av **I-StoP** -vist i tabell 2, med en rusbehandlingsmetode kalt CBT-SUD+. Studien ble gjennomført i Nederland fra August 2009 til Juni 2012. Deltakerne var pasienter som søkte behandling for sin rusavhengighet ved et behandlingssenter i Amsterdam, både kvinner og menn. Pasientene ble inkludert dersom de hadde utført 7 eller fler fysisk voldelige handlinger i løpet av det siste året, var diagnostisert med en avhengighet for alkohol, cannabis eller kokain, var i et intimt forhold med personen de hadde utført volden mot og var henvist til poliklinisk behandling. **CBT-SUD+** er en manuell kognitiv atferdsbehandling som kan ansees som vanlig behandlingsmetode for rusavhengighet i Nederland (TAU). I-StoP behandlingen er presentert i tabell 2. Behandlingen følger samme mal som I-StoP og har like mange sesjoner (16), men bruker mere tid på rusbehandling da I-StoP bruker halvparten av behandlingstiden på IPV. Av 1799 pasienter var det 52 som møtte alle inklusjonskriterier og de ble tilfeldig plassert i enten I-StoP gruppen eller CBT-SUD+ gruppen. Av disse 52 var det 36 menn og 16 kvinner. Frafallet var omtrent like stort i de to gruppene. Resultatene viste at deltakerne i I-StoP så

vel som CBT-SUD+ hadde signifikant flere dager uten rus og hadde signifikant mindre rusmiddelbruk etter behandling sammenlignet med før. Studien viser ingen signifikant forskjell mellom de to behandlingsmetodene hverken når det gjelder dager uten rus eller IPV, men begge behandlingsmetodene viste lavere forekomst av både rusbruk og fysisk IPV utøvelse etter endt behandling sammenlignet med før. I-StoP viser ingen reduksjon i verbal IPV fra før behandling til etter, mens CBT-SUD+ viser en tydelig reduksjon. I tillegg var det en trend at CBT-SUD+ var effektiv i å redusere påført skade, mens denne trenden ikke ble vist med I-StoP. Forskerne i denne studien mener at en behandling lignende CBT-SUD+ vil være mest hensiktsmessig for behandling av både IPV og rus samtidig. De begrunner dette med at da begge behandlingsmetodene er effektive i å redusere rusbruk og IPV blant pasienter ved rusavhengighetsinstitusjon, er CBT-SUD+ både mer kostnadseffektivt og tidsbesparende å implementere. Studien hadde et frafall på 61,2% og sto igjen med 19 pasienter da behandlingen ble avsluttet. De mener selv at antallet deltakere er for lavt til å gi en fullstendig oversikt over disse behandlingene, men da frafallet var omtrent like stort i begge behandlingsgrupper, og det er vanlig med et høyt frafall blant denne pasientgruppen, mener de likevel at forskningen er god nok til å bli vurdert.

En studie utført av Easton, Mandel, Hunkele, Nich, Rounsaville og Carroll i 2007 sammenligner to behandlingsmodeller med hverandre. **TSF** (Twelve-Step Facilitation) og **SADV** (Integrated Substans Abuse-Domestic violence treatment approach). TSF er en standard intervensjon for rusmiddelbruk som går over 12 uker med 12 ulike tema, vist i tabell 1. Terapeutene fokuserer på å hjelpe pasientene med å oppnå avholdenhet og veilede pasienten steg for steg gjennom hele prosessen med å bli frisk. SADV er en kognitiv-atferdsterapeutisk tilnærming som er utarbeidet fra et annet prosjekt som omhandler rusmisbruk, voldsutøvelse og forholdet mellom de to. Denne behandlingsmetoden går også over 12 uker og tar for seg 12 ulike tema, beskrevet i tabell 4. Deltakerne var personer som søkte hjelp for sin rusavhengighet ved en rusinstitusjon tilknyttet Yale Universitet i Connecticut. Deltakerne var menn over 18 år som møtte kriterier for rusavhengighet og var arrestert for voldsutøvelse det siste året. 84 pasienter som møtte alle kriterier ble invitert til å delta på en personlig evaluering. 75 personer startet behandling og de ble tilfeldig plassert i en av behandlingsgruppene. Rekrutteringsperioden var fra 2000 til 2003. Hver av behandlingsmetodene var manuelt håndtert og ble presentert for deltakerne i 90 minutters gruppeterapisessjoner i løpet av 12 uker. Hver gruppe bestod av en behandler og maksimalt 10 deltakere. Registreringer ble gjort ved oppstart, ukentlig, månedlig, 12 uker etter behandlingsstart og ved 6 måneders oppfølging. Ukentlige registreringer bestod av pustep prøver, urinprøver og selvrappoert alkohol- og rusbruk. Studien viste at gruppen som deltok i SADV behandlingen hadde flere dager uten alkohol i løpet av behandlingen

sammenlignet med de i TSF gruppen, mens ved oppfølging 6 måneder etter var det ingen forskjell. I løpet av behandlingsperioden viste også deltakerne i SADV gruppen færre tilfeller av voldsutøvelse enn TSF gruppen, mens ved 6 måneders oppfølging var det ingen forskjell mellom de to gruppene. Begge behandlingene viste færre tilfeller av voldsutøvelse etter behandling sammenlignet med før.

4.0 Diskusjon

Det er lite forskning på integrert behandling av rus og vold og spesielt lite i Norge og andre nordiske land. Resultatene fra denne rapporten viser som tidligere forskning at den mest hensiktsmessige måten å behandle kombinert rus- og voldsproblemer er å gjøre dette integrert, på samme tid og samme sted (Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. & Emmelkamp, P. MG. 2013). Capezza et al (2014) mener at rusinstitusjoner har en unik mulighet til å kartlegge pasientene for volds- og IPV problemer, men at dette likevel i de fleste tilfeller, ikke gjennomføres (Capezza, N. M., Schumacher, E., C. & Brady, B., C. 2014). Til tross for at kun to av studiene det refereres til i denne rapporten er norske (Sluttrapport helsedirektoratet prosjekt vold og rus, u.å. Og Norström & Rossow, 2014.), tyder mye på at dette problemet også er gjeldene her til lands. Rapporten «Sluttrapport rus og vold» forklarer at rusproblem i voldsbehandling historisk sett har blitt sett på som et forsøk på å eksternalisere voldsproblemene og at pasienter i voldsbehandling har brukt rus som en slags «unnskyldning» for voldsutøvelse (*Sluttrapport Helsedirektoratet prosjekt rus og vold, u.å.*). Dette kan være en av årsakene til at rusproblemer sjelden kartlegges ved innleggelse ved en voldsinstitusjon. Rus blir også brukt som et eksklusjonskriterie for voldsbehandling flere steder. Alternativ til vold opplever at mange som søker hjelp for sine voldsproblemer også har et rusproblem og Tyrilistiftelsen opplever at mange som søker behandling for rusproblemer også har problemer med vold. ATV kartlegger pasienter for rusproblemer ved innleggelse og ved alvorlig rusproblem henviser de klienten videre og samarbeider med spesialisthelsetjenesten om hvordan ATV kan bidra til beste for klientens bedring. Dersom rusproblemet ikke er så alvorlig tilpasser de behandlingen så den integrerer både rus og vold og forsøker å skreddersy behandlingen til å passe klienten på best mulig måte. Den integrerte behandlingen fokuserer på rus og rusepisoder, vold og voldsepisoder, triggere, regulering av følelser, alternative mestringsmåter, ansvar, konsekvenser og sammenhenger. Det er et kontinuerlig fokus på sammenhengen mellom vold og rusproblemer gjennom hele behandlingsforløpet. Det er viktig for ATV at klienten forplikter seg til å arbeide med sitt rusproblem og at dette blir avklart i forkant av behandlingsstart (Mail: Bente Lømo v/ATV).

4.1 Sammenligning av integrert- og vanlig behandling

Samtlige av studiene som sammenligner integrerte behandlingsmetoder med vanlig behandling, også kalt TAU, finner en større reduksjon av vold eller IPV blant pasientene som mottok integrert behandling sammenlignet med de som mottok TAU (Saryanarayana et al, 2016., Klostermann, 2006., Fernandez-Montalvo, Arteaga & Lòpez-Goñi, 2018. & Easton, Crane & Mandel, 2017.). Som nevnt, vil i de fleste tilfeller rusbehandling alene være nok til å redusere forekomsten av vold. Likevel er det en betydelig større reduksjon i voldsutøvelse hos pasientene som har vært til behandling for begge diagnoser kombinert. Linken mellom alkohol og aggresjon er godt forankret i forskning (Pernanen, u.å.). Det er derimot mindre kjent hvor stor betydning inntak av andre rusmidler har på aggresjon og voldsutøvelse. Boles og Miotto (2003), påpeker at ruspåvirkning ofte er tilstede i situasjoner hvor det blir utøvd vold, men at linken mellom rusmidler og vold påvirkes av flere sosiale og økonomiske faktorer, i hvilken setting rusmidlene anvendes og biologiske prosesser som er grunnleggende for all menneskelig oppførsel. I tillegg til alkohol viser studier at også amfetamin og kokain kan spille en avgjørende faktor for voldelig oppførsel. Likevel mener Boles og Miotto (2003) at denne sammenhengen er meget kompleks og at det aller mest avhenger av andre faktorer, individuelle og miljømessige. Ofte er sammenhengen mellom rus og vold sett i sosiale settinger, hvor settingen er det som avgjør det voldelige utfallet. Dette kan være ved narkotikadistribusjon eller situasjoner der vold er utøvd for å få tak i narkotika eller få penger til narkotika.

De integrerte behandlingsmetodene bygger ofte på kognitiv atferdsteori (CBT) som fokuserer på problemløsning og innsikt i sammenheng mellom tanker, handlinger og følelser. Dette omfatter mer enn kun behandling av rus- og voldsproblemet og ansees som en viktig faktor for å lykkes med integrert behandling. I studien til Kraanen, Vedel, Scholing og Emmelkamp (2013) sammenlignes en CBT- behandlingsmetode som ansees som vanlig rusbehandling i Nederland, med en integrert behandlingsmetode på rus og IPV. Begge behandlingsmetodene reduserte forekomsten av rusmiddelbruk og IPV utøvelse tilsvarende, fra før behandling til etter. Til tross for at integrert behandling i de aller fleste tilfeller regnes som den beste måten å redusere både rus og IPV problemer, viser CBT-SUD+ behandlingen like stor reduksjon, selv om den kun er utviklet for å behandle rus. Det er naturlig å anta at dette skyldes at kognitiv atferdsterapi er grunnlaget for CBT-SUD+. Til tross for at dette er en rusbehandling, er én time av behandlingen rettet mot vold. Dette kan også tenkes å påvirke metodens gode behandlingsutfall på IPV. Studien til Chermack et al (2015) designet en intervensjon for rus og vold som baserte seg på prinsipper fra både motiverende intervju og kognitiv atferdsterapi. Intervensjonen var basert på tidligere CBT-behandlingers effekt på

rusbehandling og en teori om at motiverende intervju (MI) kunne forbedre denne effekten ytterligere. De påpeker at MI kan være spesielt hensiktsmessig for å redusere mellommenneskelig konflikt basert på en tidligere studie som viste at pasienter med mye rus hadde stort utbytte av en behandlingsmetode basert på prinsipper fra MI.

4.2 Integrerte behandlingsmetoder

Flere av de integrerte behandlingsmodellene anvendes i ulike studier. I-StoP går igjen som en god metode for å redusere både rusavhengighet og IPV utøvelse. I begge studiene hvor I-StoP er anvendt fremkommer det gode resultater av behandlingen. I studien til Kraanen, Vedel, Scholing og Emmelkamp (2013) hvor I-StoP sammenlignes med CBT-SUD+ vises ingen signifikant forskjell når det gjelder dager uten rus eller fysisk IPV utøvelse ved oppfølging, men begge behandlingsmodellene viser signifikante resultater på reduksjon av både rus og IPV. Behandlerne av I-StoP anbefales å anvende grunnprinsipper fra MI i hele behandlingen. Det blir også brukt en arbeidsbok hvor pasienten får ulike oppgaver fra hver sesjon og registrerer rusbruk og IPV utøvelse. Selvregistrering er anvendt i flere behandlingsmetoder, men kun I-StoP bruker arbeidsbok med hjemmeoppgave mellom hver behandlingssesjon. Norsk forening for kognitiv terapi anser hjemmeoppgave som meget viktig da det gir pasienten mulighet til å øve seg på fremgangsmåter den kan benytte seg av ellers i hverdagen (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å.). Hjemmeoppgaver er viktig i kognitiv terapi da det gir bedre behandlingsresultater, fremmer motivasjon og innsats, og styrker den terapeutiske alliansen. Det er meget viktig å evaluere og bearbeide hjemmeoppgaven sammen slik at man kan anvende dette i videre behandling. Hjemmeoppgavene kan ha ulikt omfang, men må tilpasses pasienten og være realistiske og overkommelige. I studien til Kraanen, Scholing, Hamdoune og Emmelkamp (2014) hvor I-StoP er anvendt som behandlingsmetode på én pasient med rus og IPV problemer. Her har I-StoP god effekt når det gjelder reduksjon av IPV, men liten eller ingen effekt på reduksjon av alkohol og rus. Da denne studien kun omfatter én person er det noe usikkert om dette er en trend for behandlingen eller om dette handler om andre faktorer. Basert på at I-StoP viser gode resultater i en annen studie med flere deltakere og personen i studien til Kraanen, Scholing, Hamdoune og Emmelkamp (2014) selv påpeker manglende motivasjon for å redusere rusinntaket, er det naturlig å anta at I-StoP likevel er en god metode for integrert behandling av rus og vold.

En annen integrert behandlingsmetode som går igjen i flere studier er SADV som er en kognitiv atferdsterapeutisk metode som fokuserer på rusavhengighet, IPV og forholdet mellom de to. I begge

studiene hvor SADV anvendes viser metoden signifikant reduksjon i både rusbruk og IPV utøvelse. I den ene studien er SADV sammenlignet med en vanlig behandlingsmetode for rusavhengighet, hvor SADV viser betydelig bedre resultater for både rus og IPV, både underveis i behandlingen og ved oppfølging 3 måneder etter (Easton, Crane og Mandel, 2017). I studien til Easton, Mandel, Hunkele, Nich, Rounsaville og Carroll (2017) sammenlignes SADV med en effektiv behandlingsmetode på rusavhengighet (TSF). Også i denne studien viser SADV reduksjon i IPV og rus fra før behandling til etter. I løpet av behandlingsperioden viser SADV bedre resultater enn TSF, mens 6 måneder etter behandling var det ingen forskjell mellom behandlingsmetodene. Disse studiene viser begge at SADV er en god integrert behandlingsmetode for å redusere både IPV utøvelse og rusbruk.

En kognitiv atferdsterapeutisk intervensjon kalt ICBI hadde som formål å redusere IPV blant alkoholavhengige menn (Satyanarayana et al., 2016.). Et annet formål med ICBI var å bedre den psykiske helsen til deltakernes koner og barn. ICBI ble sammenlignet med en vanlig behandlingsmetode og viste signifikant større reduksjon i IPV, mens det var ingen forskjell når det gjaldt reduksjon av alkohol mellom de to gruppene. ICBI viste lavere forekomst av psykiske problemer hos deltakernes ektefeller. Funnene fra studien viser at ICBI er en gjennomførbar og effektiv metode i å redusere IPV og alkohol hos en sårbar pasientgruppe og bedre psykisk helse hos deres familie. Denne studien er utført i India og det kan diskuteres om resultatene er overførbare til Norge. ICBI metoden bygger på kognitiv atferdsteori som flere av de andre metodene og designet på behandlingen ligner flere av de andre integrerte modellene. Studien ble inkludert bl.a. fordi det ikke ble satt kriterier for land, basert på generelt få treff på søket om integrert behandling av rus og vold.

Studien til Fernandez-Montalvo, Arteaga og López-Goñi fra 2018 implementerer en behandlingsmetode for IPV i en eksisterende rusbehandling i Spania. Deltakerne som hadde historie med IPV utøvelse ble enten plassert i vanlig rusbehandling (TAU) eller IPVP behandlingen. Deltakerne i IPVP behandlingen hadde signifikant lavere forekomst av IPV ved oppfølging og en stor reduksjon i rusbruk sammenlignet med før behandling. Til tross for at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom deltakerne i TAU og IPVP gruppen når det gjaldt rusbruk, viste deltakerne i IPVP gruppen en noe større reduksjon ved 6 måneders oppfølging. Frafallet i TAU gruppen var større enn i IPVP gruppen og den totale bedringen var betydelig større i IPVP gruppen sammenlignet med TAU (58% vs. 17%). Studien til Timko, Valestein, Stuart og Moos (2015) viser også bedre resultater av rusbehandling ved de institusjonene som også tilbyr behandling for IPV. Med disse resultatene kan IPVP behandlingsmetoden ansees som en vellykket og effektiv behandlingsmetode for å redusere IPV

og rus. Å implementere IPV behandling i et allerede eksisterende rusbehandlingstiltak kan være en kostnad- og ressurseffektiv metode å gjennomføre integrert behandling. Capezza, Schumacher & Brady (2014) påpeker viktigheten av å kartlegge for IPV ved innleggelse i rusbehandling og mener dette kan bedre mulighetene for behandling. Til tross for at forskning viser at rusbehandling i seg selv er nok for å redusere IPV utøvelse, viser de integrerte behandlingsmodellene signifikant større reduksjon. IPV behandlingen viser lavere frafall fra behandling enn TAU hos pasientene med dobbeltdiagnose rus og vold, noe også studien til Timko, Valestein, Stuart og Moos (2015) viser. Dette er med på å påpeke viktigheten av integrert behandling i de tilfeller med dobbeltdiagnose. Bennett (2008) mener det finnes ulemper ved integrert behandling, bl.a. at det kan føre til større stress for pasienten og øke pasientens motstand mot behandlingen. Denne påstanden motbevises av Timko, Valestein, Stuart og Moos (2015) og Fernandez-Montalvo, Arteaga og López-Goñi (2018). Pasienter til rusbehandling ved Tyrilistiftelsen mener det er positivt om de også kartlegges og behandles for vold i tilfeller hvor det er behov for det (Sluttrapport helsedirektoratet prosjekt rus og vold, u.å.). Undersøkelsen fra Tyrilistiftelsen viser at en stor andel av pasientene som er innlagt for rusbehandling har historie med voldsutøvelse, og denne trenden vil mest sannsynlig være lik ved andre rusbeholdingsinstitusjoner.

I oversiktsstudien til Klostermann (2016) nevnes BCT (Behavioral Couples Therapy) som en effektiv behandlingsmetode på rus og IPV. BCT er en parbasert behandlingsstrategi hvor formålet er at støtte fra partneren skal bidra til avholdenhet og at partneren skal lære strategier for å redusere forekomsten av IPV. Klostermann viser til at flere studier finner signifikant reduksjon i forekomst av IPV og rusbruk ved BCT behandling og at BCT er en kostnads- og resultateffektiv behandlingsmetode for integrert rus og IPV. Flere andre studier har innslag av parterapi i behandlingen (Easton, Crane og Mandel, 2017., Kraanen, Vedel, Scholing og Emmelkamp, 2013. & Kraanen, Scholing, Hamdoune og Emmelkamp, 2014.). Ingen av de andre studiene anvender derimot BCT som en egen behandlingsmodell. Det kan tenkes å være positivt å involvere partneren i terapi i de tilfellene hvor det er snakk om partnervold slik at terapeuten får et tydeligere inntrykk av situasjonen hvor volden har oppstått. Det kan være betryggende for partneren å få delta og føle en viss kontroll over hva som foregår i behandlingene. Samtidig er det veldig viktig å skille mellom utøveren og offeret og ikke få voldshandlingene til å fremstå som et felles ansvar (Klostermann, 2016. Weil, 2018.). En annen faktor ved parterapi som kan virke mot sin hensikt er om temaer som blir tatt opp i terapitimen eskalerer og fasiliteter for vold utenfor terapi. Samtidig kan det å diskutere forhold rundt voldshendelsene i trygge rammer være frigjørende og forebygge nye hendelser av IPV.

4.3 Kjønnforskjeller i behandling

Flere studier viser at det oftest er menn som utfører voldelige handlinger og i tilfellene hvor det er snakk om intim partnervold er det stort sett mannen som er utøver og kvinnen som er offer (Pernanen, u.å., Weil, 2018.). Oversiktsstudien til Capezza, Schumacker og Brady (2014) viser at rusinstitusjonene som også tilbyr behandling for IPV ofte kun tilbyr behandling til kvinner, mens rusinstitusjonene som tilbyr behandling til menn sjeldnere tilbyr IPV behandling. Årsaken til at det er slik er ikke forklart, men det kan tenkes at partnervolden kan være utløsende årsaken til rusproblemene. De fleste studiene i denne rapporten tilbyr kun behandling til menn. Studien til Kraanen, Vedel, Scholing og Emmelkamp (2013) tilbyr behandling til begge kjønn og skiller ikke mellom kjønn videre i behandlingen. Stuart, Moore, Ramsey og Kahler (2003) studerte sammenhengen mellom alkohol og vold blant voldelige kvinner og konkluderte med at behandlingsmodeller som behandler både vold og rus er beste alternativ for disse pasientene. De mener at voldsbehandlingene bør tilby behandling på rus i tillegg eller at det bør inngå som en integrert del av behandlingen. En annen studie utført på kvinnelige voldsforbrytere hevder at integrerte behandlingsmetoder for vold og rus vil bidra til lavere sannsynlighet for at kvinnene utøver vold igjen og for at de blir utsatt for vold av andre (Stuart, Moore, Ramsey & Kahler, 2004). Forskerne i denne studien mener også at i de tilfellene hvor institusjonene som tilbyr voldsbehandling ikke er i stand til å tilby rusbehandling bør pasientene henvises til et annet godt alternativ. Studien til Klostermann (2006) viser at i tilfeller hvor pasienter blir henvist til to ulike behandlingsintervensjoner er ofte frafallet veldig stort og for å lykkes med kombinert behandling må behandlingen foregå samtidig, på samme sted. Til tross for at man ofte ser en større forekomst av voldshendelser utført av menn, viser ikke studien til Chermack et al (2015) signifikante forskjeller i behandlingsutfall mellom menn og kvinner. Forskerne mener at kjønnforskjeller når det gjelder voldsutøvelse sannsynligvis vil vises ved grundigere undersøkelser. F.eks. resulterer vold utført av menn oftere i skade og alvorlig skade enn vold utført av kvinner. De mener også at det ligger ulik motivasjon bak voldshandlingen og at denne motivasjonen er viktig for å forstå hvorfor noen utøver vold. Å få tak på disse forskjellene kan være avgjørende for å utvikle gode og effektive behandlingstilbud hvor det er mulig å tilpasse seg pasienten. Ziedonis (2004) påpeker viktigheten av å tilrettelegge for individuelle forskjeller for å treffe pasienten og dens motivasjon for endring.

4.4 Styrker og svakheter ved studiene

Et kriterie for inklusjon var at artiklene skulle omhandle integrert behandling. En av oversiktsartiklene omhandler integrert behandling av rus og psykisk helse, mens resten omhandler rus og vold (Ziedonis, 2004). Årsaken til at den likevel er med er at den tar for seg viktige aspekter av integrert behandling uavhengig om det handler om rus og vold eller rus og psykisk helse. Artiklene omfatter personer som utøver vold og ikke offer for vold. Rusmisbrukere som blir utsatt for vold er ekskludert fra studien. Artiklene som omfatter HIV er ekskludert fra studien. Det var et ønske fra prosjektledelsen at artiklene skulle stamme fra Skandinavia, evt. Europa, men som følge av svært få treff fra disse landene ble alle artikler som omhandler integrert behandling på rus og vold inkludert. Til tross for at artiklene kommer fra andre land og kontinenter er det sannsynlig at resultatene ville vært forholdsvis like om samme studiene hadde blitt gjennomført i Norge. Folkehelseinstituttet har sammenlignet norske helsetjenester med andre OECD land og har som formål å gi en oversikt over hvordan helsesystem i ulike land fungerer (Saunes, Helgeland & Lindahl, 2014). Rapporten omhandler kun europeiske OECD land, men kan likevel fungere som en pekepinn på hvordan situasjonen er i Norge sammenlignet med andre steder. Det er mest sannsynlig lite som skiller rus- og voldspasienter i Norge og andre land og behandlingsinstitusjonene, behandlingspersonell og utstyr kan enkelt tilpasses. To av studiene er gjennomført i Nederland, et land som kan sammenlignes med Norge på mange områder, bl.a. når det gjelder menneskelig utvikling som baserer seg på helse, økonomi og utdanning (FN- Sambandet, 2017). Flere andre studier i rapporten er gjennomført i USA. Mye av forskningen som ligger til grunn i behandling av rus og vold i Norge stammer fra USA og det er dermed naturlig å anta at mye foregår likt. Det som derimot er meget ulikt mellom Norge og USA er kostnader rundt behandling. I USA betales over halvparten av helseutgiftene fra private finansieringsordninger (SSB, 2016). I Norge er om lag 85% av helseutgiftene offentlig finansiert. Det kan tenkes at dette påvirker resultatene noe. De norske helseutgiftene ligger på topp blant OECD landene og samtidig leverer norsk helsevesen resultater bedre enn gjennomsnittet. De integrerte behandlingsmetodene er ofte basert på samme prinsipper og ligner mye på hverandre. Dette er med på å styrke effekten av behandlingene til tross for at de er gjennomført i andre land.

Det var også et ønske fra prosjektgruppa at rapporten skulle omfatte hele livsløpet, fra gravide, barn og ungdom til eldre og både kvinner og menn. Det har vært vanskelig å finne aktuelle artikler som omfatter annet enn voksne. Som nevnt er det ofte kun menn som har deltatt i studiene og ofte er det et kriterie at deltakerne skal være over 18 år. Studien til Saryanarayana et al (2016) har ingen øvre aldersbegrensning, men det fremkommer ikke hvilken alder deltakerne har annet enn

gjennomsnittet. I studien til Fernandez-Montalvo, Arteaga og López-Goñi (2018) er det en nedre aldersgrense på 18 og en øvre aldersgrense på 65 år. Det er helt tydelig et stort behov for forskning på rus og vold blant disse befolkningsgruppene.

Det forekommer en viss sammenheng mellom inntak av androgene- anabole steroider (AAS) og vold, men denne sammenhengen er størst i de tilfellene hvor AAS blir inntatt sammen med andre rusmidler (Lundholm, Frisell, Lichtenstein & Långström, 2014). En studie viser at AAS i seg selv ikke trigger aggresjon, men likevel fører til en økt risiko for voldsutøvelse blant rusmisbrukere (Lundholm, Käll, Wallin & Thiblin, 2010). I en studie utført ved en norsk rusbehandlingsinstitusjon opplyser 40,5% av mennene og 20% av kvinnene at de også har brukt doping i tillegg til andre rusmidler (Nøkleby, 2013). Disse tallene kan si noe om viktigheten av å også betrakte AAS og andre dopingpreparater som rusmidler. Det er ikke gjort egne søk på AAS eller andre dopingpreparater i litteratursøket i denne rapporten, men dersom det hadde vært noe relevant om integrert behandling, rus og vold ville dette kommet med. Dersom det skal utføres lignende søk i fremtiden kan det være spennende å inkludere androgene- anabole steroider som et eget søkeord.

Alle studiene i rapporten har et forholdsvis lavt antall deltakere. Studien til Saryanarayana et al (2016) har det høyeste antallet på 177 deltakere. De andre artiklene har rundt 70, mens studien til Kraanen, Vedel, Scholing og Emmelkamp (2013) har kun 52 deltakere. Antallet som blir rekruttert er ofte mye høyere, men mange faller fra før oppstart, enten på grunn av at de ikke møter kriteriene for inklusjon eller at de selv ikke ønsker å delta. I studien til Kraanen et al (2013) ble 1799 pasienter rekruttert. Studien til Kraanen, Scholing, Hamdoune og Emmelkamp (2014) har kun én deltaker. Dette er et case studie hvor formålet kun var å se behandlingseffekten på denne ene pasienten. Det er en svakhet at studiene omfatter få deltakere og det er med på å senke resultatenes validitet og reliabilitet. Det som derimot er med på å styrke resultatene er at studiene viser mye av det samme og at behandlingsmetodene som anvendes er designet rundt samme grunnprinsipper.

Oppfølgingstiden etter behandlingen slutt varier i de ulike studiene. Studiene til Kraanen et al (2014), Fernandez-Montalvo et al (2018), Chermack et al (2018) og Easton et al (2007) har alle oppfølging av deltakerne 6 måneder etter behandlingsslutt. Studien til Kraanen et al (2013) har kun 8 uker oppfølging etter behandlingsslutt. Det er naturlig å anta at man får et tydeligere bilde av hvordan behandlingen har fungert jo lengre tid etter behandlingsslutt man utfører evalueringen. I noen av studiene ser man at resultatene ikke lenger er gjeldende ved 6 måneders oppfølging (Easton, Mandel, Hunkele, Nich, Rounsaville & Carroll, 2007., Kraanen, Scholing, Hamdoune & Emmelkamp,

2014.). Ved å gjøre evaluering kun 8 uker etter behandling kan man anta at driven fra behandlingen fremdeles er gjeldende og at pasienten ikke har kommet inn i vanlige hverdagsrutiner enda. Det er derfor en styrke dersom studien har lang oppfølgingstid i etterkant av avsluttet behandling.

5.0 Konklusjon

Resultatene fra denne studien viser at integrerte behandlingsmetoder på vold og rus fungerer effektivt og at det bør etterstrebes å tilby pasienter med dobbel diagnose behandling for begge tilstander ved samme behandlingsinstitusjon. Institusjoner som tilbyr behandling for enten rus eller vold bør kartlegge pasienter ved innleggelse og tilby behandling for begge problemer integrert i tilfeller hvor det er aktuelt. Pasienter med dobbeltdiagnose har lavere frafall i behandling dersom de deltar i integrerte behandlingsopplegg. De integrerte behandlingsmetodene som bygger på grunnprinsipper fra kognitiv atferdsterapi (CBT) og motiverende intervju (MI) ser ut til å være mest effektive. Dette gjelder f.eks. SADV, IPV-P og I-StoP. CBT metodene fokuserer på problemløsning, praktiske oppgaver og innsikt i forholdet mellom tanker, handlinger og følelser. Dette viser seg å være en hensiktsmessig tilnærming for å styrke pasientens motivasjon for endring. Ingen av studiene er utført i Norge og svært få er utført i Europa. Basert på tydelige funn og gjennomgående stor behandlingseffekt for flere av de integrerte metodene er det naturlig å anta at disse funnene kan overføres til norske forhold. Søkene ga få eller ingen treff på andre befolkningsgrupper enn voksne menn. Det er derfor vanskelig å si hvordan disse behandlingsmetodene fungerer på andre befolkningsgrupper. Det er et stort behov for forskning på behandling av vold og rus blant andre befolkningsgrupper, som barn og unge, eldre, gravide og kvinner. Det er generelt sett få studier gjort på integrert behandling av vold og rus og spesielt i Norge og Norden. Det er et tydelig behov for flere slike studier i fremtiden.

6.0 Referanseliste:

Bennet. L. W. (2008). Substance abuse by men in partner abuse intervention programs: current issues and promising trends. *Violence and Victims, Volume 23. Numer 2, 2008*. DOI: 10.1891/0886-6708.23.2.236

Bjørnstad. K. E. & Gråwe. R. W. (2014). Integrert behandling av rus og psykiske lidelser i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling: Evaluering av implementeringstiltak. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 1-2014(10).

Boles. S. M. & Miotto. K. (2003). Substance abuse and violence A review of the literature. *Aggression and violent behavior*. 8 (2003) 155-174.

Capezza. N. M., Schumacher. E. C. & Brady. B. C. (2014). Trends in intimate partner violence services provided by substance abuse treatment facilities: findings from a national sample. *Journal of family violence*. (2015) 30:85-91. DOI: 10.1007/s10896-014-9649-7.

Chermack. S. T., Bonar. E. E., Ilgen. M. A., Walton. M. A., Cunningham. R. M., Booth. B. M. & Blow. F. C. (2015). Developing an integrated violence prevention for men and women in treatment for substance use disorders. *Journal of interpersonal violence*. Vol. 32(4), 2017. DOI:10.1177/0886260515586369.

Cochrane Training. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Kapittel 6.2.1.8. Grey literature databases. Hentet fra: https://handbook-5-1.cochrane.org/index.htm#chapter_6/6_2_1_8_grey_literature_databases.htm

Crane. C. A. & Easton. C. J. (2017). Integrated treatment options for male perpetrators of intimate partner violence. *Drug and alcohol review*(2017). 36, 24-33. DOI: 10.1111/dar.12496.

Curtis. A., Coomber. K., Droste. N., Hyder. S., Palmer. D. & Miller. P. G. (2017). Effectiveness of community-based interventions for reducing alcohol-related harm in two regional sites in Victoria, Australia. *Drug and alcohol review*(2017). 36, 359-368. DOI: 10.1111/dar.12501.

Det kongelige barne- og likestillingsdepartementet. (2016-2017). *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>

Duke University (2018). *Systematic Reviews: the process: Grey Literature*. Hentet fra: <https://guides.mclibrary.duke.edu/sysreview/greylit>

Easton. C. J., Crane. C. A. & Mandel. D. (2017). A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance- dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-somestiv violence treatment approach. *Journal of Marital and Family Therapy*. DOI: 10.1111/jmft.12260.

Easton. C. J., Mandler. D. L., Hunkele. K. A., Nich. C., Rounsaville. B. J. & Carroll. K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The american journal on addictions*, 16: 24-31, 2007. DOI: 10.1080/10550490601077809.

Fernàndez-Montalvo, J., Artegata, A., & Lòpe-Goñi, J. J. (2018). Treatment effectiveness of intimate partner violence perpetration among patients in a drug addiction program. *Psychology of Violence*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000184>.

FN- Sambandet- United Nations Association of Norway. (2017). Sammenlign verdens land. Lokalisert 2. oktober 2018. Hentet fra: [https://www.fn.no/Land/Samanburdur-landa/\(country1\)/306/\(country2\)/300](https://www.fn.no/Land/Samanburdur-landa/(country1)/306/(country2)/300)

Gilchrist. G., Radcliffe. P., Noto. A. R. & D'Oliveira. A. F. P. L. (2017). The prevalence and factors associated with ever perpetrating intimate partner violence by men receiving substance use treatment in Brazil and England: A cross- cultural comparison. *Drug and alcohol review* (January 2017), 36, 34-51. DOI: 10.1111/dar.12436.

Helsedirektoratet. (2015, 30. Oktober). *Alkohol og helse*. Hentet fra: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/alkohol/alkohol-og-helse>.

Helsedirektoratet. (2012). *Opptappingsplan for rusfeltet- resultat og virkemidler*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/235/Opptappingsplanen-for-rusfeltet-resultat-og-virkemidler-IS-1999.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Klostermann, K. C. (2006). Substance abuse and intimate partner violence: treatment considerations. *Biomed central*. 1:24. doi: 10.1186/1747-597x-1-.

Kraanen. F. L., Scholing. A., Hamdoune. M. & Emmelkamp. P. M. G. (2014). Integrated Treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP): A case study. *Clinical case studies 2014*, Vol. 13(3) 203-217. DOI: 10.1177/1534650113506037.

Kraanen. F. L., Vedel. E., Scholing. A. & Emmelkamp. P. M. G. (2013). The comparative effectiveness of Integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry 2013*. 13:189.

Lundholm. L., Frisell. T., Lichtenstein. P. & Långström. N. (2014). Anabolic androgenic steroids and violent offending: confounding by polysubstance abuse among 10 365 general population men. *Addiction Research Report*. 110, 100–108. doi:10.1111/add.12715.

Lundholm. L., Käll. K., Wallin. S. & Thiblin. I. (2010). Use of anabolic androgenic steroids in substance abusers arrested for crime. *Drug and alcohol dependence*. 111(2010) 222-226. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2010.04.020.

Moher. D., Liberati. A., Tetzlaff. J. & Altman. D. G. (2009). Research Methods & Reporting. *British Medical Journal*. 2009; 339: b2535. DOI: 10.1136/bmj.b2535.

Mossige. S., Stefansen. K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge- Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA velferdsforskningsinstituttet. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Norsk forening for kognitiv terapi. (u.å.). Bruk av hjemmeoppgaver i kognitiv terapi. Hentet fra: <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/12/Hjemmeoppgaver-3-forskjellige---velser.pdf>

Nøkleby. H. (2013). Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female patients in drug addiction treatment. *Nordic studies on alcohol and drugs*. DOI: 10.2478/nsad-2013-0025.

Pernanen. K. (u.å.) *Alkohol og vold*. Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/459/Alkohol-og-vold-IS-1072.pdf>

Prosjektbeskrivelse rus og vold. (2018). Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Midt. Hentet fra: https://rvtsmidt.no/kompetanseheving/prosjekter/kompetanseutvikling-rus-og-vold/14-mai-prosjektbeskrivelse-rus_vold/

Satyanarayana. V. A., Nattala. P., Selvam. S., Pradeep. J., Hebbani. S., Hegde. S. & Srinivasan. K. (2016). Integrated Cognitive Behavioral Intervention Reduces Intimate Partner Violence Among Alcohol Dependent Men, and Improves Mental Health Outcomes in their Spouses: A Clinic Based Randomized Controlled Trial from South India. *Journal of substance abuse treatment* 64(2016) 29-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.005>.

Saunes. I. S., Helgeland. J. & Lindahl. A. K. (2014). Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2014. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/norsk-helsetjeneste-sammenliknet-med-andre-europeiske-oecd-land-2014>

Skretting. A., Vedøy. T. E., Lund. K. E. & Bye. E. K. (2016). *Rusmidler i Norge 2016- Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbud*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler_i_norge_2016.pdf

Sluttrapport til Helsedirektoratet, prosjekt "Rus & Vold" – et samarbeid mellom Tyrilistiftelsen og Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV). (u. å.). Hentet fra: <file:///C:/Users/marif/Documents/kunnskapsoppsummering/Sluttrapport-rus-og-vold-prosjektet.pdf>

Statistisk sentralbyrå. (2016). Bruker Norge mye på helse? Publisert 30. November 2016. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/bruker-norge-mye-pa-helse>

Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015). Folkehelsemeldingen - mestring og muligheter. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Stuart. G. L., Moore. T. M., Kahler. C. W. & Ramsey. S. E. (2003). Substance abuse and relationship violence among men court-referred to batterers' intervention programs. *Substance abuse, vol.24, no. 2, june 2003*.

Stuart. G. L., Moore. T. M., Ramsey. S. E. & Kahler. C. W. (2003). Relationship aggression and substance use among women court-referred to domestic violence intervention programs. *Addictive Behaviors* 28(2003) 1603-1610. DOI: 10.1016/j.addbeh.2003.08.038.

Stuart. G. L., Moore. T. M., Ramsey. S. E. & Kahler. C. W. (2004). Hazardous drinking and relationship violence perpetration and victimization in women arrested for domestic violence. *Journals of studies on alcohol and drugs*. 2004 Jan;65(1):46-53.

Swartz. M. S., Swanson. J. W., Hiday. V. A., Borum. R., Wagner. R. & Burns. B. J. (1998). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (1998) 33*: 75-78.

Timko. C., Valenstein. H., Stuart. G. L. & Moos. R. H. (2015). Substance abuse and batterer programmes in California, USA: factors associated with treatment outcomes. *Health Soc Care Community*. 2015 November; 23(6): 642-653. doi:10.1111/hsc.12178.

Veileder, kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. (u. å.). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra:

<https://www.nkvts.no/sites/komplan/Innhold/Sider/Omfang-av-vold.aspx>

Ziedonis. D. M. (2004). Integrated Treatment of Co-occurring mental illness and addiction: Clinical Intervention, Program, and system perspectives. *CNS Spectrums*. 2004;9(12):892-904,925.

Weil. A. (2018). *Intimate partner violence: Intervention and patient management*. Sist oppdatert: 15. Juni 2018. Hentet fra: https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-intervention-and-patient-management?search=violence%20drugs&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6