

Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling.

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25 –2008

Kunnskapsoppsummering



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Kunnskapssenteret har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å utføre en kunnskapsoppsummering om psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose **Metode:** Vi utarbeidet litteratursøk i Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CRD databases og SveMed+ og brukte søkefilter som identifiserte systematiske oversikter. Vi gjennomgikk søketreffene og vurderte artikler for inklusjon i henhold til følgende inklusjonskriterier: Studiedesign: Systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier. Populasjon: Personer over 15 år med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (inkludert personer med enkelte alvorlige angstlidelser). Tiltak: Ti psykososiale behandlingstiltak (som er beskrevet nærmere i rapporten). Kontrolltiltak: Andre psykososiale tiltak, behandling som vanlig eller ingen behandling. Utfall: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå. Vi brukte GRADE for å vurdere dokumentasjonsstyrken for de rapporterte resultatene. **Resultat:** To nyere systematiske oversikter av høy og moderat kvalitet ble inkludert og utgjorde kunnskapsgrunnlaget i rapporten. **Konklusjon:** De syste-

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-222-0 ISSN 1890-1298

nr 25-2008

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

matriske oversiktene ga lite støtte for at de inkluderte psykososiale tiltakene har bedre eller dårligere effekt enn andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig. En oversikt indikerte at motiverende intervju muligens gir flere pasienter som avstår fra alkohol sammenlignet med psykoedukasjon. Det er også mulig at motiverende intervju kombinert med kognitiv atferdsterapi har bedre effekt på sosialt funksjonsnivå og livstilfredshet sammenlignet med behandling som vanlig (bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler).

Tittel Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse
Del 2 Effekt av psykososial behandling

Institusjon Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Ansvarlig John-Arne Røttingen, *direktør*

Forfattere	Ingvild Kirkehei	Kunnskapssenteret
	Kari Ann Leiknes	Kunnskapssenteret
	Lillebeth Larun	Kunnskapssenteret
	Karianne Thune Hammerstrøm	Kunnskapssenteret
	Jørgen G. Bramness	Senter for rus- og avhengighetsforskning
	Rolf W. Gråwe	SINTEF helse
	Helge Haugerud	Sykehuset Innlandet
	Valborg Helseth	Universitetet i Oslo
	Anne Landheim	Sykehuset Innlandet
	Kari Lossius	Bergensklinikkene
Helge Waal	Universitetet i Oslo	

ISBN 978-82-8121-222-0

ISSN 1890-1298

Rapport Nr 25 - 2008

Prosjektnr. 280

Rapporttype Kunnskapsoppsummering, oversikt over oversikter

Antall sider 87

Oppdragsgiver Helsedirektoratet v/divisjon psykisk helse og rus

Sitering Kirkehei I, Leiknes KA, Larun L, Hammerstrøm KT, Bramness JG, Gråwe RW, Haugerud H, Helseth V, Landheim A, Lossius K, Waal H. Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. Rapport nr 25 - 2008.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo, oktober 2008

Oppsummering

Problemstilling: Rapporten oppsummerer effekten av ti psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose (samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse). De til behandlingstiltakene er integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, familierapi, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, boligtiltak og sysselsettingstiltak. Rapporten oppsummerer hvordan behandlingstiltakene virker sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig og rapporterer følgende utfallsmål: bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, funksjonsnivå og livskvalitet.

Metode: Vi søkte etter systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier på personer over 15 år med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. De systematiske oversiktene ble inkludert i henhold til våre inklusjonskriterier og kvalitetsvurderinger. Vi oppsummerte resultatene som var rapportert i de systematiske oversiktene og brukte GRADE for å vurdere dokumentasjonsstyrken for resultatene.

Resultat: To systematiske oversikter utgjorde kunnskapsgrunnlaget i rapporten. Oversiktene rapporterte resultater fra studier på syv av behandlingstiltakene. Enkelte resultater var statistisk signifikante: Motiverende intervju hadde positiv effekt på alkoholkonsum sammenlignet med psykoedukasjon. Kognitiv atferdsterapi kombinert med motiverende intervju hadde positiv effekt på henholdsvis funksjonsnivå og livstilfredshet sammenlignet med bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler. Studier på de andre tiltakene hadde enten meget lav dokumentasjonsstyrke eller viste ingen statistisk signifikante resultater. Resultatene var imidlertid basert på enkeltstående studier, ofte med få deltakere og metodiske svakheter. De fleste resultatene fikk derfor en dokumentasjonsstyrke på middels, lav eller meget lav og gjorde det vanskelig å trekke klare konklusjoner. Vi fant ingen studier på effekten av boligtiltak, sysselsettingstiltak eller familietiltak.

Konklusjon: De to systematiske oversiktene ga lite støtte for at de inkluderte psykososiale tiltakene har bedre eller dårligere effekt enn andre tiltak. Oversiktene indikerte mulige positive effekter for motiverende intervju alene eller i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi. Det er behov for ytterligere forskning på dette området.

Key messages

Dual diagnoses – Severe Mental Illness and Substance Use Disorder. Part 2 – Effect of psychosocial interventions

Objective: The report summarizes the effects of psychosocial interventions for persons with dual diagnosis. More specifically the effects on substance use, mental state, functioning and quality of life were investigated for the following psychosocial interventions: integrated treatment, case management, assertive community treatment, cognitive behavioural therapy, motivational interviewing, family therapy, social skills training, self-help groups, housing care and vocational rehabilitation. The report summarizes the effects of the interventions compared to other psychosocial interventions or treatment as usual.

Methods: We searched for systematic reviews based on randomized controlled trials encompassing persons over 15 years with serious mental illness and substance use disorder. The systematic reviews were included according to our inclusion criteria and quality assessments. We summarized the reported results and used GRADE to evaluate the quality of the evidence and strength of recommendations.

Results: We included two systematic reviews which reported results for seven of the ten psychosocial interventions. For motivational interviewing a positive effect on alcohol consumption compared to psychoeducative therapy was revealed. For cognitive behavioural therapy combined with motivational interviewing there was a positive effect on social functioning and life satisfaction compared to treatment as usual (e.g. psycho-educative treatment and group discussions). As for the other interventions, there were either no statistically significant results or the quality of the evidence was very low. The results were based on single heterogeneous studies with relatively small populations and methodological limitations. We found no systematic reviews including relevant studies on the effects of family therapy, housing care and vocational rehabilitation.

Conclusion: The systematic reviews gave no compelling evidence to support one type of psychosocial intervention over other interventions. There was some support for motivational interviewing alone or in combination with cognitive behavioural therapy. Further research is needed in order to improve the evidence in this field.

Sammendrag

BAKGRUNN

Kunnskapscenteret har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å utføre en kunnskapsoppsummering om psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose.

PROBLEMSTILLING

Rapporten oppsummerer effekten av ti psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose (samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse). De til behandlingstiltakene er integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi (CBT), motiverende intervju (MI), familieterapi, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, boligtiltak og sysselsettingstiltak. Rapporten oppsummerer hvordan behandlingstiltakene virker sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig og rapporterer følgende utfallsmål: bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, funksjonsnivå og livskvalitet.

METODE

Vi utarbeidet litteratursøk i Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CRD databases og SveMed+ og brukte søkefilter som identifiserte systematiske oversikter. Vi gjennomgikk søketreffene og vurderte artikler for inklusjon i henhold til følgende inklusjonskriterier: **Studiedesign:** Systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier. **Populasjon:** Personer over 15 år med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (inkludert personer med enkelte alvorlige angstlidelser). **Tiltak:** Ti psykososiale behandlingstiltak (beskrevet i problemstillingen). **Kontrolltiltak:** Andre psykososiale tiltak, behandling som vanlig eller ingen behandling. **Utfall:** Bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå. Vi valgte ut systematiske oversikter som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene. Vi brukte GRADE for å vurdere dokumentasjonsstyrken for de rapporterte resultatene.

RESULTAT

Litteratursøket inkluderte 495 titler. 13 av disse var systematiske oversikter som oppfylte våre inklusjonskriterier. De 13 systematiske oversiktene ble kvalitetsvurdert og kontrollerte for overlapp mht. til inkluderte enkeltstudier. To nyere systematiske oversikter av høy og moderat kvalitet ble inkludert og utgjorde kunnskapsgrunnlaget i rapporten. Oversiktene rapporterte resultater fra studier på syv av de ti tiltakene vi ønsket å se på: integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, sosial ferdighetstrening og selvhjelpsgrupper.

Studiene på case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening og selvhjelpsgrupper viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom tiltaks- og kontrollgruppen. Studier på integrert behandling og på motiverende intervju alene og i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi viste statistisk signifikante forskjeller for enkelte utfallsmål:

- En studie undersøkte effekten av integrert CBT. Tiltaksgruppen fikk CBT for både alkohollidelsen og sosial fobi og kontrollgruppen fikk CBT kun for alkohollidelsen. Etter tre måneder viste tiltaksgruppen noe høyere alkoholkonsum enn kontrollgruppen. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som meget lav. Studier på andre typer av integrert behandling viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
- En studie undersøkte effekten av motiverende intervju sammenlignet med psykoedukasjon. Etter seks måneder viste studien statistisk signifikant forskjell i favør av motiverende intervju. Da var andelen som *ikke* hadde avstått fra alkohol lavere hos gruppen som fikk denne behandlingen (42 %) enn hos gruppen som fikk psykoedukasjon (92 %). Relativ risiko var 0.36. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som lav.
- To studier som sammenlignet effekten av CBT + motiverende intervju med behandling som vanlig viste signifikante forskjeller på henholdsvis funksjonsnivå og livskvalitet. Den ene studien fant at CBT + motiverende intervju ga høyere skåre for sosialt funksjonsnivå enn behandling som vanlig (etter tolv måneder). Gjennomsnittlig skåre på Social Functioning Scale var da 108.41 i tiltaksgruppen og 101.14 i kontrollgruppen (WMD var 7.27). Innholdet i kontrollbehandlingen ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten. Den andre studien viste en signifikant forskjell mht. livstilfredshet (etter seks måneder). Gjennomsnittlig skåre på Brief Quality of Life Scale var da noe bedre i gruppen som fikk CBT + motiverende intervju (4.79) enn i kontrollgruppen (4.21). (WMD var 0.58.) Kontrollgruppen fikk behandling som vanlig bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler. Dokumentasjonsstyrken for disse utfallene ble vurdert som middels.

Vi fant ingen systematiske oversikter som rapporterte fra relevante studier på boligtiltak, sysselsettingstiltak og familietiltak.

DISKUSJON

Vi fant noe støtte for motiverende intervju alene og i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi. Imidlertid hadde flere av de beskrevne enkeltstudiene metodiske svakheter knyttet til utførelse og rapportering. Studiene varierte mht. populasjon, behandlingstiltak, utfallsmål og behandlingens intensitet og lengde. Resultatene for hvert utfallsmål var, med få unntak, basert på enkeltstående studier, ofte med få deltakere. Dette gjorde det vanskelig for forfatterne av de systematiske oversiktene å gjøre meta-analyser. Effektestimatene hadde ofte vide konfidensintervaller og flere av utfallene var i de systematiske oversiktene ikke analysert på grunn av asymmetriske data. Samlet sett har dette svekket dokumentasjonstyrken og gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om effekten av de ti tiltakene.

Resultatene var basert på studier utført i USA, Storbritannia og Australia hvilket kan gi begrensninger mht. representativitet og overførbarhet til norske forhold. Vi valgte å ikke inkludere resultater fra kvasieksperimentelle studier og observasjonsstudier fordi forklaringene av resultatene fra slike studier kan være forbundet med større usikkerhet enn ved randomiserte kontrollerte studier.

KONKLUSJON

De systematiske oversiktene ga lite støtte for at de inkluderte psykososiale tiltakene har bedre eller dårligere effekt enn andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig. En oversikt indikerte at motiverende intervju muligens gir flere pasienter som avstår fra alkohol sammenlignet med psykoedukasjon. Det er også mulig at motiverende intervju kombinert med kognitiv atferdsterapi har bedre effekt på sosialt funksjonsnivå og livstilfredshet sammenlignet med behandling som vanlig (bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler). Vi vet ikke om integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi alene, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, sysselsettingstiltak, boligtiltak eller familierapi har bedre eller dårligere effekt enn andre tiltak. Mange av studiene viste metodiske svakheter knyttet til utførelse og rapportering og det er behov for mer og bedre forskning på dette området.

Executive summary

Dual diagnoses – Severe Mental Illness and Substance Use Disorder. Part 2 – Effect of psychosocial interventions

BACKGROUND

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services was commissioned by The Norwegian Directorate of Health to summarize the effect of psychosocial treatment for persons with dual diagnosis.

OBJECTIVE

The report summarizes the effects of psychosocial interventions for persons with dual diagnosis (co-occurring severe mental illness and substance use disorder). More specifically the effects on substance use, mental state, functioning and quality of life were investigated for the ten following psychosocial interventions: integrated treatment, case management, assertive community treatment, cognitive behavioural therapy (CBT), motivational interviewing, family therapy, social skills training, self-help groups, housing care and vocational rehabilitation. The report summarizes the effects of the interventions compared to other psychosocial interventions or treatment as usual.

METHOD

We performed a literature search in MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Library, CRD Databases and SveMed+ using search filters to identify systematic reviews. The inclusion of the literature was based on the following criteria:

Study design: Systematic reviews of randomized controlled trials (RCTs).

Population: Persons over 15 years with severe mental illness and substance use disorder.

Interventions: Ten psychosocial interventions (as mentioned under “Objectives”).

Control interventions: Other psychosocial interventions, treatment as usual or

no treatment. **Outcomes:** Substance use, mental state, functioning and quality of life.

We included systematic reviews according to the inclusion criteria, assessed the quality of the reviews and summarized the results. We used the GRADE system to evaluate the quality of the evidence and the strength of recommendations.

RESULTS

The literature search retrieved 495 titles. Of these, 13 were systematic reviews that matched our inclusion criteria. We assessed the quality of the reviews and identified the amount of overlap of included single studies. Based on this we included two systematic reviews appraised to have high and moderate quality. The two systematic reviews reported results from RCTs on seven of the ten psychosocial interventions: integrated treatment, case management, assertive community treatment, cognitive behavioural therapy (CBT), motivational interviewing, social skills training and self-help groups.

Studies on integrated treatment and motivational interviewing alone or in combination with CBT revealed statistically significant differences on some outcomes:

- One study compared integrated CBT (for alcohol disorder and social phobia) with CBT for the alcohol disorder alone. After three months the patients who received integrated CBT had a higher alcohol consumption than those in the control group. However, the recommendation strength for this result was very low. Studies on other types of integrated treatment revealed no statistically significant results.
- One study found that motivational interviewing led to a larger reduction in alcohol consumption (after six months) compared to psycho-educative treatment. The number of patients *not* abstaining from alcohol was lower in the group receiving motivational interviewing (42 %) than in the control group (92 %). Relative Risk was 0.36. This result was rated to have a low strength of recommendation.
- Two separate studies reported positive effects of motivational interviewing combined with CBT. One study found an improvement in social functioning compared to treatment as usual, after twelve months. Mean score on the Social Functioning Scale was 108.41 in the treatment group and 101.14 in the control group. However, the control treatment was not described in the systematic review. One study found an improvement in life satisfaction compared to i.a. psycho-educative treatment and group discussions, after six months. Life satisfaction score on the Brief Quality of Life Scale was 4.79 in the treatment group compared to 4.21 in the control group. WMD was 0.58. Both outcomes were rated to have a medium strength of recommendation.

Studies on case management, assertive community treatment, CBT alone, social skills training and self-help groups disclosed no statistically significant results. We found no systematic reviews on the effects of family therapy, housing care and vocational rehabilitation.

DISCUSSION

There was some support for the effectiveness of motivational interviewing alone and in combination with CBT. However, the studies reported in the systematic reviews used a variety of interventions, study populations and outcome measures. The results were predominantly based on single studies, often with small population sizes, skewed outcome data and other methodological limitations. Consequently the majority of the results had a recommendation strength between medium and very low and it is difficult to reach a clear conclusion.

All studies included in the two systematic reviews were from USA, UK or Australia. Generalizability and application to the Norwegian population is thereby limited. The report does not summarize all research in the dual diagnoses field. In order to limit bias, we excluded results based on quasi-experimental and observational studies.

CONCLUSION

The systematic reviews reported no compelling evidence demonstrating the superiority of one type of psychosocial intervention over another intervention. However, there was some indication of motivational interviewing having a positive effect on alcohol consumption. There were also indications of motivational interviewing combined with cognitive behavioural therapy having a positive effect on social functioning and quality of life. It was not possible to conclude on the effects of the other ten psychosocial interventions. Further research is needed in order to improve the knowledge in this field.

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarises and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in the health services, in addition to monitoring the quality of the health services. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate of Health, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority for developing or implementing health policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
PB 7004 St. Olavs plass
N-0130 Oslo, Norway

Innhold

OPPSUMMERING	2
KEY MESSAGES	3
SAMMENDRAG	4
EXECUTIVE SUMMARY	7
INNHold	10
FORORD	12
PROBLEMSTILLING	13
INNLEDNING	14
Pasientgruppen	14
Behandlingstilbudet i Norge	17
Psykososiale behandlingstiltak	19
Andre behandlingstiltak	22
METODE	23
Innhenting av litteratur	23
Seleksjonskriterier	23
Utvelgelse, kvalitetsvurdering og analyse av studier	24
RESULTATER	25
Kunnskapsgrunnlaget	25
Integrert behandling	27
Case management	30
Aktivt oppsøkende behandling	31
Kognitiv atferdsterapi	32
Motiverende intervju	36
Sosial ferdighetstrening	41
Selvhjelpsgrupper	42
Boligtiltak	43
Sysselsettingstiltak	43
Familietiltak	43
Oppsummering	44

DISKUSJON	45
Hovedfunn	45
Styrker og svakheter ved metoden	47
Behov for videre forskning	48
KONKLUSJON	49
REFERANSER	50
VEDLEGG	55
Vedlegg 1 Diagnoser	55
Vedlegg 2 Søkestrategi	56
Vedlegg 3 Sjekkliste for kritisk vurdering	60
Vedlegg 4 GRADE	60
Vedlegg 5 Vurdering av metodisk kvalitet	61
Vedlegg 6 Enkeltstudier	62
Vedlegg 7 Litteratur ekskludert på grunnlag av fulltekst	64
Vedlegg 8 Inkluderte systematiske oversikter/ Included systematic reviews	67
Vedlegg 9 GRADE-tabeller	77
Vedlegg 10 Forkortelser og utvalgte begrepsforklaringer	86

Forord

Helsedirektoratet ved Divisjon psykisk helse og rus har bestilt en gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for screening, diagnostikk og psykososial behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Problemstillingen besvares i to rapporter.

Kunnskapssenteret samarbeider med eksterne fagfolk for å sikre klinisk forankring og ekstern validitet. Arbeidsformen er basert på samhandling mellom kompetansen som finnes i Kunnskapssenteret når det gjelder gode metoder for å utarbeide kunnskapsoppsummeringer og kompetansen hos fagfolk. Takk til prosjektgruppen for godt samarbeid og til observatører Gitte Huus og Knut Boe-Kielland. Vi takker Olav Espegren, Arild Schillinger, Hege Kornør og Atle Fretheim for fagfelle vurdering og Bjørn Hoffmann for gode innspill. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Denne rapporten er ment å hjelpe helsepersonell og andre beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. All forskningsbasert dokumentasjon må sees i sammenheng med andre relevante forhold, for eksempel ressurser til rådighet, verdier i samfunnet, pasienters behov og egne erfaringer.

Prosjektgruppen har bestått av:

Ingvild Kirkehei, *prosjektleder*

Kari Ann Leiknes

Lillebeth Larun

Karianne Thune Hammerstrøm

Valborg Helseth, *faglig leder*

Jørgen G. Bramness

Rolf W. Gråwe

Helge Haugerud

Anne Landheim

Kari Lossius

Helge Waal

Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret

Universitetet i Oslo

Folkehelseinstituttet

SINTEF helse

Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet

Bergensklinikkene

Universitetet i Oslo

Gro Jamtvedt

Liv Merete Reinar

Björg Høie

Ingvild Kirkehei

Avdelingsdirektør

Forskningsleder

Forskningsleder

Forskningsbibliotekar

Problemstilling

Rapporten oppsummerer effekten av ulike psykososiale behandlingstiltak for pasienter med dobbeldiagnose (samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse).

Følgende spørsmål ønskes besvart: Hvilken effekt har de følgende ti psykososiale tiltak på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, funksjonsnivå og livskvalitet?

1. Integrrert behandling
2. Case management
3. Aktivt oppsøkende behandling
4. Kognitiv atferdsterapi
5. Motiverende intervju
6. Familieterapi
7. Sosial ferdighetstrening
8. Selvhjelpsgrupper
9. Boligtiltak
10. Sysselsettingstiltak

Rapporten oppsummerer hvordan behandlingstiltakene virker sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig.

Innledning

Helsedirektoratet arbeider med faglige retningslinjer for kartlegging og behandling av personer med dobbeldiagnoser. I den forbindelse har Kunnskapscenteret fått i oppdrag å utføre en kunnskapsoppsummering om kartleggingsverktøy (screening og diagnostikk) og om psykososiale behandlingstiltak. Kunnskapsoppsummeringen utgis i to deler. Del 1 om kartleggingsverktøy ble publisert i januar 2008 (1). Del 2, som omhandler effekten av ulike psykososiale behandlingstiltak, foreligger her.

PASIENTGRUPPEN

Personer med ruslidelser og personer med psykiske lidelser har tradisjonelt blitt behandlet både i rusmiddelomsorgen og i det psykiske helsevernet. Personer som behandles av tverrfaglige spesialiserte rustjenester har ofte psykiske lidelser (2;3) og personer som behandles av det psykiske helsevernet har ofte ruslidelser (4-6). Komorbiditet er en generell medisinsk betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser. Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir noe upresist omtalt som dobbeldiagnose (7). Begrepene komorbiditet og dobbeldiagnose anvendes i litteraturen ofte om hverandre, og kan henseile til ulike definisjoner og ulik alvorlighetsgrad av ruslidelse og psykisk lidelse (7-9). I denne rapporten omfatter begrepet dobbeldiagnose samtidig forekomst av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse.

Pasienter med dobbeldiagnose er en heterogen gruppe med ulike diagnosekombinasjoner, type misbruk, alder og nettverk (7). Som andre pasienter kan de ha perioder med redusert sykdomsinnsikt, varierende grad av behandlingsmotivasjon og evne til å oppsøke hjelp. Deres somatiske helse er utsatt og alvorlige sykdommer kan være uoppdaget eller ubehandlet. Gjentatte akuttinnleggelser og avgiftninger er vanlig og mange blir kortvarig tvangsbehandlet innen psykisk helsevern (8). Pasientens pårørende og sosiale nettverk er ofte belastet etter mange år med vanskeligheter (10). Det sosiale nettverket for personer med ruslidelse og samtidig psykisk lidelse kan være lite og er i mange tilfeller preget av stoff- og alkoholbruk. Både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er assosiert med funksjonssvikt og redusert mestringsevne. De kommunale tjenestene har derfor store utfordringer knyttet til det å tilby adekvat arbeid/aktivitet, og tilpassede boliger mangler ofte (8). Pasientene vil trenge omfattende behandlingstiltak fordi

behovet for hjelp, støtte, omsorg og behandling vil være på flere plan og flere områder samtidig.

Denne rapporten omhandler personer som har en alvorlig psykiske lidelse og ruslidelse. Alvorlig psykisk lidelse er ingen presis sykdomsgruppe, men kan forstås som personer med psykiske lidelser som i vesentlig grad hemmer pasientens psykososiale fungering. Dette inkluderer evnen til å arbeide, ivareta mellommenneskelige relasjoner og ta vare på seg selv (6;10;11).

I denne rapporten omfatter alvorlig psykiske lidelse følgende ICD-10 diagnoser: schizofreni, schizotyp, paranoide psykoser; akutte og forbigående psykoser, vrangforestillingslidelse, schizoaffektive lidelser samt andre ikke-organiske eller uspesifisert ikke-organisk psykose; manisk episode og bipolar affektiv lidelse; alvorlig depressiv episode med eller uten psykotiske symptomer; tilbakevendende alvorlig depressiv lidelse med eller uten psykotiske symptomer; paranoid personlighetsforstyrrelse, schizoid personlighetsforstyrrelse, dyssosial (antisosial) personlighetsforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Pasienter benevnt med alvorlig psykisk lidelse er også inkludert. I tillegg har vi valgt å inkludere pasienter med følgende diagnoser: agorafobi med eller uten panikklidelse, sosial fobi, generalisert angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse.

Ruslidelse defineres i denne rapporten som psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes skadelig bruk og avhengighet av minst ett av følgende psykoaktive stoffer: alkohol, opiater, cannabinoider, sedativa og hypnotika, kokain og amfetamin og andre stimulantia, hallusinogener, flyktige løsemidler, eller andre psykoaktive stoffer. Skadelig bruk/avhengighet av tobakk og caffein er ikke inkludert.

Vedlegg 1 inneholder en oversikt over diagnosekodene i ICD-10 og DSM-IV (12;13).

Forekomst

Forekomst i den generelle befolkningen

Vi har få publikasjoner som viser hvor mange i Norge som har både psykiske lidelser og ruslidelser. *Befolkningsstudier* fra Europa og USA har vist at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer sammen. Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser (14;15). En befolkningsstudie fra seks europeiske land viste at det var en sterk sammenheng mellom alkoholavhengighet, angst og depresjon (14). Dette gjaldt særlig generalisert angstlidelse og agorafobi. For depresjon var sammenhengen noe svakere. Amerikanske studier basert på National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) har vist klare sammenhenger mellom ruslidelser og psykisk lidelser, sistnevnte særlig i form av depresjon, angst- og personlighetsforstyrrelser (16;17).

Forekomst av psykiske lidelser hos pasienter som får behandling for ruslidelser

Undersøkelser fra *behandlingspopulasjoner* er for det meste gjennomført blant pasienter i avhengighetsbehandling (tiltak for tverrfaglig spesialisert rusbehandling) eller blant pasienter i psykisk helsevern. Studier fra tiltak for avhengighetsbehandling viste varierende tall. De vanligste lidelsene i rusbeholdingspopulasjoner var angst (8-66 %, median 38 %), depresjon (16-44 %, median 30 %) og personlighetsforstyrrelser (11-100 %, median 61 %) (18).

I Norge er det gjennomført få studier som systematisk har kartlagt symptomlidelser (akse I, DSM (19)) og personlighetsforstyrrelser (akse II DSM(19)) blant personer med ruslidelser (2;3;20-22). De få studiene som finnes, viser (i likhet med studier fra Europa og USA) høye forekomster. Rus- og psykiatriundersøkelsen i Hedmark og Oppland er den eneste norske studien som har kartlagt forekomst og sammenhenger mellom symptomlidelser og ruslidelser i et større klinisk utvalg ved bruk av standardiserte diagnoseverktøy (2). Pasienter i rusavhengighetsbehandling hadde en høy livstidsforekomst av agorafobi (48 %), sosial fobi (47 %) og depresjon (44 %). To tredjedeler av de med psykiske lidelser oppga at deres psykiske lidelse debuterte minst ett år før ruslidelsen (20). 40 % av pasientene hadde tidligere mottatt behandling i psykisk helsevern (2).

Forekomst av ruslidelser hos pasienter som får behandling for psykiske lidelser

En rekke studier fra psykisk helsevern har kartlagt forekomst av bruk, skadelig bruk, misbruk eller avhengighet av stoff, medikamenter og alkohol. Mange studier viste en høy forekomst av ruslidelser hos personer med psykiske lidelser, særlig hos dem med de mest alvorlige psykiske lidelsene (6;23-28). Blant sistnevnte med alvorlig psykisk lidelse er livstidsforekomsten av skadelig bruk/misbruk eller avhengighet på mellom 40 % og 60 % (29). En oversiktartikkel over studier hovedsakelig fra USA, konkluderer med at opp til 50 % av personer med schizofreni som er i behandling også har en ruslidelse (30).

De få norske studiene som er gjennomført viser også en høy forekomst av rusproblemer og ruslidelser blant psykiatriske pasienter. Noen av studiene er basert på rapporterte diagnoser (31-33). Andre studier er basert på bruk av standardiserte kartleggingsverktøy (4;5;34;35). Ut fra disse studiene kan det se ut som om pasienter ved akutt- og sterkavdelinger har den høyeste forekomsten av ruslidelser (31). I akuttpsykiatrien varierte forekomsten av ruslidelser fra 20 % til 47 % (5;31;35). Blant pasienter med psykose varierte forekomsten av ruslidelser fra 14 % til 33 % (31;33;34). I en studie av psykosepasienter innlagt i psykiatrisk sykehus, rapporterte 54 % at de hadde ruset seg på ett eller flere rusmidler i måneden før innleggelsen, og 40 % av alle hadde brukt illegale rusmidler (4). En kartlegging i 2003-2004 av pasienter i psykisk helsevern viste at 25 % av pasientene i poliklinisk behandling og 26 % ved voksenpsykiatriske institusjoner hadde et middels til stort

rusmiddelmissbruk siste uke før behandlingsstart (32). Imidlertid mangler opplysninger om bruk av stoff, medikamenter og alkohol hos ca. 20 % av inneliggende pasienter.

En tilsvarende kartlegging ble også gjennomført ved tiltak for avhengighetsbehandling, men tallene er usikre da ICD-10 diagnoser i liten grad ble benyttet. Tre firedeler av pasientene hadde ikke fått anført noen psykiatrisk diagnose. 47 % av de som ble diagnostisert hadde en psykiatrisk diagnose i tillegg til ruslidelsen. Dette kan tyde på at det også er en underdiagnostisering av psykiske lidelser i tiltak for avhengighetsbehandling (32).

En ny norsk studie (36) viste at livstidsforekomsten av bruk av illegale rusmidler hos pasienter med psykotiske lidelser var 44 % høyere enn i den generelle befolkningen. Livstidsforekomsten av amfetamin- og kokainbruk var hele 160 % høyere enn i den generelle befolkningen. Dette gjaldt pasienter som var stabilisert og kan gi et noe annet bilde enn undersøkelser av pasienter i akuttfasen.

BEHANDLINGSTILBUDET I NORGE

Personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse har to tilstander som krever langvarig tverrfaglig behandling tilpasset de problemene den enkelte opplever. Dette gir behov for individualiserte og sammensatte tiltak fra flere aktører i helse- og sosialtjenesten og det stiller store krav til hjelpeapparatet når det gjelder samhandling og kompetanse. Det har innenfor dette feltet tradisjonelt vært en oppsplitting i to tjenester, rus og psykiatri, og ansvarsfordelingen knyttet til hvilke tjenester pasienter med rus- og psykiske lidelser tilhører er noe uklar. Det ser imidlertid ut til at de to tjenestetilbudene er i ferd med å nærme seg hverandre og i større grad behandler pasienter med både ruslidelse og samtidig psykisk lidelse.

Organisering av tjenestetilbud

Tidlig på 1990-tallet ble det i St. meld.nr.69 (1991-92) (37) påpekt at personer med ruslidelse og psykiske problemer representerte et omfattende og vanskelig problem for det ordinære hjelpeapparatet. Stortingsmeldingen understreket behovet for et nærmere samarbeid mellom tiltakene for rusmiddelmissbrukere og det psykiske helsevernet. I St. meld.nr.25 (1996-1997) (38) ble det lagt fram en helhetlig plan for tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, deriblant også for personer med dobbeldiagnose. På bakgrunn av Stortingsmelding nr. 25 og etter anbefalinger fra Statens Helsetilsyn, ble det i Rundskriv I-36-2001 (39) satt søkelyset på tjenestenes utforming og behovet for samarbeid og koordinert innsats mellom ulike forvaltningsnivåer og instanser. Det ble poengtert at mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser ville trenge utredning og behandling fra de spesialiserte tjenestene og oppfølging i kommunene. De ulike tiltakene kunne gis samtidig eller i

planlagt rekkefølge.

I 2004 overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere (Ot.prp. nr. 54 2002-2003) (40).

Rusreformen innebar at ruspoliklinikker eller team for ruslidelser ble organisert som en del av de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) innen spesialisthelsetjenesten. DPS fikk et tilleggsansvar for å behandle pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. Det er ulik praksis ved DPS-ene når det gjelder hvordan de fordeler pasienter med psykiske lidelser og samtidige ruslidelser mellom allmennpsykiatri og rusteam. Mens en del allmennpsykiatriske poliklinikker viderehenviser alle pasienter med ruslidelser til rusteamene, foretar mange en inntaksvurdering og viderehenviser kun personer med "primære" ruslidelser til rusteamene.

Denne praksisen kan ha betydning for det behandlingstilbudet pasientene mottar. Undersøkelser indikerer at kvaliteten på den psykiatriske behandlingen er dårligere i rustiltakene enn innen psykisk helsevern (33). Tilsvarende indikerer data at kvaliteten på rusbehandlingen er bedre ved rustiltakene enn i psykisk helsevern. Det finnes imidlertid ingen nyere forskning som viser omfanget av poliklinisk behandling av pasienter med ruslidelser innen psykisk helsevern, eller for omfanget av behandling av psykiske lidelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

De regionale helseforetakene har ansvar for all tverrfaglig spesialisert behandling av personer med ruslidelser. Dette omfatter ansvar for avgiftning, spesialisert utredning og behandling, inkludert ansvaret for institusjonsplasser der personer med ruslidelser kan holdes tilbake uten eget samtykke (iht. sosialtjenesteloven). Det synes å være variasjon mellom helseforetakene når det gjelder innholdet i og organiseringen av behandlingstilbudet.

Landets kommuner er i henhold til Lov om sosiale tjenester og Lov om kommunehelsetjenesten pålagt hjelpe- og behandlingsansvar for personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Noen byer og kommuner har etablert spesialiserte lavterskeltilbud som følger opp personer med dobbeldiagnoser, gjerne i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner er det Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) som samordner og koordinerer tiltak for pasienter med dobbeldiagnoser.

Utfordringer innen feltet

Gode behandlingstilbud for personer med dobbeldiagnose forutsetter klare og entydige retningslinjer for organisering, ansvars- og oppgavefordeling. St.prp.nr. 1 (2007-2008) (41) peker på behovet for bedre samhandling og samtidighet i behandling av pasienter med dobbeldiagnose. Kompetansen på psykiatrisk diagnostikk og behandling må styrkes, både i rusfeltet og psykiatrien og det er behov for et offentlig servicetilbud som kan tilby mer enn tradisjonell primær- og

sekundær behandling. Målet er at pasienter med en samtidig psykisk lidelse og ruslidelse skal få helhetlige og sammenhengende tjenester.

PSYKOSOSIALE BEHANDLINGSTILTAK

I denne rapporten undersøker vi effekten av ulike psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose. Psykososial behandling er en fellesbetegnelse for ikke-medikamentell behandling med utgangspunkt i psykologiske og sosialfaglige metoder. De psykologiske metodene vil ofte være individrettede og behandlingen vil fokusere på å bedre sosiale ferdigheter, at pasienten skal ta kontroll over sitt eget liv og nå sine personlige mål. De sosialfaglige tiltakene retter seg oftere mot å tilpasse pasientens omgivelser. Formålet er at pasienten skal integreres i samfunnet og behandlingen fokuserer på strukturerte, konstruktive og meningsfulle aktiviteter (42;43).

Det finnes en rekke ulike psykososiale behandlingstiltak. Tiltakene kan gis individuelt eller i gruppe, vare i kort eller lang tid, administreres av ulike hjelpetiltak eller som en kombinasjon av flere tiltak. Behandlingstiltakene er ikke skarpt avgrenset og er gjerne overlappende.

I denne rapporten ønsker vi å oppsummere effekten av ti ulike psykososiale tiltak. Tiltakene kan inndeles i tre kategorier: Tiltak som fokuserer på organiseringen av behandlingen, psykoterapeutiske behandlingstiltak og sosialrettede oppfølgingstiltak. Nedenfor følger en kort beskrivelse av de ti tiltakene.

Organisering av behandlingen

Tre av tiltakene omhandler ulike måter å strukturere og organisere behandlingen på. Disse tiltakene er sammensatt av flere forskjellige behandlingstiltak.

Integrert behandling betegner en type organisatorisk rammeverk. Prinsippet er at pasienten behandles for både ruslidelse og psykisk lidelse samtidig og behandlingen består av integrerte tjenestetilbud levert av samme behandlingsteam (8). Dette ses i motsetning til tradisjonelle sekvensielle eller parallelle behandlingsopplegg hvor pasienten behandles for psykiske lidelser og ruslidelser hver for seg eller av forskjellige behandlingsteam (6;8;44). Integrert behandling inneholder følgende sentrale komponenter: felles beslutningstaking mellom alle berørte parter, integrerte tjenester, allsidighet, aktivt oppsøkende virksomhet, redusering av negative konsekvenser av rusbruken (skadereduksjon), langsiktig perspektiv, motivasjonsfremmende tiltak, og tilgang til en rekke psykoterapeutiske behandlingsmetoder (6).

Case management er en behandlingsmetode som skal ivareta samordning, formidling, kontinuitet og støtte rundt pasienter med behov for tjenester fra flere

sektorer. Behandler (ofte kalt case manager) fungerer som en type ombudsmann mellom pasienten og de ulike tjenesten. Dette skal sikre en systematisk behandlingsplanlegging, koordinering og vurdering av de ulike behandlingsformene. Målet er å gi pasienten kontinuerlig oppfølging slik at tilbudet blir styrt av hans/hennes daglige behov og ikke de behovene som kommer til syne ved innleggelser eller kriser (6;8).

Aktivt oppsøkende behandling er basert på et tverrfaglig team med behandlere som treffer aktive tiltak for å engasjere pasientene, også de som er motvillige til å motta behandling. Ved å tilby praktisk hjelp i pasientenes naturlige bomiljø, etableres det for noen lettere et tillitsforhold mellom behandler og pasient (6). Et eksempel på oppsøkende behandlingstiltak er Uteseksjonen i Oslo som henvender seg til ungdom med rusproblemer (8).

Psykoterapeutisk behandling

Disse tiltakene har til felles at de foregår gjennom direkte kommunikasjon mellom pasient og terapeut, gjerne i form av samtaleterapi.

Kognitiv atferdsterapi er en betegnelse for psykoterapeutisk behandling som fokuserer på å utvikle nye mestringsferdigheter og påvirke oppfattelse, læring og tenkning. Formålet er å redusere pasientens symptomer og hjelpe ham/henne med å nå viktige personlige målsettinger. Terapien kan foregå individuelt eller i grupper og kan rettes mot problemer i forhold til både ruslidelse og psykisk lidelse. Pasienten får ofte hjelp til å utvikle en handlingsplan for å redusere rusmiddelbruket og unngå tilbakefall (6;8). Videre i denne rapporten betegnes kognitiv atferdsterapi som CBT (Cognitive Behavioural Therapy).

Motiverende intervju (også kalt endringsfokuserert rådgivning) er en behandlingsform som hovedsakelig er rettet mot ruslidelser. Pasienten får hjelp til å formulere personlige mål, innse hvordan ruslidelsen hindrer ham/henne i å oppnå disse målene og videre motiveres til å jobbe med rusbruken for å nå målene.

Behandlingen består vanligvis av fire hovedfaser:

Kontaktetablerings/vurderingsfase, motivasjonsfase, aktiv behandlingsfase, og oppfølgingsfase. Motiverende intervju kan foregå både som individuell, gruppe- og familierapi (6). Videre i denne rapporten betegnes motiverende intervju som MI.

Familierapi kan inndeles i familiesamarbeid og atferdsterapi. Familiesamarbeid har til formål å styrke alliansen mellom pasienten og dennes familie, samt relasjonen til behandlingsteamet. Behandler tar kontakt med familien, etablerer tillit, informerer og involverer. Formålet er bl.a. å bedre familiemedlemmenes kunnskaper om dobbeldiagnosen, redusere familiekonflikter, fremme behandlingsoppfølging og redusere rusbruken og dets negative innvirkning på familien (6). Atferdsterapi med familier gir familien systematisk opplæring i

kommunikasjon, samarbeidsferdigheter og problemløsning. Denne behandlingsstrategien er spesielt relevant når pasientens forhold til familien er vanskelig og når familien samtidig utgjør en ressurs for pasienten (6).

Sosialrettede oppfølgingstiltak

De fire siste tiltakene er sosialrettede oppfølgingstiltak som settes inn for å hjelpe pasienten med å integreres i samfunnet.

Sosial ferdighetstrening skal gi pasienten konkrete ferdigheter i å styrke sine mellommenneskelige og sosiale relasjoner. Pasienten lærer ferdigheter som kreves for å oppnå effektiv kommunikasjon og atferd i ulike situasjoner. Behandlingen kan foregå som individualterapi eller gruppeterapi. Gjennom for eksempel rollespill lærer pasienten ferdigheter knyttet til ulike situasjoner som å avvise tilbud om rusmidler, mestre ruspress, mestre kommunikasjonsferdigheter, etablere og opprettholde vennskap, være selvhevdende, mestre konflikter og løse problemer (6).

Selvhjelpsgrupper består av en gruppe mennesker med samme lidelse som møtes for å dele erfaringer og støtte hverandre. Selvhjelpsgruppene drives ofte av lokale selvhjelpsorganisasjoner. Den mest kjente selvhjelpsgruppen er Anonyme Alkoholikere (AA) for personer med alkohollidelser. AA bygger på en trinnvis modell (tolv trinn) for å oppnå og opprettholde rusfrihet. Flere andre selvhjelpsgrupper bygger på lignende tolvtrinnsfilosofi. Narcotics Anonymous (NA) er en selvhjelpsgruppe for mennesker med ruslidelser generelt. Det finnes også relativt nye selvhjelpsgrupper for personer med dobbeldiagnoser, bl.a. amerikanske Dual Recovery Anonymous og Double Trouble in Recovery (6;45).

Boligtiltak kan være spesialiserte boligprogrammer som inkluderer kommunal tildeling og tilrettelegging av bolig. Boligene har ofte ulik toleransegrense for bruk av rusmidler og er tilpasset pasientene i deres ulike behandlingsfaser (6). Noen tildeles individuell bolig og andre tildeles kollektiv bolig med fast bemanning (8). "Prosjekt bostedsløse" er et avsluttet norsk boligprosjekt med formål å bl.a. utvikle metoder til å motvirke bostedsløshet og etablere lokale helhetlige boligløsninger (46). Like viktig som tildeling av bolig er det at pasienten lærer å fungere i sin egen bolig. Dette kan også innebære trening i Activities of Daily Living (eller ADL-trening).

Syssettingstiltak har til formål å hjelpe pasienten med å komme ut i arbeid. Dette kan foregå via offentlig støttede arbeidstiltak og en arbeidskonsulent som kjenner til potensielle arbeidsgivere og passende jobber. Et anerkjent program er Individual Placement and Support (IPS-modellen) som fokuserer på rask jobbsøking og ansettelse basert på pasientens egne jobbpreferanser. IPS-modellen gir kontinuerlig støtte og oppfølging i arbeidet parallelt med helsemessige behandlingstiltak (6). Tilsvarende tiltak finnes i Norge, mest kjent som NAVs "Arbeid med bistand" (47).

Valg av psykososiale behandlingstiltak

Valget av inkluderte behandlingstiltak ble gjort med bakgrunn i utredningsgruppens innspill på hvilke tiltak som var viktigst og mest relevante. Vi besluttet å begrense antallet inkluderte tiltak til ti. Dette innebærer at vi måtte utelate flere viktige psykososiale behandlingstiltak som bl.a. kriminalomsorg i frihet og døgnbehandling sammenlignet med poliklinisk behandling. Vi ser heller ikke på behandlingsmetoder som trygghetssøkende terapi, dialektisk atferdsterapi eller mentaliseringsterapi.

ANDRE BEHANDLINGSTILTAK

Dobbeldiagnosepasienter har et sammensatt sykdomsbilde som gjør at de ofte trenger flere behandlingstiltak. I tillegg til ruslidelse og psykisk lidelse, har de ofte ulike fysiske problemer som krever *somatisk behandling*. Dette kan være problemer knytte til overdoser og forgiftninger, selvmordsforsøk, ulykker/skader, smerter, infeksjonssykdommer og tannhelse (48).

Medikamentell behandling hos dobbeldiagnosepasienter kan deles i de medikamentene som gis for ruslidelsen, de som gis for den psykiske lidelsen, og de som gis for somatiske følgetilstander av rusmiddelbruken. Medikamenter for ruslidelsen vil for eksempel omfatte substitusjonsbehandling, behandling av akutte rusrelaterte tilstander, aversjonsbehandling og behandling av rustrang/russug. Medikamenter mot de psykiske plagene som følger av rusbruk eller som ligger til grunn for rusbruken, gis iht. vanlige behandlingsretningslinjer for medikamentell behandling av psykiske lidelser. Dog må man ta noen spesielle hensyn til at pasienten har en ruslidelse. Det samme gjelder behandling av somatiske tilstander, enten disse er en følge av rusen eller er sykdommer som er uavhengig av rusmiddelbruken.

Mange dobbeldiagnosepasienter befinner seg til tider i helsemessige kriser som krever *akutt behandling*. Akuttmottakene tar i mot mange dobbeldiagnosepasienter og det er nødvendig at denne pasientgruppen får riktig type evaluering, skjerming og stabilisering.

Behandling i form av *fysisk trening*, gjerne i kombinasjon med samtalerapi, kan anvendes for å få ned antallet gjeninnleggelser og hjelpe pasienten til et vanlig sosialt liv. Bergensklinikkene og Psykiatrisk klinikk ved Førde sentralsjukehus er eksempler på institusjoner som tilbyr slik behandling (49;50).

Metode

Prosjektleder fra Kunnskapsenteret koordinerte arbeidet med rapporten. Prosjektgruppen bestod av interne og eksterne fagfolk. Gruppen hadde i forbindelse med del 2 av prosjektet (effekten av psykososiale behandlingstiltak) fire fellesmøter i tillegg til kommunikasjon via e-post og telefon. Rapporten er fagfellevurdert internt og eksternt.

INNHEITING AV LITTERATUR

En forskningsbibliotekar utarbeidet et litteratursøk i samarbeid med prosjektgruppen. Vi søkte i følgende databaser t.o.m. 13. januar 2008: Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CRD databases (Center for Reviews and Dissemination) og SveMed+. Vi brukte emneord og tekstord i kombinasjon med søkefilter som identifiserte systematiske oversikter (vedlegg 2).

SELEKSJONSKRITERIER

Vi gjennomgikk søketreffene og vurderte artikler for inklusjon i henhold til følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier

- Studiedesign:** Systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier.
- Populasjon:** Personer over 15 år med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. (inkluderer personer med enkelte alvorlige angstlidelser). Detaljert beskrivelse av inkluderte diagnoser finnes på s. 15 og i vedlegg 1.
- Tiltak:** Ti psykososiale behandlingstiltak: Integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, familieterapi, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, boligtiltak og sysselsettingstiltak.
- Kontrolltiltak:** Andre psykososiale tiltak, behandling som vanlig eller ingen behandling.
- Utfall:** Bruk av stoff, medikamenter og alkohol

Psykisk symptombelastning
Livskvalitet
Funksjonsnivå

Eksklusjonskriterier

- Ikke-systematiske oversiktsartikler og systematiske oversikter som kun inkluderer kvasirandomiserte/kvasiekperimentelle studier.
- Studier på pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (utviklingsforstyrrelser og ADHD ICD-10 kode F84 og F90). Disse ble ekskludert fordi denne pasientgruppen skiller seg ut mht. behandlingstiltak og bruk av sentralstimulerende legemidler.

UTVELGELSE, KVALITETSVURDERING OG ANALYSE AV STUDIER

Utvelgelse

To personer gjennomgikk søkeresultatene uavhengig av hverandre. Ved tvil eller uenighet omkring relevansen av en artikkel ble en tredje person konsultert. Den første utvelgelsen av litteratur skjedde på basis av tittel og sammendrag i henhold til seleksjonskriteriene. Den andre utvelgelsen ble gjort på basis av fulltekst og i henhold til samme seleksjonskriterier.

Kvalitetsvurdering

De artiklene som etter første og andre utvelgelse oppfylte inklusjonskriteriene ble vurdert for metodisk kvalitet av to personer uavhengig av hverandre. Vi brukte sjekklistene for kritisk vurdering (gjengitt i vedlegg 3) (51).

Analyse

Studiebeskrivelsene, effektestimaterne og resultatene ble utelukkende hentet fra de inkluderte systematiske oversiktene og ikke fra de respektive enkeltstudiene.

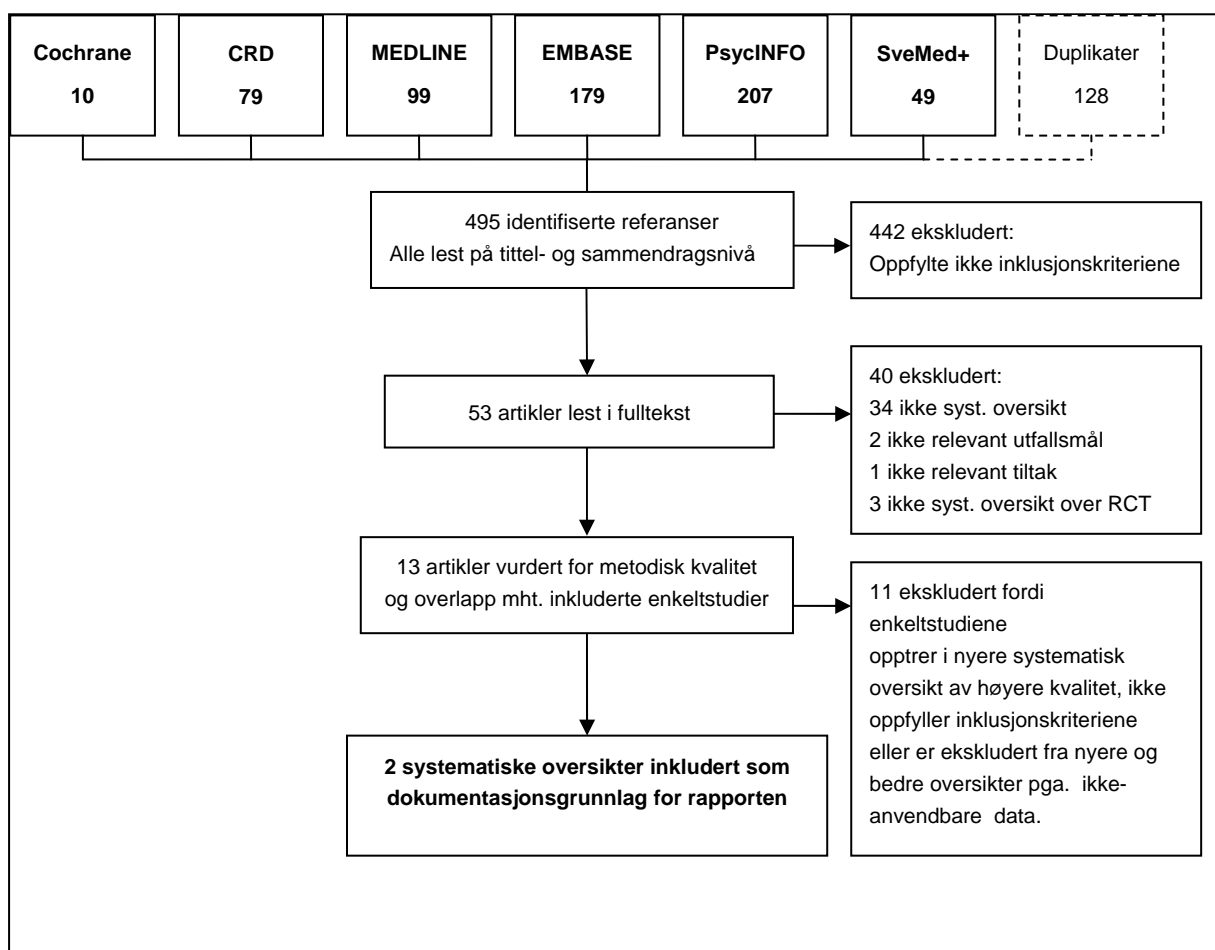
Vi brukte GRADE (54) for å sammenstille og evaluere kvaliteten av utfallene som ble rapportert i de systematiske oversiktene. Denne metoden, som kalles gradering, sier ikke noe om kvaliteten på den studerte intervensjonen, men hjelper oss til å vurdere hvilken grad av tillit vi har til resultatene ut fra informasjonen som foreligger i de systematiske oversiktene. Gradering gir resultatene en *dokumentasjonsstyrke* på høy, middels, lav eller meget lav. Vedlegg 4 gir ytterligere informasjon om graderingen og betydningen av dokumentasjonsstyrken. Prosjektleder innhentet data fra artiklene og en medarbeider i prosjektgruppen kvalitetssikret graderingen.

Resultater

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

To systematiske oversikter (11;52) utgjør kunnskapsgrunnlaget i denne rapporten. Figur 1 gir en oversikt over søketreffet og alle fasene i utvelgelsesprosessen.

Figur 1: Flyttdiagram over utvelgelse av litteratur



Litteratursøket identifiserte 495 artikler etter duplikatsjekk. Etter den første utvelgelsen var 53 artikler potensielt relevante for inklusjon og ble tatt med videre. Ved andre utvelgelse ble 40 av artiklene ekskludert fordi de ikke oppfylte eksklusjonskriteriene. De 13 gjenværende artiklene oppfylte inklusjonskriteriene og ble tatt med videre for kvalitetsvurdering. En systematisk oversikt hadde høy

metodisk kvalitet, seks hadde moderat metodisk kvalitet og fire hadde metodisk kvalitet (vedlegg 5).

Det var store overlapp mellom de 13 systematiske oversiktene mht. problemstillinger og inkluderte enkeltstudier (vedlegg 5). Vi besluttet derfor å inkludere den nyeste systematiske oversikten med høyest metodisk kvalitet; en Cochrane-oversikt fra 2008 (11) (omtales heretter som Cleary 2008). De resterende 12 systematiske oversiktene ble gjennomgått for å fange opp resultater fra eventuelle relevante enkeltstudier som ikke var inkludert i Cleary 2008. En av oversiktene, Tiet 2007 (52), inneholdt resultater fra to relevante enkeltstudier og ble også inkludert. Denne oversikten hadde moderat metodisk kvalitet. De andre 11 oversiktene inneholdt ingen relevante enkeltstudier utover de som var inkludert i Cleary 2008 og Tiet 2007 og ble derfor ekskludert.¹

Vedlegg 6 inneholder en liste over enkeltstudiene som er beskrevet i denne kunnskapsoppsummeringen og hvilke av de 13 systematiske oversiktene de opptrer i. Vedlegg 7 inneholder en samlet oversikt over all ekskludert litteratur som ble lest i fulltekst.

Cleary 2008 inkluderte 25 randomiserte kontrollerte studier totalt. Resultatene som gjengis i denne kunnskapsoppsummeringen er basert på 16 av disse enkeltstudiene. De 16 studiene rapporterte resultater for ett eller flere av de fire utfallsmålene som er inkludert i denne rapporten (bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptomlindring, funksjonsnivå og livskvalitet). De resterende 9 studiene blir ikke nevnt fordi de rapporterte andre utfallsmål eller fordi utfallsmålene var basert på asymmetriske data som Cleary 2008 ikke kunne analysere (se s. 47 for mer om denne type data). Tiet 2007 inkluderte 24 studier på psykososiale behandlingstiltak og 2 av disse var relevante for oss.

Cleary 2008 rapporterte resultater fra studier som brukte validerte måleinstrumenter og hadde mindre enn 50 % frafall. Tiet 2007 hadde ingen inklusjonskriterier relatert til måleinstrumenter eller frafall. Cleary 2008 rapporterte utfall målt 3, 6, 9, 12, 18, 24 og 36 måneder etter behandlingsstart. For å begrense datamengden i denne rapporten presenterer vi resultater målt ved 3, 6, 9 eller 12 måneder. Cleary 2008 rapporterte effektestimaterne *relativ risiko* (Relative Risk, RR) eller *vektet gjennomsnittlig forskjell* (Weighted Mean Difference, WMD) etterfulgt av *konfidensintervallet* (KI). Tiet 2007 oppga resultatene som *Cohen's d*. Ordlisten i vedlegg 10 inneholder en kort forklaring av disse begrepene.

I de neste avsnittene presenteres studiene og resultatene som ble rapportert i de systematiske oversiktene. Avsnittene er inndelt i henhold til de ti psykososiale

¹ Tre av de eldre systematiske oversiktene inneholdt to enkeltstudier som var ekskludert av Cleary 2008 med begrunnelsen "no usable data". Fordi Cleary var en nyere systematisk oversikt av bedre kvalitet, valgte vi å ikke inkludere resultatene fra disse studiene.

tiltakene og de fire utfallsmålene. Hvert avsnitt innledes med en kort beskrivelse av enkeltstudiene som var inkludert i de systematiske oversiktene. Effektestimatene og GRADE-resultatet oppgis i tabeller. Detaljer om de to systematiske oversiktene finnes i vedlegg 8. Begrunnelsen for dokumentasjonsstyrken finnes i egne GRADE-tabeller i vedlegg 9. Vedlegg 10 inneholder en liste med forklaring av forkortelser og utvalgte begreper.

INTEGRERT BEHANDLING

Hvilken effekt har integrert behandling sammenlignet med ikke-integrert behandling på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol

En amerikansk studie² med 223 deltakere sammenlignet integrert aktivt oppsøkende behandling med standard case management. Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni i tillegg til ruslidelse (relatert til alkohol og/eller stoff/medikamenter). Gjennomsnittsalderen var 34 år og 74 % menn. Utfallsmål var andelen deltakere som ikke var i bedring mht. bruk av alkohol- og stoff/medikamenter og bedringsprosessen målt med Substance Abuse Treatment Scale (SATS).

En amerikansk studie³ undersøkte 93 deltakere med sosial fobi og alkohollidelse⁴. Tiltaksgruppen fikk 12 konsultasjoner med integrert CBT for både alkohol- og angstlidelsen. Kontrollgruppen fikk ikke-integrert CBT for alkohollidelsen alene. Utfallsmål var andel dager med abstinens eller med mye drikking, totalt antall inntatte alkoholenheter, og antall enheter pr. dag.

Resultat

Den første studien rapporterte ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Den andre studien viste at deltakerne som fikk integrert CBT hadde større alkoholkonsum enn deltakerne i kontrollgruppen etter tre måneder. Forskjellen var statistisk signifikant. Dokumentasjonsstyrken for utfallene ble vurdert som middels og meget lav.

² Drake 98, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

³ Randall 01, oppsummert i Tiet 2007, referanse i vedlegg 6.

⁴ Deltakernes gjennomsnittsalder og kjønn ble ikke oppgitt i den systematiske oversikten.

Tabell 1: Effekten av integrert behandling på bruk av stoff, medikamenter og alkohol

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			Integrert behandling	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
Drake 98	Ikke i bedring mht. alkoholmisbruk etter 6 mnd.	143	57 %	50 %	RR 1.15 (0.84 til 1.56)	⊕⊕⊕ MIDDELS
	Ikke i bedring mht. misbruk av stoff/medikamenter etter 6 mnd.	85	58%	65%	RR 0.89 (0.63 til 1.25)	
	Bedringsprosessen gj.snitt. SATS-skåre etter 6 mnd.	203	3.69 (best)	3.62	WMD 0.07 (-0.28 til 0.42)	
Randall 01	Andel dager abstinent	93	Ikke rapportert i den systematiske oversikten		<i>d</i> -0.54 (p<.05)	⊕○○○ MEGET LAV
	Andel dager med mye drikking	93			<i>d</i> -0.44 (p<.05)	
	Totalt antall alkoholenheter	93			<i>d</i> -0.42 (p<.05)	
	Antall alkoholenheter pr. dag	93			<i>d</i> -0.25 (p<.05)	

Utfallsmål: Psykisk symptombelastning

En studie med 93 deltakere rapporterte effekten av integrert CBT. Studien er tidligere beskrevet på foregående side ("Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol", studie 2, Randall 01). Psykisk symptombelastning ble målt med totalskåre på Social Phobia and Anxiety Inventory og Liebowitz Social Anxiety Scale.

Resultat

Den systematiske oversikten rapporterte at det ikke var mulig å beregne effektestimert for disse utfallene. Forfatteren konkluderer likevel med at det ikke var noen signifikant forskjell mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som meget lav.

Tabell 2: Effekten av integrert behandling på psykisk symptombelastning

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	Resultat	GRADE
Randall 01	Social Phobia and Anxiety Inventory, Liebowitz Social Anxiety Scale	93	Grupperesultat ikke rapportert i den systematiske oversikten. Effektestimert var ikke mulig å beregne. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene.	⊕○○○ MEGET LAV

Utfallsmål: Funksjonsnivå

En amerikansk studie⁵ med 198 deltakere sammenlignet integrert aktivt oppsøkende behandling med standard case management. Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni eller stemningslidelse i tillegg til ruslidelse relatert til alkohol og/eller andre rusmidler. Gjennomsnittsalderen var 37 år og 72 % var menn. Funksjonsnivå ble målt med Global Assessment of Functioning (GAF).

Resultat

Det ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som lav.

Tabell 3: Effekten av integrert behandling på funksjonsnivå

Studie	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				Integrert behandling	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
Essock 06	Gj.snitt. generell GAF-skåre	6 mnd	162	41.90 (best)	40.80	WMD 1.10 (-1.58 til 3.78)	⊕⊕⊕⊕ LAV
		12 mnd	171	40.40 (best)	39.70	WMD 0.70 (-2.07 til 3.47)	

Utfallsmål: Livskvalitet

To studier rapporterte generell livskvalitet målt med Quality of Life Interview (QOLI). Studiene er tidligere beskrevet på s. 27 ("Bruk av stoff, medikamenter og alkohol", studie 1, Drake 98) og øverst på denne siden ("Funksjonsnivå", Essock 06).

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels.

Tabell 4: Effekten av integrert behandling på livskvalitet

Studier	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				Integrert behandling	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
To studier: 1: Drake 98 2: Essock 06	Gj.snitt generell QOLI-skåre	6 mnd	361	Studie 1: 4.29 Studie 2: 4.60	Studie 1: 4.31 Studie 2: 4.80	WMD -0.11 (-0.41 til 0.2)	⊕⊕⊕⊕ MIDDELS
		12 mnd	372	Studie 1: 4.30 Studie 2: 4.70	Studie 1: 4.34 Studie 2: 4.60	WMD 0.02 (-0.28 til 0.32)	

⁵ Essock 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

CASE MANAGEMENT

Hvilken effekt har case management sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Utfallsmål: Funksjonsnivå

En amerikansk studie⁶ med 50 deltakere sammenlignet intensiv case management (gitt i tiltaksgruppen) med 12-trinnsprogram (gitt i kontrollgruppen). Begge gruppene fikk i tillegg behandling som vanlig. Deltakerne hadde schizofreni og ruslidelse⁷. Gjennomsnittsalderen var 33 år og 76 % var menn. Funksjonsnivå ble målt med Role Functioning Scale (RFS) og Sosial Adjustment Scale for the Severely Mentally Ill (SAS-SMI).

En firearmet amerikansk studie⁸ med 135 deltakere sammenlignet intensiv case management med behandling som vanlig bestående av bl.a. medikamentell evaluering og oppfølging, stresshåndteringsgrupper og psykoedukasjon (opplæring i sykdommen og dens utviklingsforløp).⁹ Deltakerne var innsatt i fengsel og hadde bipolar, psykotisk eller depressiv lidelse i tillegg til ruslidelse (relatert til hovedsakelig kokain, alkohol eller opioider). Gjennomsnittsalderen var 36 år og alle var kvinner. Utfallsmål var funksjonsnivå målt i antall arrestasjoner, domfellelser og døgn i fengsel.

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mht. Role Functioning Scale og Sosial Adjustment Scale. Utfallene i den andre studien var basert på asymmetriske data og den systematiske oversikten rapporterte ingen effektestimater. Cleary 2008 skriver likevel at dataene indikerte at det ikke var noen forskjell mellom gruppene verken mht. arrestasjoner, domfellelser og døgn i fengsel. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels, lav og meget lav.

⁶ Jerrell 95b, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

⁷ Ruslidelse og innholdet i behandling som vanlig blir ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten.

⁸ Maloney 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

⁹ De to andre tiltaksgruppene mottok en kombinasjon av CBT og psykososial rehabilitering eller CBT og intensive case management og er beskrevet på s. 35.

Tabell 5: Effekten av case management på funksjonsnivå

Studie	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				Case management	Kontroll-tiltak	Effektestimat (KI)	
Jerrell 95b	Rollefunksjon gj.snitt RFS-skåre	6 mnd	50	11.38	12.16 (best)	WMD -0.78 (-2.91 til 1.35)	⊕⊕⊕O MIDDELS
		12 mnd		12.72 (best)	12.02	WMD 0.70 (-1.56 til 2.96)	
	Sosial tilpasning gj.snitt SAS-skåre	6 mnd		75.57 (best)	74.64	WMD -0.93 (-6.34 til 4.48)	⊕⊕OO LAV
		12 mnd		73.10	76.19 (best)	WMD 3.09 (-2.71 til 8.89)	
Maloney 06	Antall arrestasjoner, domfellelser og døgn i fengsel		135	Asymmetriske data. Effektestimater ikke rapportert i den systematiske oversikten. Ingen forskjell mellom gruppene.			⊕OOO MEGET LAV

I tillegg til disse studiene, rapporterte Cleary 2008 fra to studier som ga case management i kontrollgruppen. Studiene og resultatene er beskrevet under kapitlet "Integrert behandling" på s. 27 (studie 1, Drake 98) og s. 29 ("Utfallsmål funksjonsnivå", Essock 06). En studie sammenlignet undersøkte effekten av intensiv case management kombinert med CBT og resultatene er nærmere beskrevet på s. 35 (Maloney 06).

AKTIVT OPPSØKENDE BEHANDLING

Hvilken effekt har aktivt oppsøkende behandling sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

En trearmet amerikansk studie¹⁰ sammenlignet ikke-integrert aktivt oppsøkende behandling eller integrert aktivt oppsøkende behandling med behandling som vanlig (hvor pasientene fikk utdelt en oversikt over kommunale behandlingstjenester og hjelp til å kontakte disse). Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltagerne hadde alvorlig psykisk lidelse (bl.a. schizofreni, schizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse) i tillegg til ruslidelse (relatert til alkohol og/eller stoff/medikamenter). Gjennomsnittsalderen var 40 år og 61 % var menn. Studien rapporterte utfallsmål målt med Substance Use Severity Scale (USS) og antallet dager med stabil bolig.

¹⁰ Morse 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

Resultat

I følge Cleary 2008 var alle utfallene basert på asymmetriske data og den systematiske oversikten rapporterte ingen effektestimater eller konklusjoner. I følge Clearys tolkning av dataene så det ikke ut til å være noen forskjell mellom de tre gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som meget lav.

Tabell 6: Effekten av aktivt oppsøkende behandling på funksjonsnivå og bruk av stoff, medikamenter og alkohol

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT	GRADE
			Aktivt oppsøkende behandling eller integrert aktivt oppsøkende behandling sammenlignet med behandling som vanlig	
Morse 06	Substance use Severity Scale og antall dager med stabil bolig	196	Asymmetriske data. Effektestimat ikke angitt i den systematiske oversikten. Ingen forskjell mellom gruppene.	⊕○○○ MEGET LAV

Ytterligere to studier undersøkte effekten av *integrert* aktivt oppsøkende behandling. Studiene og resultatene er nærmere beskrevet under kapittelet ”Integrert behandling” s. 27-29 (Drake 98 og Essock 06).

KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Hvilken effekt har kognitiv atferdsterapi sammenliknet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Ni studier undersøkte effekten av CBT alene eller i kombinasjon med andre psykososiale behandlingstiltak. Tre av studiene undersøkte effekten av CBT kombinert med MI. Disse tre studiene er beskrevet i neste kapittel ”Motiverende intervju” på s. 38.

Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol

En australsk studie¹¹ med 47 deltakere sammenlignet CBT med behandling som vanlig. Tiltaksgruppen fikk ukentlig individuell CBT og behandlingen var rettet mot førstegangpsykose som en del av programmet Cannabis and Psychosis Therapy. Kontrollgruppen fikk bl.a. psykoedukasjon, case management og medikamentell behandling. Behandlingen foregikk poliklinisk over tre måneder. Deltakerne hadde schizofreni eller stemningslidelser og ruslidelse i form av cannabismisbruk. Gjennomsnittsalderen var 21 år og 72 % var menn. Utfallsmålet var andelen deltakere som hadde brukt cannabis de siste fire ukene.

¹¹ Edwards 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

En amerikansk studie¹² med 46 deltakere sammenlignet individuell CBT (kombinert med medikament monitorering) med medikament monitorering uten CBT¹³. Behandlingen foregikk poliklinisk over tre måneder. Alle deltakerne hadde bipolar lidelse i tillegg til ruslidelse (relatert til alkohol, kokain og/eller marihuana). Gjennomsnittsalderen var 35 år og 48 % var menn. Utfallsmål var andelen pasienter som hadde brukt stoff eller alkohol etter tre måneder.

En amerikansk studie¹⁴ med 231 deltakere sammenlignet CBT med behandling som vanlig. Deltakerne hadde alkohollidelse og panikklidelse med og uten agorafobi. Utfallsmål var andel abstinente pasienter og andel enheter drukket i løpet av 3 mnd.¹⁵

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene mht. andelen som hadde brukt cannabis, alkohol eller stoff. Det var ikke mulig å beregne effektestimater for andel abstinente pasienter og andel enheter drukket i løpet av tre mnd. Den systematiske oversikten rapporterte likevel at studien ikke fant støtte for økt effekt av CBT. Dokumentasjonsstyrken for disse utfallene varierte fra høy til meget lav.

Tabell 7: Effekten av CBT på bruk av stoff, medikamenter og alkohol

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			CBT	Kontroll-tiltak	Effektestimater (KI)	
Edwards 06	Andel som har brukt cannabis siste 4 uker målt etter 6 mnd	47	65%	50%	RR 1.30 (0.79 til 2.15)	⊕⊕⊕⊕ HØY
Schmitz 02	Andel som har brukt alkohol etter 3 mnd	46	28%	5%	RR 5.88 (0.79 til 44.03)	⊕⊕○○ LAV
	Andel som har brukt stoff etter 3 mnd		48%	24%	RR 2.02 (0.85 til 4.8)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
Bowen 00	Andel abstinente pasienter og andel enheter drukket i løpet av 3 mnd.	231	Ikke rapportert i den systematiske oversikten		Effektestimater ikke kalkulerbart	⊕○○○ MEGET LAV

¹² Smitz 02, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

¹³ Type medikament ble ikke beskrevet i den systematiske oversikten.

¹⁴ Bowen 00, oppsummert i Tiet 2007, referanse i vedlegg 6.

¹⁵ Innholdet i "behandling som vanlig" og deltakernes kjønn og gjennomsnittsalder ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten.

Utfallsmål: Psykisk symptombelastning

En britisk studie¹⁶ med 105 deltakere undersøkte effekten av CBT (kombinert med psykoedukasjon) sammenlignet med behandling som vanlig¹⁷. Behandlingen i tiltaksgruppen var rettet mot både pasient og pårørende. Behandlingen foregikk poliklinisk over 3 måneder. Deltakerne hadde schizofreni og mildt til moderat misbruk av alkohol- eller stoff/medikamenter. Alderen deres var mellom 18 og 65 år og 83 % var menn. Utfallsmål var sykdomsinnsikt målt med Insight Scale.

En amerikansk studie¹⁸ målte psykisk symptombelastning med følgende måleskalaer: Fear of Negative Evaluation, Social Anxiety and Distress Scale, Beck Depression Inventory (BDI) og Marks Mathews Fear Questionnaire. Studien er tidligere beskrevet på foregående side (studie 3, Bowen 00).

Resultat

Den første studien rapporterte ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene mht. sykdomsinnsikt. Det var ikke mulig å beregne effektestimater fra den andre studien. Den systematiske oversikten rapporterte likevel at studien ikke fant støtte for økt effekt av CBT. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som høy og meget lav.

Tabell 8: Effekten av CBT på psykisk symptombelastning

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			CBT	Kontroll-tiltak	Effektestimater (KI)	
Naem 05	Sykdomsinnsikt Gj.snitt Insight Scale 3 mnd	105	9.25 (best)	8.73	WMD 0.52 (-0.78 til 1.82)	⊕⊕⊕⊕ HØY
Bowen 00	Fear of negative evaluation, Social Anxiety and Distress Scale, BDI, Marks Mathews fear Questionnaire	231	Ikke rapportert i den systematiske oversikten		Ikke kalkulerbart	⊕○○○ MEGET LAV

Utfallsmål: Funksjonsnivå

En australsk studie¹⁹ med 47 deltakere sammenlignet CBT med behandling som vanlig. Studiens deltakere og behandlingsformer er nærmere beskrevet på s. 32 (under "Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol", studie 1, Edwards 06).

¹⁶ Naem 05, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

¹⁷ Behandling som vanlig ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten.

¹⁸ Bowen 00, oppsummert i Tiet 2007, referanse i vedlegg 6.

¹⁹ Edwards 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

Utfallsmål var sosialt og yrkesmessig funksjonsnivå målt med The Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS).

En firearmet amerikansk studie²⁰ med 135 deltakere undersøkte effekten av ulike behandlingspakker sammensatt av bl.a. CBT kombinert med psykososial rehabilitering eller CBT kombinert med intensiv case management. Den tredje gruppen fikk intensiv case management (og er tidligere beskrevet på s. 30). Alle tre tiltaksgruppene ble sammenlignet med behandling som vanlig bestående av bl.a. medikamentell evaluering og oppfølging, stresshåndteringsgrupper og psykoedukasjon²¹. Deltakerne var i fengsel og hadde bipolar, psykotisk eller depressiv lidelse i tillegg til ruslidelse (relatert til hovedsakelig kokain, alkohol eller opioider). Gjennomsnittsalderen var 36 år og alle var kvinner. Utfallsmål var antall arrestasjoner, domfellelser og døgn i fengsel.

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene mht. sosialt og yrkesmessig funksjonsnivå. Utfallene i den andre studien var basert på asymmetriske data og den systematiske oversikten oppga ingen effektestimater. Cleary 2008 rapporterte likevel at dataene indikerte at pasienter som fikk CBT kombinert med intensiv case management muligens hadde noen færre arrestasjoner og domfellelser enn kontrollgruppen. CBT kombinert med psykososial rehabilitering indikerte ingen forskjell mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken varierte fra middels til meget lav.

Tabell 9: Effekten av CBT på funksjonsnivå

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			CBT	Kontroll-tiltak	Effektestimater (KI)	
Edwards 06	Sosialt og yrkesmessig funksjonsnivå Gj.snitt SOFAS-skåre etter 6 mnd	47	51.70	56.40 (best)	WMD -4.70 (-14.52 til 5.12)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
			CBT + psykososial rehabilitering eller CBT+ case management sammenlignet med behandling som vanlig			
Maloney 06	Antall arrestasjoner, domfellelser og døgn i fengsel	135	Asymmetriske data. Effektestimater ikke rapportert i den systematiske oversikten.			⊕○○○ MEGET LAV

²⁰ Maloney 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

²¹ Ytterligere informasjon om behandlingstiltakene finnes i vedlegg 8 (Tabell 1, Comparison 5, 6 og 7).

MOTIVERENDE INTERVJU

Hvilken effekt har motiverende intervju sammenliknet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol

En walisisk studie²² med 160 deltakere sammenlignet individuelt MI med tiltak i form av informasjon om skader ved rusbruken og oppfordring til å kutte ned. Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni og ruslidelse (relatert til alkohol, cannabis, amfetamin og benzodiazepiner). Gjennomsnittsalderen var 31 år og 75 % var menn. Utfallsmål var andel pasienter med misbruk/avhengighet etter 12 måneder og polysubstansbruk målt med Opiate Treatment Index (OTI).

En australsk studie²³ med 25 deltakere sammenlignet individuelt MI med behandling som vanlig (bl.a. medikamentell behandling og case management). MI foregikk over 7-10 dager på sykehus, som en del av behandlingsprogrammet Start Over and Survive. Deltakerne hadde psykotiske lidelser i tillegg til ruslidelse (relatert til alkohol, cannabis, inhalasjonsmidler, kokain og/eller heroin). Gjennomsnittsalderen var 31 år og 60 % var menn. Utfallsmål var andelen pasienter som ikke var abstinente eller i bedring mht. til ruslidelsen etter 12 måneder.

En amerikansk studie²⁴ med 30 deltakere sammenlignet MI (over tre konsultasjoner) med psykoedukasjon. Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni og alkohollidelse²⁵. Gjennomsnittsalderen var 32 år og 77 % var menn. Utfallsmålet var andel deltakere som *ikke* hadde avstått fra alkohol etter 6 måneder.

Resultat

Den tredje studien viste statistisk signifikant forskjell i favør av MI. Etter 6 måneder hadde pasientene som mottok psykoedukasjon 0.36 ganger så stor risiko for å ikke avstå fra alkohol som pasientene som mottok MI. For de andre utfallsmålene var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels og lav.

²² Baker 02, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

²³ Kavanagh 04, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

²⁴ Graeber 03, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

²⁵ Personer med andre ruslidelser i tillegg ble også inkludert i studien.

Tabell 10: Effekten av MI på bruk av alkohol, stoff og medikamenter.

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			MI	Kontrolltiltak	Effektestimert (KI)	
Baker 02	Andel med alkoholmisbruk/avhengighet 12 mnd	52	39%	29%	RR 1.35 (0.62 til 2.92)	⊕⊕⊕ MIDDELS
	Andel med amfetaminmisbruk/avhengighet 12 mnd	19	9%	38%	RR 0.24 (0.03 til 0.192)	
	Andel med cannabismisbruk/avhengighet etter 12 mnd	62	50%	65%	RR 0.77 (0.49 til 1.21)	
	Polysubstans bruk Gj.snitt OTI-skåre etter 12 mnd	89	2.63 (best)	2.70	WMD -0.07 (-0.56 til 0.42)	
Kavanagh 04	Ikke abstinent eller ikke i bedring mht. til alle rusmidler etter 12 mnd	25	38%	75%	RR 0.51 (0.24 til 1.1)	⊕⊕⊕ LAV
Graeber 03	Ikke avstått fra alkohol etter 6 mnd	28	42%	92%	RR 0.36 (0.17 til 0.75)	

Utfallsmål: Psykisk symptombelastning

En amerikansk studie²⁶ med 30 deltakere undersøkte effekten av MI på psykisk symptombelastning. Tiltaksgruppen fikk MI og behandling som vanlig bestående av medisiner, case management og gruppeterapi. Kontrollgruppen fikk behandling som vanlig uten MI. Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni eller schizoaffektiv lidelse og ruslidelse²⁷. Gjennomsnittsalderen var 37 år og 87 % var menn. Psykisk symptombelastning ble målt med General Severity Index på Symptom Checklist 90-R.

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som lav.

²⁶ Hickman 97, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

²⁷ Type ruslidelse ble ikke nærmere spesifisert i den systematiske oversikten.

Tabell 11: Effekten av MI på psykisk symptombelastning

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			MI	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
Hickman 97	Gj.snitt SCL-90-R General Severity Index etter 3 mnd	30	1.06 (best)	1.25	WMD -0.19 (-0.59 til 0.21)	⊕⊕○○ LAV

Utfallsmål: Funksjonsnivå

Resultater for funksjonsnivå er hentet fra en walisisk studie tidligere beskrevet på s. 36 (under "Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol", studie 1, Baker 02). Utfallsmål var sosialt funksjonsnivå målt med Opiate Treatment Index.

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels.

Tabell 12: Effekten av MI på funksjonsnivå

Studie	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				MI	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
Baker 02	Sosialt funksjonsnivå Gj.snitt OTI-skåre	6 mnd	102	16.69 (best)	17.40	WMD -0.71 (-2.76 til 1.34)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
		12 mnd		15.88 (best)	17.30	WMD -1.42 (-3.35 til 0.51)	

MOTIVERENDE INTERVJU KOMBINERT MED KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol

En walisisk studie²⁸ med 130 deltakere sammenlignet CBT og MI (over ti ukentlige konsultasjoner) med behandling som vanlig (inkludert utdeling av selvhjelpsbøker). Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni eller schizoaffektiv lidelse i tillegg til ruslidelse (relatert til alkohol, cannabis og/eller amfetamin). Gjennomsnittsalderen var 29 år og 78 % var menn. Utfallsmål var gjennomsnittlig antall ulike stoff/medikamenter som var brukt i løpet av den siste måneden, målt med Opiate Treatment Index (OTI).

²⁸ Baker 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som høy.

Tabell 13: Effekten av MI og CBT på bruk av alkohol, stoff og medikamenter

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
			MI + CBT	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
Baker 06	Antall ulike stoff/medikamenter brukt den siste mnd. Gj.snitt OTI-skåre etter 6 mnd	119	2.60	2.41 (best)	WMD 0.19 (-0.22 til 0.6)	⊕⊕⊕⊕ HØY

Utfallsmål: Psykisk symptombelastning

En britisk studie²⁹ med 36 deltakere sammenlignet MI og CBT med behandling som vanlig³⁰. MI ble gitt til pasienten og CBT ble gitt til både pasient og familie. Familiene i både tiltaks- og kontrollgruppen fikk hjelp av støttekontakt og behandlingen foregikk i pasientens hjem. Studiedeltakerne hadde schizofreni eller schizoaffektiv lidelse og ruslidelse³¹. Gjennomsnittsalderen var 31 år og 92 % var menn. Utfallsmål var andelen deltakere med tilbakefall og total skåre på Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia.

Resultat

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.
Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels.

Tabell 14: Effekten av MI og CBT på psykisk symptombelastning

Studie	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				MI+CBT	Kontroll-Tiltak	Effektestimert (KI)	
Barrowclough 01	Andel med tilbakefall	9 mnd	36	28%	56%	RR 0.50 (0.21 til 1.17)	
		12 mnd		33%	67%	RR 0.50 (0.24 til 1.04)	
	PANSS	9 mnd	32	58.94 (best)	65.53	WMD -6.59 (-16.04 til 2.86)	

²⁹ Barrowclough 01, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

³⁰ Behandling som vanlig ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten.

³¹ Type ruslidelse ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten.

Utfallsmål: Funksjonsnivå

En amerikansk studie³² med 110 deltakere sammenlignet CBT og MI med behandling som vanlig (bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler). Behandlingen i tiltaksgruppen foregikk poliklinisk og ble gitt ved starten av studien og deretter etter tre og seks måneder. Deltakerne hadde schizofreni, schizoaffektiv lidelse eller affektive lidelser og ruslidelse (relatert til kokain, opioider eller cannabis). Gjennomsnittsalderen var 43 år og 63 % var menn. Utfallsmål var andelen rapporterte arrestasjoner.

To studier³³ med totalt 166 deltakere rapporterte globalt funksjonsnivå målt med Global Assessment of Functioning (GAF). Tiltaksgruppen fikk CBT og MI og kontrollgruppen fikk behandling som vanlig. Studiene er tidligere beskrevet på s. 36 ("Utfallsmål: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol", Baker 06) og på foregående side ("Utfallsmål: Psykisk symptombelastning", Barrowclough 01). En av studiene (Barrowclough 01) rapporterte også utfall målt med Social Functioning Scale (SFS).

Resultat

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene mht. arrestasjoner og globalt funksjonsnivå. Mht. sosialt funksjonsnivå var det en statistisk signifikant forskjell etter 12 måneder. Gjennomsnittlig SFS-skåre var noe bedre (gjennomsnittlig 7.27 punkter høyere) hos de som fikk MI og CBT enn hos de som fikk behandling som vanlig. Dokumentasjonsstyrken ble for alle utfallsmålene vurdert til middels.

Tabell 15: Effekten av MI og CBT på funksjonsnivå

Studie	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				MI+CBT	Kontroll-tiltak	Effektestimat (KI)	
Bellack 06	Andel rapporterte arrestasjoner	6 mnd	110	13%	27%	RR 0.49 (0.22 to 1.1)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
Baker 06	Globalt funksjonsnivå	6 mnd	119	67.43	67.52 (best)	WMD -0.09 (-3.7 to 3.52)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
To studier: 1. Baker 06 2. Barrowclough 01	Gj.snitt GAF-skåre	12 mnd	129	1: 68.45 2: 58.41 (best)	1: 66.28 2: 48.13	WMD 4.89 (-2.62 to 12.39)	
Barrowclough 01	Sosialt funksjonsnivå Gj.snitt SFS-skåre	9 mnd	32	105.02 (best)	100.01	WMD 5.01 (-0.55 to 10.57)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
		12 mnd		108.41 (best)	101.14	WMD 7.27 (0.86 to 13.68)	

³² Bellack 06, oppsummert i Cleary 2008, referanse i vedlegg 6.

³³ Baker 06 og Barrowclough 01, oppsummert i Cleary 2007, referanser i vedlegg 6.

Utfallsmål: Livskvalitet

En studie³⁴ rapporterte resultater for effekten av MI og CBT på livskvalitet. Studien er tidligere beskrevet på foregående side (under "Utfallsmål Funksjonsnivå", studie 1, Bellack 06). Utfallsmål var "General life satisfaction score" (generell livstilfredshet) og "Overall quality of life score" (samlet livskvalitet) målt med Birmingham Quality of Life Scale (BQOL).

Resultat

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene mht. samlet livskvalitet. For generell livstilfredshet var det etter 6 måneder en liten forskjell mellom gruppene. Gjennomsnittlig BQOL-skåre var 0,58 punkter høyere i kontrollgruppen i tiltaksgruppen. Resultatet hadde en svak statistisk signifikans med et konfidensintervall som lå akkurat på grensen av effektlinjen.

Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels.

Tabell 16: Effekten av MI og CBT på livskvalitet

Studie	Utfallsmål	Antall deltakere ved måling	Resultat			GRADE
			MI+CBT	Kontroll-tiltak	Effektestimert (KI)	
Bellack 06	"General life satisfaction" Gj.snitt BQOL-skåre 6 mnd	110	4.79 (best)	4.21	WMD 0.58 (0 to 1.16)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
	"Overall quality of life" Gj.snitt BQOL-skåre 6 mnd		4.46	4.48 (best)	WMD -0.02 (-0.61 to 0.57)	

SOSIAL FERDIGHETSTRENING

Hvilken effekt har sosial ferdighetstrening sammenliknet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Utfallsmål: Funksjonsnivå

En amerikansk studie³⁵ med 47 deltakere sammenlignet ukentlig sosial ferdighetstrening med 12-trinnsprogram. Behandlingen foregikk poliklinisk. Deltakerne hadde schizofreni og ruslidelse³⁶. Gjennomsnittsalderen var 34 år og 70

³⁴ Bellack 06, oppsummert i Clery 2008, referanse i vedlegg 6.

³⁵ Jerrell 95a, oppsummert i Clery, referanse i vedlegg 6.

³⁶ Ruslidelsen ble ikke nærmere spesifisert i den systematiske oversikten.

% var menn. Utfallsmål var rollefunksjon målt med Role Functioning Scale (RFS) og sosialt funksjonsnivå målt ved Social Adjustment Scale for the Severely Mentally Ill (SAS-SMI).

Resultat

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.

Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som middels og lav.

Tabell 17: Effekten av sosial ferdighetstrening på funksjonsnivå

Studie	Utfallsmål		Antall deltakere ved måling	RESULTAT			GRADE
				Sosial ferdighetstrening	Kontrolltiltak	Effektestimert (KI)	
Jerrell 95a	Rollefunksjon Gj.snitt RFS-skåre	6 mnd	47	12.77 (best)	12.16	WMD 0.61 (-1.63 til 2.85)	⊕⊕⊕○ MIDDELS
		12 mnd		13.09 (best)	12.02	WMD 1.07 (-1.15 til 3.29)	
	Sosialt funksjonsnivå Gj.snitt SAS-SMI-skåre	6 mnd		74.65	75.57 (best)	WMD -0.92 (-6.58 til 4.74)	⊕⊕○○ LAV
		12 mnd		75.68 (best)	73.10	WMD 2.58 (-3.39 til 8.55)	

SELVHJELPSGRUPPER

Hvilken effekt har selvhjelpsgrupper sammenliknet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Utfallsmål: Funksjonsnivå

Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte resultater fra studier hvor selvhjelpsgrupper ble gitt som behandling i tiltaksgruppen. Cleary 2008 rapporterte resultater fra to studier hvor selvhjelpsgrupper ble gitt som behandling i kontrollgruppen: En studie sammenlignet intensiv case management med 12-trinnsprogram. Studien er nærmere beskrevet på s. 30 (under "Utfallsmål: Funksjonsnivå", Jerrell 95b). En annen studie sammenlignet sosial ferdighetstrening med 12-trinnsprogram. Denne studien er nærmere beskrevet på foregående side (under "Utfallsmål: Funksjonsnivå", Jerrell 95a). Begge studiene rapporterte funksjonsnivå målt med Role Functioning Scale (RFS) og Social Adjustment Scale for the Severely Mentally Ill (SAS-SMI).

Resultat

Ingen av studiene viste statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Resultatene er presentert i tabell 5 (s. 31) og tabell 17 (s. 42).

BOLIGTILTAK

Hvilken effekt har boligtiltak sammenliknet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Vi fant ingen systematisk oversikt som undersøkte effekten av boligtiltak sammenlignet med andre tiltak.

SYSSELSETTINGSTILTAK

Hvilken effekt har sysselsettingstiltak sammenliknet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Vi fant ingen systematisk oversikt som undersøkte effekten av sysselsettingstiltak sammenlignet med andre tiltak.

FAMILIETILTAK

Hvilken effekt har familietiltak sammenlignet med andre psykososiale tiltak på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet eller funksjonsnivå?

Vi fant ingen systematisk oversikt som rapporterte resultater fra relevante studier hvor effekten av familietiltak ble sammenlignet med andre tiltak. I noen av studiene oppsummert i Cleary 2008 inngikk familieterapi som en del av for eksempel integrert behandling eller CBT, men dette er ikke nok til å trekke konklusjoner om effekten av tiltaket.

OPPSUMMERING

Vi inkluderte to nyere systematiske oversikter. Oversiktene rapporterte resultater fra studier på syv av de ti tiltakene vi ønsket å se på: integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, sosial ferdighetstrening og selvhjelpsgrupper.

Studiene på case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening og selvhjelpsgrupper viste ingen statistisk signifikante resultater.

Studier på integrert behandling og på motiverende intervju alene og i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi viste statistisk signifikante resultater for enkelte utfallsmål:

- En studie undersøkte effekten av integrert CBT. Tiltaksgruppen fikk CBT for både alkohollidelsen og sosial fobi og kontrollgruppen fikk CBT kun for alkohollidelsen. Etter tre måneder viste tiltaksgruppen noe høyere alkoholkonsum enn kontrollgruppen. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som meget lav. Studier på andre typer av integrert behandling viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
- En studie undersøkte effekten av MI sammenlignet med psykoedukasjon. Etter seks måneder viste studien statistisk signifikant forskjell i favør av MI. Da var andelen som *ikke* hadde avstått fra alkohol lavere hos gruppen som fikk MI (42 %) enn hos gruppen som fikk psykoedukasjon (92 %). Relativ risiko var 0.36. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som lav.
- To studier som sammenlignet effekten av CBT + MI med behandling som vanlig viste signifikante forskjeller på henholdsvis funksjonsnivå og livskvalitet. Den ene studien fant at CBT + MI ga høyere skåre for sosialt funksjonsnivå enn behandling som vanlig (etter tolv måneder). Gjennomsnittlig skåre på Social Functioning Scale var da 108.41 i tiltaksgruppen og 101.14 i kontrollgruppen (WMD var 7.27). Innholdet i kontrollbehandlingen ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten. Den andre studien viste en signifikant forskjell mht. livstilfredshet (etter seks måneder). Gjennomsnittlig skåre på Brief Quality of Life Scale var da noe bedre i tiltaksgruppen (4.79) enn i kontrollgruppen (4.21). WMD var 0.58. Kontrollgruppen fikk behandling som vanlig bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler. Dokumentasjonsstyrken for disse utfallene ble vurdert som middels.

Vi fant ingen systematiske oversikter som rapporterte fra relevante studier på boligtiltak, sysselsettingstiltak og familietiltak.

Diskusjon

HOVEDFUNN

Resultatene i denne rapporten er basert på to systematiske oversikter over studier som sammenligner virkningen av ulike behandlingstiltak. Flertallet av studiene viste ingen statistisk signifikante resultater og vi har derfor generelt lite støtte for å si at ett tiltak fungerer bedre enn et annet. Enkelte studier viste statistisk signifikante resultater som kan indikere mulige behandlingseffekter.

Kombinasjonen MI og CBT har muligens, etter tolv måneder, bedre effekt på sosialt funksjonsnivå sammenlignet med behandling som vanlig. Behandling som vanlig er ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten. Det er også mulig at MI og CBT etter seks måneder har noe bedre effekt på generell livstilfredshet sammenlignet med behandling som vanlig (bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler). Cleary 2008 antyder i sin diskusjon at MI kan være et viktig supplement til CBT (11). Dette kan eventuelt forklares ved at MI fokuserer på å identifisere pasientens mål, mens CBT i større grad fokuserer på å nå målene (6). Dokumentasjonsstyrken for disse resultatene ble vurdert som middels hvilket kan bety at det er sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til resultatene og endre dem (jf. tabell i vedlegg 4).

MI gir muligens flere pasienter som avstår fra alkohol etter seks måneder sammenlignet med psykoedukasjon. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som lav hvilket kan bety at det er stor sannsynlighet for at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til resultatene og vil endre dem (jf. tabell i vedlegg 4).

I følge en studie oppsummert i Tiet 2007 ser det ut til at pasienter som får CBT for både alkohollidelse og sosial fobi etter tre måneder har høyere alkoholkonsum enn de som får CBT kun for alkohollidelsen. Dette kan muligens henge sammen med at den integrerte behandlingen kan ha utfordret pasientene i deres frykt for sosiale situasjoner, noe som igjen kan ha skapt et ekstra rusbehov (52). Den systematiske oversikten gir imidlertid sparsomme opplysninger om studien og dokumentasjonsstyrken for dette resultatet ble vurdert som meget lav. Dette betyr at det er svært stor usikkerhet knyttet til resultatet (jf. tabell i vedlegg 4).

Flere av enkeltstudiene som var inkludert i de systematiske oversiktene hadde metodiske svakheter knyttet til utførelse og rapportering. Derfor ble dokumentasjonsstyrken for flertallet av resultatene vurdert til middels, lav eller meget lav. Svakheterne i studiene gjaldt særlig manglende blinding av den som evaluerte pasientene, manglende "intention-to-treat"-analyser og usikkerhet omkring randomiseringsprosessen. Vi har imidlertid tatt hensyn til at behandlere og pasienter i studier av psykososiale behandlingstiltak ikke kan blindes og har derfor ikke redusert dokumentasjonsstyrken på grunn av dette. Studiene varierte mht. populasjon, behandlingstiltak, måleinstrumenter og behandlingens intensitet og lengde. Dette gjorde det vanskelig for forfatterne av de systematiske oversiktene å gjøre meta-analyser. Resultatene for hvert utfallsmål var, med få unntak, basert på enkeltstående studier, ofte med få deltakere. Effektestimatene hadde ofte vide konfidensintervaller og flere av studiene rapporterte asymmetriske data som kan være vanskelige å tolke. Samlet sett har dette svekket dokumentasjonsstyrken og gjort det vanskelig å trekke konklusjoner om effekten av de ti tiltakene. Vi minner om at svak dokumentasjonsstyrke *ikke* betyr at de studerte behandlingstiltakene ikke virker. Dokumentasjonsstyrken forteller oss kun hvilken grad av tillit vi har til resultatene fra forskningen som gjøres på dem, ut fra de opplysningene som er gitt i de inkluderte systematiske oversiktene.

Fordi psykososial behandling av dobbeldiagnosepasienter ofte består av flere forskjellige tiltak, gjerne i kombinasjon med medikamentell behandling, kan det enkelte ganger være vanskelig å vite om utfallet skyldes tiltaket som studeres eller andre aktive tiltak. Dette kan redusere muligheten for å påvise effekter og øke risikoen for å overse reelle behandlingseffekter. I denne rapporten kompliseres dette ytterligere ved at de systematiske oversiktene hadde manglende rapportering av innholdet i kontrollbehandlingen (ofte kun beskrevet som behandling som vanlig uten nærmere spesifikasjoner av innholdet i behandlingen).

Representativitet og overførbarhet

Resultatene var basert på studier utført i USA, Storbritannia og Australia. I en del av studiene var flertallet av deltakerne av afroamerikansk og latinamerikansk etnisitet (11) (Vedlegg 8, tabell 2). Det finnes lite forskning på hva etnisitet kan bety for behandling av dobbeldiagnosepasienter, men det er nærliggende å tro at både etnisitet og kulturelle forhold har kunnet påvirke både rekruttering, behandlingsutfall og frafall (52). Dette kan gi begrensninger mht. representativitet og overførbarhet til norske forhold.

Studiene hadde en overvekt av mannlige deltakere og studier på menn har usikker overførbarhet til kvinnelige pasienter. Forekomststudier (16;17) som viser at flertallet av pasienter med ruslidelser er menn, kan til en viss grad forklare denne kjønnskjevheten.

Dobbeldiagnosepasienter er en heterogen gruppe med ulike diagnoser av ulik alvorlighetsgrad. Cleary 2008 inkluderte studier som undersøkte pasienter med ulike kombinasjoner av alvorlige psykisk lidelser og ruslidelser. De to studiene hentet fra Tiet 2007 så på pasienter med angstlidelser og alkohollidelser. Resultatene fra studiene er muligens kun relevante for og overførbare til tilsvarende pasientgrupper.

De to inkluderte systematiske oversiktene rapporterte ikke hvordan pasientene hadde det ved studiens start og slutt. Vi ser altså ikke på hvorvidt et behandlingstiltak alene er virksomt eller ikke. Behandlingstiltakene ble sammenlignet med andre tiltak og resultatene rapporterte den *relative* effekten av tiltakene. For å undersøke effekten av en intervensjon, vil det ofte ikke være interessant (og gjerne etisk problematisk) å sammenligne denne med ingen intervensjon. I randomiserte kontrollerte studier vil derfor tiltakene ofte sammenlignes med andre aktive tiltak.

STYRKER OG SVAKHETER VED METODEN

Styrken i denne rapporten er at resultatene baserer seg på to nye systematiske oversikter med høy og moderat kvalitet. Gode systematiske oversikter bruker eksplisitte kriterier for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne. I denne rapporten har vi tillegg vurdert vår tillit til resultatene (dokumentasjonsstyrken) ved å bruke metoden GRADE.

Fordelen med å lage en slik "oversikt over oversikter", er at vi kan basere oss på andres systematikk. Det kan imidlertid forekomme mangelfull rapportering av detaljene fra enkeltstudiene og det kan finnes enkeltstudier som ikke er blitt identifisert av de systematiske oversiktene. Dessuten er vi avhengig av at det finnes systematiske oversikter over de tiltakene vi ønsker å studere. Vi fant ingen systematiske oversikter med relevante studier på effekten av familietiltak, boligtiltak og sysselsettingstiltak. Her er det behov for å supplere med et søk etter enkeltstudier.

Cleary 2008 identifiserte begrensninger i forbindelse med å reanalysere kontinuerlige data (resultater målt med måleskalaer) til effektestimaten WMD. WMD er basert på studiepopulasjonens gjennomsnittsverdi på en måleskala. Gjennomsnitt er imidlertid sensitive overfor ekstreme verdier som kan gi en såkalt asymmetrisk ("skewed") distribusjon. Slike asymmetriske data kan være vanskelig å tolke, spesielt når studien har få deltakere (53). Flere av studiene som var inkludert i Cleary 2008 rapporterte asymmetriske data for ett eller flere av utfallsmålene. Dataene for disse utfallsmålene ble ikke inkludert i analysene av WMD. I enkelte tilfeller tolket forfatterne resultatene og beskrev om det var forskjeller mellom gruppene eller ikke. I de resterende tilfellene ble resultatene ikke nærmere beskrevet eller konkludert på.

Vi inkluderte kun systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier. Det er ulike meninger om hvorvidt randomiserte kontrollerte studier er egnet til å besvare spørsmål innen psykisk helse (55;56). Imidlertid anses de (så fremt de er adekvat utført) av mange å være best egnet for besvare spørsmål om årsak - virkningsammenhenger knyttet til behandlingseffekt (57). Det finnes andre studietyper med kontrollgrupper, som kvasiekperimentelle studier og observasjonsstudier, men fordi forklaringene av resultatene fra slike studier kan være forbundet med større usikkerhet, har vi valgt å ekskludere dem fra denne kunnskapsoppsummeringen.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Begge de inkluderte systematiske oversiktene peker på behovet for flere og bedre randomiserte kontrollerte studier på området. Det er behov for større antall studiedeltakere, klinisk relevante utfalsmål, klarere rapportering og data som kan presenteres i meta-analyser. Det er også behov for å se på undergrupper av dobbeldiagnosepasienter med ulik grad av avhengighet eller misbruk og ulike psykiske lidelser (11;52). Se Cleary 2008 (11) for en oversikt over pågående randomiserte kontrollerte studier i Storbritannia, USA og Australia. Vi har ingen oversikt over pågående studier i Norge.

Konklusjon

Denne rapporten oppsummerer resultater fra to systematiske oversikter som omhandler psykososial behandling av personer med dobbeldiagnose. De systematiske oversiktene ga lite støtte for at de inkluderte psykososiale tiltakene har bedre eller dårligere effekt enn andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig. En oversikt indikerte at motiverende intervju muligens gir flere pasienter som avstår fra alkohol sammenlignet med psykoedukasjon. Det er også mulig at motiverende intervju kombinert med kognitiv atferdsterapi har bedre effekt på sosialt funksjonsnivå og livstilfredshet sammenlignet med behandling som vanlig (bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler).

Vi vet ikke om integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening eller selvhjelpsgrupper har bedre eller dårligere effekt enn andre tiltak. Studier på disse tiltakene viste enten ingen statistisk signifikante resultater eller hadde meget lav dokumentasjonsstyrke.

Vi fant ingen systematiske oversikter som inkluderte relevante studier på familieterapi, boligtiltak eller sysselsettingstiltak.

Resultatene var basert på enkeltstående studier med ulike pasientgrupper, tiltak og utfallsmål. Studiene hadde ofte få deltakere og metodiske svakheter knyttet til utførelse og rapportering. Det er derfor vanskelig å konkludere noe sikkert om effekten av de undersøkte tiltakene og det er behov for mer og bedre forskning på området.

Referanser

1. Larun L, Helseth V, Bramness J, Haugerud H, Høie B, Gråwe RW, et al. Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnose-instrumenter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21–2007.
2. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. S sammensatte problemer og separate systemer - Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002;12(3):309-18.
3. Ravndal E, Lauritzen G. Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak. *Tidsskr Norske Laege* 2004;124(3):329-31.
4. Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17 - 40 år innlagt med psykose. *Tidsskr Norske Laege* 2005;125(9):1178-80.
5. Oydna AT. Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. *Tidsskr Norsk Psykologforening* 2006;43:234-9.
6. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
7. Statens helsetilsyn. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000. Utredningsserie 10-2000, IK2727.
8. Evjen R, Øiern T, Kielland KB. Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
9. Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Baldacchino A, et al. Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *J Psychiatr Ment Hlt* 2004;11(1):48-54.
10. Gråwe RW. Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk - hvordan forstå og behandle de med dobbeltdiagnose? *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 2004;(12):34-6.
11. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;(1). Art. No.: CD001088.

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR 159. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
13. Statens helsetilsyn. ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer: systematisk del og alfabetisk indeks. 10. revisjon. Oslo: Elanders forl.; 1998.
14. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):28-37.
15. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(5):374-83.
16. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(7):830-42.
17. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):566-76.
18. Landheim AS. Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket: en tverrsnittstudie og en prospektiv studie i to fylker. Institutt for medisinske atferdsfag, Det medisinske fakultet, UiO; 2007.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
20. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol Alcoholism* 2003;38(1):54-9.
21. Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and finding. *Nord alkohol og narkotikatidsskrift* 1997;14(English supplement).
22. Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2003. SIRUS rapport nr. 4/2003.
23. Duke PJ, Pantelis C, Barnes TR. South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry* 1994;164(5):630-6.
24. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998;24(3):443-55.
25. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C, Jr., Miles KM, Hill D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophr Bull* 2000;26(1):179-92.

26. Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Miner CR. Integrated services for treatment of schizophrenic substance abusers: demographics, symptoms, and substance abuse patterns. *Psychiat Quart* 1992;63(1):3-26.
27. Stone AM, Greenstein RA, Gamble G, McLellan AT. Cocaine use by schizophrenic outpatients who receive depot neuroleptic medication. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(2):176-7.
28. Ziedonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophr Bull* 1997;23(2):229-38.
29. Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR. Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clin Psychol Rev* 2000;20(2):207-34.
30. Westermeyer J. Comorbid Schizophrenia and Substance Abuse: A Review of Epidemiology and Course. *Am J Addict* 2006;15(5):345-55.
31. Hagen H. Pasienter i psykiatriske institusjoner. Trondheim: SINTEF Unimed Norsk Institutt for sykehusforskning; 1997. NIS-rapport 5/97.
32. Lilleeng S. Pasienter med rusmiddelbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Trondheim: SINTEF Helse; 2007. Rapport A1159.
33. Gråwe RW, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Oslo: SINTEF Helse; 2006. Rapport STF78 A06003.
34. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, et al. Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res* 2006;88(1-3):55-62.
35. Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC, Linaker OM. Substance abuse and recovery in a Psychiatric Intensive Care Unit. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(1):65-70.
36. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Jonsdottir H, et al. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(2):133-8.
37. Tiltak for rusmiddelmissbrukere. St meld nr. 69 (1991-92). Sosialdepartementet, (1991).
38. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St.Meld.nr 25 (1996-97). Sosial- og helsedepartementet, (1997).
39. Sosial- og helsedepartementet. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2001. Rapport I-36/2001.
40. Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Ot.prp. nr. 54 2002-2003. Helse- og omsorgsdepartementet, (2003).
41. St.prp. nr. 1 (2007-2008). For budsjettåret 2008. Det Kongelige Helsedepartement, (2007).

42. Mueser KT, Bond GR, Drake R. Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes. MedGenMed 3(1). [Oppdatert 2001 ; lest 16 Jul 2008]. Tilgjengelig fra: <http://www.medscape.com/viewarticle/430529>.
43. Johnson J. Cost-effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: a literature review and the CCMHCP. The Cost-Effectiveness of Community Mental Health Care for Single and Dually Diagnosed Project. J Subst Abuse Treat 2000;18(2):119-27.
44. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull 1998;24(4):589-608.
45. Bogenschutz MP. 12-step approaches for the dually diagnosed: mechanisms of change. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(10 Suppl):64s-6s.
46. Kommunal og regionaldepartementet. Prosjekt Bostedsløse 2001-2004. Vanskeligstilte på boligmarkedet - Forebygge og bekjempe bostedsløshet. [Oppdatert 2008 ; lest 30 Jan 2008]. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/Bolig-og_bygningspolitikk/bostedsløshet/Prosjekt-Bostedsløse-2001-2004.html?id=415987.
47. Helle S, Gråwe RW. Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. Tidsskr Norsk Psykologforening 2007;44(11):1358-62.
48. Rusbehandling Midt-Norge. Rus/psykiatriproblematikk: Hvordan sikre god behandling, samhandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten midt-Norge? Prosjektrapport. [Oppdatert 2005 ; lest 26 Jul 2008]. Tilgjengelig fra: <http://rus-midt.no/upload/19485/Prosjektrapport%20rus-psykiatri.doc>.
49. Nilsen L. Trening kan føre til færre reinnleggelser. Dagens Medisin 2003;19(3).
50. Hjellestadklinikken. Kjønnsspesifikt utrednings- og behandlingstilbud til personer med rusmiddelbruk. Stiftelsen Bergensklinikkene. [Oppdatert 2004 ; lest 26 Jul 2008]. Tilgjengelig fra: http://www.bergenclinics.no/bk_archive/HjellestadKlinikken.pdf.
51. Hviding K, Norderhaug I, Nylund HK, Ormstad S, Reinart LM, Seierstad A, et al. Bjørndal A, editor. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006.
52. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(4):513-36.
53. The Cochrane Collaboration. Meta-analysis of continuous data. The Cochrane Collaboration open learning material. [Oppdatert 2002 ; lest 7 Jul 2008]. Tilgjengelig fra: <http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/modA1-2.htm>.
54. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004;328:1490.
55. Skotland S. Krav om kontrollerte studier i rusforskninga: - En farlig trend. Apollon Forskningsmagasin for Universitetet i Oslo. [Oppdatert 3 Jun 2008 ; lest 4 Jun 2008]. Tilgjengelig fra: http://www.apollon.uio.no/vis/art/2008_2/Artikler/rus_kontrollerteforsok.

56. Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 2. Best available evidence: how low should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005;59(10):886-92.
57. Hollon SD. What qualifies as research on which to judge effective practice. *Randomized Clinical Trials. I: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF, editors. Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions.* Washington, DC: American Psychological Association; 2005. s. 96-105.

Vedlegg

VEDLEGG 1 DIAGNOSER

Lidelse (ICD-10)	ICD-10 kode	DSM-IV kode
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes skadelig bruk (Fxx.1) og/eller avhengighet (Fxx.2) av psykoaktive stoffer		
- alkohol	F10.xx	303.90
- opiater	F11.xx	304.00
- cannabinoider	F12.xx	304.30
- sedetiva og hypnotika	F13.xx	304.10
- kokain	F14.xx	304.20
- andre stimulanter, amfetamin (ekslusiv caffein)	F15.xx	304.40
- hallusinogener	F16.xx	304.50
- flyktige løsemidler	F18.xx	304.60
- multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer	F19.xx	304.90
Schizofreni	F20	295.10-40, 295.60, 295.90
Schizotyp lidelse	F21	301.22
Paranoide psykoser (vedvarende vrangforstillingslidelser)	F22	297.1
Akutte og forbigående psykoser	F23	298.8
Indusert psykose (vrangforestillingslidelse, folie à deux)	F24	297.3
Schizoaffektive lidelser (schizoaffektive psykoser)	F25	295.70
Andre ikke-organiske psykoser	F28	295.90, 298.9
Uspesifisert ikke-organisk psykose	F29	298.9
Manisk episode	F30	296.0x
Bipolar affektiv lidelse	F31	296.40
Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	F32.2	296.23
Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	F32.3	296.24
Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, uten psykotiske symptomer	F33.2	296.33

Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer	F33.3	296.34
Agorafobi uten panikklidelse	F40.00	300.22
Agorafobi med panikklidelse	F40.01	300.21
Sosiale fobier	F40.1	300.23
Generalisert angstlidelse	F41.1	300.02
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	F43.1	309.81
Paranoid personlighetsforstyrrelse	F60.0	301.0
Schizoid personlighetsforstyrrelse	F60.1	301.20
Dyssosial (antisosial) personlighetsforstyrrelse	F60.2	301.7
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	F60.3	301.83

* lidelser i hht ICD-10 med tilsvarende koder i DSM-IV.

VEDLEGG 2 SØKESTRATEGI

Database: OVID MEDLINE 1950 to January Week 2 2008

Dato: 18.1.2008

Antall treff: 99

Søkefilter for systematiske oversikter:

For detaljert søkestrategi i EMBASE, PsycINFO, SveMed, Cochrane og CRD, kontakt prosjektleder Ingvild Kirkehei.

#	Search History	
1	Exp "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"/	Dobbeldiagnoser
2	(dual adj diagnos#s).tw.	
3	1 or 2	
4	Mental Disorders/	Ulike psykiatriske tilstander
5	exp Anxiety Disorders/	
6	(anxiety or panic or agoraphobia\$ or social phobia\$ or ptsd or ((post?traumatic or posttraumatic) adj stress adj (disorder\$ or neuros\$))).tw	
7	exp Dissociative Disorders/	
8	dissociative.tw.	
9	exp Mental Disorders Diagnosed in Childhood/	
10	exp Mood Disorders/	
11	(affective or depress\$ or bipolar or mania or manic).tw.	
12	Neurotic Disorders/	

13	exp Personality Disorders/	
14	(borderline or unstable or antisocial or d#social or avoidant or dependent).tw.	
15	exp "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"/	
16	(schizophreni\$ or psychos#s or psychotic\$).tw.	
17	or/4-16	
18	exp Substance-Related Disorders/	
19	((drug or substance\$ or alcohol or opioid\$ or amphetamine\$ or cocaine or marijuana or cannabis or phencyclidine) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or dependen\$)).tw.	Rusbruk/avhengighet
20	18 or 19	
21	exp Comorbidity/	Komorbiditet
22	(co-morb\$ or comorb\$ or co-occur\$ or cooccur\$ or concurr\$ or concomit\$ or co-exist\$ or coexist\$ or ((double or triple) adj diagnos#s)).tw.	
23	21 or 22	
24	3 or (17 and 20 and 23)	Dobbeldiagnoser ELLER psykiatriske tilstander OG rusbruk OG Komorbiditet
25	exp Rehabilitation/	Ulike behandlings- /rehabiliteringstiltak
26	(rehabilitat\$ or habilitat\$).tw.	
27	(activit\$ adj2 daily living).tw.	
28	exp Case Management/	
29	Case management.tw.	
30	exp Psychotherapy/	
31	social support/	
32	exp Social Work/	
33	(social adj (support\$ or skill\$ or work\$)).tw.	
34	exp Housing/	
35	housing.tw.	
36	Patient Education/	
37	((mar\$ or group or behavio\$ or general or networks\$ or social or	

	supporti\$ or interpersonal or individual or couple\$ or family or families or brief or psycho\$ or vocation\$) adj2 (therap\$ or counsel\$ or rehabilitat\$ or habilitat\$ or support\$ or intervention\$)).tw.	
38	(psychotherap\$ or psychoeducat\$ or psychodynam\$ or psychoanaly\$ or psychosocial or psycho-social).tw.	
39	(motivation\$ adj interview\$).tw.	
40	assertive community.tw.	
41	exp Emergency Treatment/	
42	exp Emergency Medical Services/	
43	exp Mental Health Services/	
44	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/	
45	((emergency or acute or integrated or street\$) adj2 (service\$ or department\$ or care\$ or treatment\$ or help\$ or hospital\$)).tw.	
46	exp Charities/	
47	exp Organizations, Nonprofit/	
48	exp Voluntary Workers/	
49	(charit\$ or salvation army or volunteer\$ or religio\$).tw.	
50	exp self-help groups/	
51	(self-help or alcoholics anonymous).tw.	
52	Police/	
53	Prisons/	
54	(police\$ or jail\$ or prison\$).tw.	
55	or/25-54	
56	24 and 55	Dobbeldiagnoser OG tiltak
57	Meta-analysis/	Filter for meta-analyser/systematiske oversikter
58	Meta analy\$.tw.	
59	Metaanaly\$.tw.	
60	Meta analysis.pt.	
61	((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.	
62	literature study.tw.	
63	(critical adj (appraisal or analysis)).tw.	

64	exp Review Literature/	
65	cochrane.ab.	
66	medline.ab.	
67	embase.ab.	
68	(psychlit or psyclit).ab.	
69	(psychinfo or psycinfo).ab.	
70	(cinahl or cinhal).ab.	
71	science citation index.ab.	
72	bids.ab.	
73	cancerlit.ab.	
74	reference list\$.ab.	
75	bibliograph\$.ab.	
76	Hand-search\$.ab.	
77	relevant journals.ab.	
78	manual search\$.ab.	
79	selection criteria.ab.	
80	data extraction.ab.	
81	79 or 80	
82	review.pt.	
83	81 and 82	
84	or/57-78,83	
85	comment.pt.	
86	letter.pt.	
87	editorial.pt.	
88	animal/	
89	human/	
90	88 not (88 and 89)	
91	or/85-87,90	
92	84 not 91	
93	56 and 92	99 søketreff

VEDLEGG 3 SJEKKLISTE FOR KRITISK VURDERING

		JA	UKLART DELVIS	NEI
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen) ut fra problemstillingen(e)?			
2	Er litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere databaser, gjennom søkt referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?			
3	Er det klart beskrevet hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (design, deltakere, tiltak, endepunkter)?			
4	Er det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (seleksjonskriterier, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
5	Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (validiteten) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?			
6	Er validiteten av alle studiene som det er referert til i teksten, vurdert ved hjelp av relevante kriterier (enten under seleksjon av studier eller i analysen av studiene)?			
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig sett i lys av spørsmålet som oversikten handler om?			
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?			
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?	Mangelfull	Moderat	Høy

VEDLEGG 4 GRADE

Betydningen av de ulike dokumentasjonsstyrkene.

Høy	Det er lite sannsynlig at videre forskning kommer til å endre vår tillit til resultatene	⊕⊕⊕⊕
Middels	Det er sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til resultatene og vil endre dem	⊕⊕⊕□
Lav	Det er veldig sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til resultatene og vil endre dem	⊕⊕□□
Veldig lav	Alle resultater er veldig usikre	⊕□□□

Slik graderes resultatene i de systematiske oversiktene:

Randomiserte kontrollerte studier starter i utgangspunktet på høy kvalitet som trekkes ned ut fra en vurdering av følgende kriterier:

1. Studiekvalitet (om studiene er utført på adekvat måte)

2. Konsistens (om det er samsvar mellom studier som er slått sammen til meta-analyser)
3. Direkthet (hvor like studiedeltakerne, intervensjon og utfallsmål i de inkluderte studiene er i forhold til de personer, tiltak og utfall man egentlig er ute etter å studere)
4. Presisjon (bredden på konfidensintervallet og antallet deltakere).

I denne rapporten er dokumentasjonsstyrken basert på tilgjengelig informasjon i de to inkluderte systematiske oversiktene og *ikke* på data fra de enkelte randomiserte kontrollerte studiene.

VEDLEGG 5 VURDERING AV METODISK KVALITET

		Kritisk vurdering ihht. sjekklisten i vedlegg 3								
		Søk		Inkl. - ekskl. kriterier		Kritisk vurdering		Analysemetode		Forf. konklusjon
Studie (referanser i vedlegg 7)	Spm. Kvalitet	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cleary 2008	Høy	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Drake 2007	Moderat	ja	ja	ja	ja	nei	nei	uklart	uklart	ja
Tiet 2007	Moderat	ja	uklart	ja	nei	nei	nei	ja	ja	uklart
Bender 2006	Moderat	ja	uklart	ja	uklart	nei	nei	ja	ja	ja
Bechdolf 2005	Moderat	ja	uklart	nei	uklart	ja	ja	nei	ja	ja
Donald 2005	Moderat	ja	ja	ja	ja	uklart	nei	uklart	ja	ja
Dumaine 2003	Moderat	ja	nei	ja	uklart	ja	nei	ja	ja	ja
Shade 2003	Moderat	ja	ja	nei	ja	uklart	nei	ja	ja	ja
Bogenschutz 2006	Mangelfull	ja	uklart	uklart	uklart	nei	nei	uklart	uklart	ja
Osborn 2006	Mangelfull	ja	nei	ja	nei	uklart	uklart	ja	uklart	ja
Moore 2005	Mangelfull	ja	nei	ja	nei	nei	nei	nei	ja	ja
Drake 2004	Mangelfull	uklart	uklart	nei	nei	nei	nei	nei	uklart	uklart
Drake 1998	Mangelfull	ja	uklart	ja	uklart	nei	nei	nei	ja	ja

VEDLEGG 6 ENKELTSTUDIER

		13 systematiske oversikter lest i fulltekst. Kryss (X) markerer hvilke av enkeltstudiene som er inkludert i den systematiske oversikten. **												
Enkeltstudier beskrevet i denne rapporten*. Referanser nedenfor	Kvalitetsvurdering:	Høy	Moderat							Lav				
	Syst. oversikt Tiltak	Cleary 2008	Drake 2008	Tiet 2007	Bender 2006	Bechdorf 2005	Donald 2005	Dumaine 2003	Schade 2003	Bogenshutz 2006	Osborn 2006	Moore 2005	Drake 2004	Drake 1998
Baker 2002	MI	X	X			X					X		X	
Baker 2006	CBT + MI	X	X											
Barrowclough 2001	CBT + MI	X	X	X			X						X	
Bellack 2006	CBT + MI	X	X											
Bowen 2000	CBT			X			X		X					
Drake 1998	Integrert behandling	X	X	X				X					X	X
Edwards 2006	CBT	X	X											
Essock 2006	Integrert behandling	X	X											
Graeber 2003	MI	X	X			X				X			X	
Hickman 1997	MI	X												
Jerrell 1995	Sosial ferdighetstrening, case management	X	X	X						X			X	X
Kavanagh 2004	MI	X	X										X	
Maloney 2006	CBT	X												
Morse 2006	Integrert behandling	X	X											
Naem 2005	CBT	X												
Randall 2001	Integrert behandling			X			X		X					
Schmitz 2002	CBT	X		X										

* De resterende enkeltstudiene inkludert i de systematiske oversiktene beskrives ikke da de faller utenfor våre inklusjonskriterier eller er ekskludert fra Cleary 2008 på grunn av ikke anvendbare data.

** Referanser til de systematiske oversiktene finnes i Vedlegg 6 (Under følgende eksklusjonsgrunn: Inneholder ingen relevante randomiserte kontrollerte studier utover de som er inkludert i Cleary 2008 og Tiet 2007.)

Referanser enkeltstudier:

- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric inpatient services. *Addiction* 2002;97(10):1329-38.
- Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Kay-Lambkin F, Constable PM, Carr VJ. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders - Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006;188(5):439-48.
- Barrowclough C, Haddock G, TARRIER N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(10):1706-13.
- Bellack A S, Bennett M E, Gearon J S, Brown C H, Yang Y. A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry* 2006;63(4):426-32.
- Bowen RC, D'Arcy C, Keegan D, Senthilselvan A. A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addict Behav* 2000;25:593-597.
- Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998;68(2):201-15.
- Edwards J, Elkins K, Hinton M, Harrigan SM, Donovan K, Athanasopoulos O et al. Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;114(2):109-17.
- Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK et al. Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services* 2006;57(2):185-96.
- Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal* 2003;39(3):189-202.
- Hickman ME. The effects of personal feedback on alcohol intake in dually diagnosed clients: an empirical study of William R. Miller's motivational enhancement therapy. Unpublished thesis. University Graduate School, Dept. Counseling Psychology, Indiana University 1997.
- Jerrell JM, Ridgely MS. Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *J of Nervous and Mental Disease* 1995;183(9):566-76.
- Kavanagh D J, Young R, White A, Saunders J B, Wallis J, Shockley N et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alcohol Review* 2004;23(2):151-55.
- Maloney MP. Reducing criminal recidivism in jail-incarcerated mothers with co-occurring disorders. Manuscript kindly provided by Dr Maloney - no further details given.
- Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Mental Health Journal* 2006;42(4):377-404.
- Naeem F, Kingdon D, Turkington D. Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia in Patients with Mild to Moderate Substance Misuse Problems. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005;34(4):207-15.
- Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:210-220.
- Schmitz JM, Averill P, Sayre S, McCleary P, Moeller FG, Swann A. Cognitive-Behavioral Treatment of Bipolar Disorder and Substance Abuse: A Preliminary Randomized Study. *Addictive Disorders and Their Treatment* 2002;1(1):17-24.

VEDLEGG 7 LITTERATUR EKSKLUDERT PÅ GRUNNLAG AV FULLTEKST

Ekksklusjonsgrunn: Ikke systematisk oversikt

Acier MD, Nadeau L. Mental disorders and substance-related disorders. State of the English language literature. [French]. *Alcoologie et Addictologie* 2005;27(4):315-24.

Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20(3):222-7.

Back SE, Waldrop AE, Brady KT, Hien D. Evidence-based time-limited treatment of co-occurring substance-use disorders and civilian-related posttraumatic stress disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2006;6(4):283-94.

Barrowclough C, Haddock G, Fitzsimmons M, Johnson R. Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: A descriptive review. *Journal of Mental Health* 2006;15(6):619-32.

Brown PJ, Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence* 1994;35(1):51-9.

Carroll KM. Behavioral Therapies for Co-occurring Substance Use and Mood Disorders. *Biological Psychiatry* 2004;56(10):778-84.

Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PW, Xie H, McGuire TG, et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research* 1998;33(5):1285-308.

Conrod PJ, Stewart SH. A Critical Look at Dual-Focused Cognitive-Behavioral Treatments for Comorbid Substance Use and Psychiatric Disorders: Strengths, Limitations, and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005;19(3):261-84.

Crosby Ouimette P, Brown PJ, Najavits LM. Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):785-96.

Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: a 10-year update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2005;44(9):872-87.

Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996;66(1):42-51.

Drake RE, Wallach MA, McGovern MP. Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses. *Psychiatric Services* 2005;56(10):1297-302.

Drake RE, Brunette MF, Mueser KT, Green AI. Management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Minerva Psichiatrica* 2005;46(2):119-32.

Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin* 2000;26(1):105-18.

Edens JF, Peters RH, Hills HA. Treating prison inmates with co-occurring disorders: an integrative review of existing programs. *Behavioral Sciences & the Law* 1997;15(4):439-57.

Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS, Swinson RP, Kennedy SH, CANMAT D. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 2001;46 Suppl 1:77S-90S.

Farone DW. Treating Co-Occurring Disorders: A Handbook for Mental Health and Substance Abuse Professionals. *Families in Society* 2004;85(3):430-Sep.

Feldstein SW, Ginsburg JID. Motivational Interviewing With Dually Diagnosed Adolescents in Juvenile Justice Settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2006;6(3):218-33.

Galanter M, Castaneda R, Ferman J. Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis, and treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 1988;14(2):211-35.

Garito PJ. Assessing and treating psychiatric comorbidity in chemically dependent analysis. *Current issues and clinical approaches* (2nd ed; 1988).

Goldberg JF. Bipolar disorder with comorbid substance abuse: Diagnosis, prognosis, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice* 2001;7(2):109-22.

Johnson J. Cost-effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: a literature review and the CCMHCP. The Cost-Effectiveness of Community Mental Health Care for Single and Dually Diagnosed Project. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000;18(2):119-27.

Kofoed L, Friedman MJ, Peck R. Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *Psychiatric Quarterly* 64(2):151-71, 1993;

Manna V. Drug addictions and mood depression: Toward an integrated multi-modal treatment. [Italian]. *Minerva Psichiatrica* 2002;43(1):29-50.

Minkoff K. Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services* 52(5):597-9, 2001;

Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders 59. *Alcohol Research & Health* 1999;23(2):144-9.

Nunes EV, Sullivan MA, Levin FR. Treatment of Depression in Patients with Opiate Dependence. *Biological Psychiatry* 2004;56(10):793-802.

Nunes EV, Levin FR. Treating depression in substance abusers. *Current Psychiatry Reports* 2006;8(5)

Oei TPS, Loveday WAL. Management of co-morbid anxiety and alcohol disorders: Parallel treatment of disorders. *Drug and Alcohol Review* 1997;16(3):261-74.

RachBeisel J, Scott J, Dixon L. Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services* 1999;50(11)

Sheils R, Rolfe TJ. Towards an integrated approach to a family intervention for co-occurring substance abuse and schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2000;21(2):81-7.

Siegfried N. A review of comorbidity: Major mental illness and problematic substance use. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* Vol 32(5)(pp 707-717), 1998 1998;(5):707-17.

Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD. Comorbid alcoholism and depression: Treatment issues. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 20):32-41.

Van Den Bosch LMC, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry* Vol 20(1)(pp 67-71), 2007 2007;(1):67-71.

Ekksklusjonsgrunn: Ikke relevante tiltak

Nunes E, V, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA* 2004;291(15):1887-96.

Ekksklusjonsgrunn: Ikke relevante utfallsmål

Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment* 2001;5(15):1-139.

Bogenschutz MP, Bogenschutz MP. 12-step approaches for the dually diagnosed: mechanisms of change. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(10 Suppl):64s-6s.

Ekksklusjonsgrunn: Ikke systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte studier

Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review* 2004;23(4):471-81.

Watkins KE, Hunter SB, Burnam MA, Pincus HA, Nicholson G. Review of treatment recommendations for persons with a co-occurring affective or anxiety and substance use disorder. *Psychiatric Services* Vol 56(8) (pp 913-926), 2005 2005;(8):913-26.

Poland ST. Dual diagnosis: Models of treatment. A critical review of the literature. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1998;58(9-B):Mar-B.

Ekksklusjonsgrunn: Inneholder ingen relevante randomiserte kontrollerte studier utover de som er inkludert i Cleary 2008 og Tiet 2007.

Bechdorf A, Pohlmann B, Geyer C, Ferber C, Klosterkotter J, Gouzoulis-Mayfrank E. Motivationsbehandling bei Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2005;73(12):728-35.

Bender K, Springer DW, Kim JS. Treatment Effectiveness With Dually Diagnosed Adolescents: A Systematic Review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2006;6(3):177-205.

Bogenschutz MP, Geppert CM, George J. The role of twelve-step approaches in dual diagnosis treatment and recovery. *Am J Addict* 2006;15(1):50-60.

Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine* 2005;60(6):1371-83.

Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(4):589-608.

Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27(4):360-74.

Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders 16. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008;(1):123-38.

Dumaine ML. Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: Implications for social work practice. *Research on Social Work Practice* 2003;13(2):142-65.

Moore BC. Empirically Supported Family and Peer Interventions for Dual Disorders. [References]. *Research on Social Work Practice* 2005;15(4):231-45.

Osborn LD. A meta-analysis of controlled clinical trials of the efficacy of motivational interviewing in a dual-diagnosis population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2007;67(9-B):2007, pp-B.

Schade A, Marquenie LA, Van B, De B, Van D, van d. Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol & Alcoholism* 2003;38(3):255-62.

VEDLEGG 8 INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER/ INCLUDED SYSTEMATIC REVIEWS

Table 1: Systematic review - Cleary 2008

Author	Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G
Title	Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse
Year	2008
Objective as described by the author of the review	To assess the effects of various psychosocial interventions for substance reduction by people with a serious mental illness compared with standard care.
Quality of the review	High
Methodological quality of included studies	Category A (low risk of bias): 4 studies Category B (moderate risk of bias): 18 studies Category D (no calculable data): 3 studies
Inclusion criteria:	
Study design (S)	Randomized controlled trials with or without blinding
Population (P)	Patients with severe mental illness and concurrent problem of substance misuse.
Intervention (I)	<p>Psychosocial interventions:</p> <p>Provider-oriented long-term interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrated models of care with assertive community treatment - Non-integrated models of care or intensive case management <p>Patient/client focused short-term interventions of substance misuse:</p> <p>Individual approaches:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitive behavioural therapy - Motivational interviewing <p>Group approaches:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Social skills training
Comparison (C)	Standard care or treatment as usual
Outcome (O)	<ul style="list-style-type: none"> - Attrition: Numbers lost to treatment, numbers lost to evaluation - Death - Substance use: Change in substance use as defined by each of the studies - Mental state: Changes in symptoms as defined by each of the studies - Other outcomes: Global functioning, social functioning, quality of life / life satisfaction, hospital readmissions (and days in the community), homelessness, compliance with treatment and medication. <p>Reported outcome time-periods: 3, 6, 9,12,18, 24, 36 months, where applicable</p>

Exclusion criteria	<p>Study design: Quasi-randomized trials</p> <p>Population: Organic disorders, non-severe mental illness, solely tobacco abuse</p> <p>Other: Data not used where attrition rates was more than 50%.</p>
Last updated literature search	March 2007
Description of included studies	<p>Total number of studies: 25 studies, included 3 with only skewed data, leaving 22 studies with usable data.</p> <p>Country: USA 18, Australia 4, UK 3</p> <p>Setting: Community 19, hospital 2, community + hospital 2, community + jail 2</p>
Comparison 1	Integrated models of care vs treatment as usual
No. of relevant studies	2 (Drake 98, Essock 06)
Population characteristics (total)	<p>Number of participants: 421</p> <p>Mean age varied from 34 to 37</p> <p>Age range varied between 18 and 60 (1 study: Drake 98)</p> <p>Gender: 73% male</p>
Diagnoses	Serious mental illness (schizophrenia, major mood disorder) and SUD. (DSM-III-R.)
Intervention/Control	<p>Drake 98: <i>Intervention:</i> Integrated ACT: community-based, high intensity, direct substance abuse treatment by team members, use of stage-wise dual-disorder model, dual-disorder treatment groups & exclusive team focus on patients for those with dual disorders. Caseload ~ 12. <i>Control:</i> Standard Case Management: community-based, team working with client's support system & vigorously addressing co-occurring substance use. Caseload ~ 25. <i>Study duration:</i> 36 months</p>
Outcomes	<p>Essock 06: <i>Intervention:</i> Integrated ACT with a direct substance use component. <i>Control:</i> Routine care: standard case management. <i>Study duration:</i> 36 months</p>
Results	<p>Substance use: SATS, not in remission, progress towards recovery.</p> <p>Functioning: GAF</p> <p>Quality of life: QOLI</p> <p>No significant differences between groups.</p>
Comparison 2	Non-integrated models of care (intensive case management) vs treatment as usual
No. of relevant studies	1 (Jerell 95b)
Population characteristics	<p>Number of participants: 50</p> <p>Mean age 33</p> <p>Age range 18-59</p> <p>Gender: 76 % male</p>
Diagnoses	Serious mental illness (schizophrenia) and SUD. (DSM-III-R)

Intervention/Control	<i>Intervention:</i> Routine care plus intensive case management: intensive assistance with housing, daily living, legal problems, money management, personal relationships & leisure activities. <i>Control:</i> Routine care plus 12 step recovery programme. <i>Study duration:</i> 18 months
Outcomes	Functioning: RFS, SAS-SMI
Results	No significant differences between groups.
Comparison 3	CBT + MI vs treatment as usual
No. of relevant studies	3 (Baker 06, Barrowclough 01, Bellack 06)
Population characteristics	Number of participants: 341 Mean age varied from 29-43 (3 studies) Age range: 18-65 (1 study) Gender: 72% male
Diagnoses	Serious mental illness (schizophrenia, schizoaffective disorder, major mood disorder) and SUD. (SCID, ICD-10 & DSM-IV.)
Intervention/Control	Baker 06: <i>Intervention:</i> MI and CBT (10 weekly one hour sessions). <i>Control:</i> Routine care plus self-help books. <i>Study duration:</i> 12 months Barrowclough 01: <i>Intervention:</i> Routine care with family support worker plus MI, manualized individual CBT for the participant and CBT for family/caregiver. <i>Control:</i> Routine care plus family support worker. <i>Study duration:</i> 12 months, 18 months recovery data Bellack 06: <i>Intervention:</i> MI and CBT as part of Behavioural Treatment for Substance Abuse in severe and persistent mental illness. <i>Control:</i> Routine care: Supportive Treatment for Addiction Recovery incl. psycho education and group discussion regarding substance misuse. <i>Study duration:</i> 6 months
Outcomes	Substance use: OTI (polydrug use only) Mental state: PANSS, no. of relapse Functioning: GAF, SFS, arrests Quality of life: BQOL
Results	Substance use and mental state: No significant difference between groups. Functioning: <i>Arrests:</i> No significant difference between groups. <i>Global Assessment of Functioning:</i> No significant difference between groups. <i>Social Functioning:</i> No significant difference between groups by 9 months. However, by 12 months results favoured the treatment group (WMD 7.27 CI 0.9 to 13.7). Quality of life: Average general life satisfaction scores (BQOL) were higher for the treatment group by 6 months (n=110, WMD 0.58 CI 0.0 to 1.2, p=0.05), although confidence intervals crossed the line of no effect. No significant difference between groups in overall quality of life scores (BQOL) by six months.

	Some support for the effectiveness of CBT + MI, yet findings were inconsistent and much data unable to use. Further research is required.
Comparison 4	Cognitive behavioural therapy vs treatment as usual
No. of relevant studies	3 (Edwards 06, Naem 05, Schmidt 02)
Population characteristics	Number of participants: 198 Mean age varied between 21-35 (2 studies) Age range: 18-65 (1 study) Gender: 72 % male
Diagnoses	Serious mental illness (schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, other psychotic disorder/psychotic disorder NOS, affective psychosis, bipolar disorder) and SUD. (DSM-IV, ICD-10)
Intervention/Control	Edwards 06: <i>Intervention:</i> Cannabis and psychosis therapy (CAP) with a cognitive-behavioural-oriented program for individuals with first-episode psychosis. <i>Control:</i> Active control condition involving psychoeducation plus standard EPPIC care. Includes case management, regular psychiatric review and medication, access to mobile assessment and treatment, family work, group programs, and a prolonged recovery clinic. <i>Study duration:</i> 6 months Naem 05: <i>Intervention:</i> CBT plus psychoeducation individually and for carers. <i>Control:</i> Routine care. <i>Study duration:</i> 3 months Schmidt 02: <i>Intervention:</i> Medication monitoring and individual CBT. CBT integrates relapse prevention and includes specific skill-training techniques. <i>Control:</i> Routine care, medication monitoring. <i>Study duration:</i> 3 months
Outcomes	Substance use: % of patients using cannabis in the last 4 weeks, % of participants using drugs and alcohol by 3 months. Mental state: Insight Scale. Functioning: SOFAS.
Results	No significant differences between groups.
Comparison 5	CBT + psychosocial rehabilitation vs treatment as usual
No. of relevant studies	1 (Maloney 06)
Population characteristics:	Number of participants: 135 Mean age: 36 years Gender: 100% female
Diagnoses	Serious mental illness (psychotic disorders, bipolar disorders, depressive disorders) with SUD. (MINI Plus.)
Intervention/Control	Intervention: Intensive Jail (IJ) group received a minimum of 3 weeks of specialised treatment during their qualifying incarceration. Housed in a mental observation dormitory, IJ was a hybrid of psychosocial rehabilitation, cognitive-behavioural, and harm reduction approaches. Individual

<p>Outcomes</p> <p>Summary of results as stated by the author</p>	<p>supportive counselling twice per week, crisis intervention services and a series of 12 to 15 one-hour groups per week. Groups included 12 step sobriety maintenance, relapse prevention, symptom and medication management, crime prevention, parenting, and independent living. Control: Standard care. Included psychiatric medication evaluation and follow-up, recreation therapy and stress management groups, parenting classes, drug education, academic education and religious services.</p> <p>Functioning: We were only able to add outcome data relating to functioning, and these were all skewed.</p> <p>There is no real indication that the number of arrests is less in the cognitive behavioural therapy + psychosocial rehabilitation group over all the time periods and this also applies to the number of convictions. The number of days in jail for each group is also not really noticeably different. It should be stressed that all data are skewed and not reanalysed, merely reported again in this review.</p>
<p>Comparison 6</p> <p>No. of relevant studies</p> <p>Intervention/control</p> <p>Summary of results as stated by the author</p>	<p>CBT + intensive case management vs treatment as usual</p> <p>1 Maloney06 (Same as comparison 5)</p> <p>See Comparison 5 for population characteristics, outcomes and results.</p> <p>Intervention: Combined treatment (COB) group received both intensive jail and intensive community interventions as described in comparison 5 and 7. Control: Standard care. Included psychiatric medication evaluation and follow-up, recreation therapy and stress management groups, parenting classes, drug education, academic education and religious services.</p> <p>We were only able to add outcome data relating to functioning, and these were all skewed data which are reported in other data tables. There is some indication that the number of arrests is less in the cognitive behavioural therapy + intensive case management group over all the time periods and this also applies to the number of convictions. However, the number of days in jail for each group is not really noticeably different. It should be stressed that all data are skewed and not reanalysed, merely reported again in this review.</p>
<p>Comparison 7</p> <p>No. of relevant studies</p> <p>Intervention/control:</p>	<p>Intensive case management vs treatment as usual</p> <p>1 (Maloney06) (Same as comparison 5 and 6)</p> <p>See Comparison 5 for population characteristics, outcomes and results.</p> <p>Intervention: Intensive Community Treatment (IC). IC treatment approach provided intensive case management. Transition planning, which began while participants were still in custody and continued after release, consisted of housing placement, pursuit of public entitlements, linkage to psychiatric care, and transportation to pharmacy and residential placement post-release. In addition, on-going</p>

<p>Summary of results as stated by the author</p>	<p>consultations to ensure continuity of care, and interventions aimed at substance recovery maintenance, relapse prevention, psychiatric stability and reduction of re-arrests were provided. IC treatment was carried out in conjunction with a number of community agencies, including those specializing in dual recovery, rehabilitation, housing, entitlement benefits, and childcare and parenting etc. Control: Standard care. Included psychiatric medication evaluation and follow-up, recreation therapy and stress management groups, parenting classes, drug education, academic education and religious services.</p> <p>There is no real indication that the number of arrests is less in the intensive case management group over all the time periods and this also applies to the number of convictions. The number of days in jail for each group is also not really noticeably different. It should be stressed that all data are skewed and not reanalysed, merely reported again in this review</p>
<p>Comparison 8</p> <p>No. of relevant studies</p> <p>Population characteristics</p> <p>Diagnoses</p> <p>Intervention/Control</p> <p>Outcomes</p>	<p>MI vs treatment as usual</p> <p>4 (Baker 02, Graeber 03, Hickman 97, Kavanagh 04)</p> <p>Number of participants: 245 Mean age varied between 23-42.87 (all 4 studies) Age range: 17-31 (1 study) Gender: 78 % male</p> <p>Serious mental illness (schizophrenia, schizoaffective, other psychotic disorder,) and SUD (3 studies) or alcohol use disorder only (one study, Graeber 03). (SCID, DSM-IV.)</p> <p>Baker 02: <i>Intervention:</i> Routine care plus individual 30-45 minutes of MI. <i>Control:</i> Routine care plus informed that they were using substances at hazardous level and should reduce their consumption. <i>Study duration:</i> 12 months</p> <p>Graeber 03: <i>Intervention:</i> Three-session MI. Focused on personal choice and responsibility and de-emphasized labelling, with the therapist assuming a directive and client-centred style. <i>Control:</i> Three-session Educational Treatment intervention. Didactic, focusing on the material being delivered with the therapist assuming a directive interpersonal style. <i>Study duration:</i> 6 months</p> <p>Hickman 97: <i>Intervention:</i> Routine care plus a brief MI, structured one-time presentation of personal feedback on alcohol intake. <i>Control:</i> Routine care (involving pharmacotherapy, case management services, substance abuse treatment groups.) <i>Study duration:</i> 3 months</p> <p>Kavanagh 04: <i>Intervention:</i> Routine care plus Start Over and Survive (SOS). Brief MI comprising 3 hours of individual treatment over 6-9 sessions. <i>Control:</i> Standard care (pharmacotherapy, access to in-patient programmes and aftercare involving either case management or general practice consultations). <i>Study duration:</i> 12 months</p> <p>Substance use: SCID - alcohol, amphetamine and cannabis, OTI - polydrug use, abstinence rates, number of participants abstinent or improved on all substances Mental state: SCL-90-R.</p>

<p>Summary of results as stated by the author</p> <p>Summary of results as stated by the author</p>	<p>Functioning: OTI - social functioning</p> <p>Not abstaining or not improved on all substances by 6 months: Results favoured the treatment group (42%, control; 92%, n=28, RR 0.36 CI 0.2 to 0.8, NNT 2 CI 2 to 5).</p> <p>For mental state and functioning, there were no significant differences between groups.</p> <p>Some support was found for the effectiveness of MI in reducing substance use, even though studies were generally small and interventions brief. Fortunately, much data were not usable. Graeber 03 found that there was more likelihood that patients in the treatment group would abstain from alcohol after six months.</p>
<p>Comparison 9</p> <p>No. of relevant studies</p> <p>Population characteristics</p> <p>Diagnoses</p> <p>Intervention/Control</p> <p>Outcomes</p> <p>Results</p>	<p>Skills training vs treatment as usual</p> <p>1 (Jerrell 95a)</p> <p>Number of participants: 47 Mean age: 34 Age range: 18-59 Gender: 70 % male</p> <p>Serious mental illness (schizophrenia) with SUD. (DSM-II-R)</p> <p><i>Intervention:</i> Behavioural skills programme: psychoeducational approach with self-management skills, repeated practice & reinforcement. <i>Control:</i> Twelve step recovery programme: <i>Study duration:</i> 18 months</p> <p>Functioning: RFS, SAS-SMI</p> <p>No significant differences between groups.</p>
<p>Comparison 10</p> <p>Number of studies</p>	<p>Specialised case management vs standard care</p> <p>1 (Godley 94)</p> <p>No relevant outcomes: Only able to add outcome data relating to admissions and length of stay.</p>
<p>Comparison 11</p> <p>Studies</p> <p>Population characteristics</p> <p>Diagnoses</p>	<p>Integrated assertive community treatment vs assertive community treatment team vs standard care</p> <p>1 (Morse 06)</p> <p>Number of participants: 196 Mean age: 40 Age range: 18-66 Gender: 61 % male</p> <p>Serious mental illness (schizophrenia, schizoaffective, atypical psychotic disorder, major depression-recurrent disorder) and SUD.</p>

Intervention/Control	<i>Treatment 1:</i> Integrated Assertive Community Treatment (IACT). <i>Treatment 2:</i> Assertive Community Treatment only. Referred clients to other community providers for outpatient or individual substance abuse services and to 12-step groups. <i>Control:</i> Routine care. Provided with a list of community agencies (mental health and substance abuse treatment) and staff provided linkage assistance to facilitate access.
Outcomes	No usable data, only skewed data reported
Summary of results as stated by the author	Interesting data were presented for important outcomes but all were continuous and skewed. None gave the impression of a real difference occurring between the two packages of care and the standard care.
Conclusion as stated by the author	...no compelling evidence to support any one psychosocial treatment over another to reduce substance use or improve mental state by people with serious mental illnesses. The main support for substance use reduction was from one small study assessing MI where more participants receiving this treatment abstained from alcohol. [...] In combination with CBT, MI also improved life satisfaction and social functioning. Little support was found for integrated, non-integrated or skills training programmes being superior to standard care. [...] Furthermore, methodological difficulties exist which hinder pooling and interpreting results; high drop out rates, varying fidelity of interventions, varying outcome measures, settings and samples and comparison groups may have received higher levels of treatment than standard care. Further studies are required which address these concerns and improve the evidence in this important area.

Table 2: Sex and ethnicity in studies reported in Cleary 2008.

Study	Male	Female	% Female	Country	Ethnicity (as described in Cleary 2008)
Baker 02	120	40	25 %	Wales	not reported
Baker 06	102	28	22 %	Wales	not reported
Barrowclough 01	33	3	8 %	UK	100% white european
Bellack 06	111	64	37 %	USA	75% african american
Drake 98	165	58	26 %	USA	96% white
Edwards 06	34	13	28 %	Australia	not reported
Essock 06	142	56	28 %	USA	55% african american, 14% hispanic, 4% other
Graeber 03	29	1	3 %	USA	40% hispanic, 20% african american
Hickman 97	26	4	13 %	USA	97% white
Jerrell 95a	33	14	30 %	USA	64% white
Jerrell 95b	38	12	24 %	USA	66% white
Kavanagh 04	15	10	40 %	Australia	84% anglo-saxon
Maloney 06	0	135	100 %	USA	51% black, 12% hispanic
Morse 06	119	30	20 %	USA	73% afro-american
Naeem 05	87	18	17 %	UK	90% caucasian
Schmitz 02	22	24	52 %	USA	80% caucasian

Table 3: Systematic review – Tiet 2007

Author	Tiet, Q. Quyen & Mausbach B.
Title Year	Treatments for patients with dual diagnosis: A review 2007
Objective as described by the author of the review	To review the current scientific literature on the treatments for individuals diagnosed with co-occurring substance use and psychiatric disorders.
Quality of the review	Moderate
Quality of included studies	No quality ratings of the studies was attempted.
Inclusion criteria:	
Study design (S)	No restrictions on study design
Population (P)	Individuals with dual diagnosis: current SUD and current psychiatric disorder (DSM-IV Axis I and Axis II).
Intervention (I)	All types of treatments (incl. medication and psychosocial treatment)
Comparison (C)	Not stated
Outcome (O)	All outcomes found in studies
Other inclusion criteria	Studies in English published from 1980
Exclusion criteria	Not stated
Last updated literature search	Not stated
Description of relevant studies to be summarized in this report	Total number of studies: 2 (Randall 01, Bowen 00) Country: USA Setting: One in-patient, one not stated
Study 1: Randall 2001	
Population characteristics	Number of participants: n=93 Age: not stated Gender: not stated
Diagnoses	Social phobia and SUD (alcohol dependence). (DSM-III-R)
Intervention/Control	Intervention: CBT for alcohol use and social phobia. Control: CBT for alcohol use alone.
Outcomes	Substance-related outcomes: % days abstinent, % days heavy drinking, Total Drinks Consumed, drinks per drinking

<p>Results</p> <p>Summary of results as stated by the author</p>	<p>day. Psychiatric outcomes: Social Phobia and Anxiety Scale total , Liebowitz Social Anxiety Scale</p> <p>Substance-related outcomes, effect sizes Cohen's d: % days abstinent: -0.54, significant difference* % days heavy drinking: -0.44, significant difference* Total Drinks Consumed: -0.42, significant difference* Drinks per drinking day: -0.25, non-significant difference</p> <p>The group treated for both alcohol and anxiety problems had worse outcomes on some alcohol-related measures. No group differences were observed in social anxiety outcomes.</p>
<p>Study 2: Bowen 2000</p> <p>Population characteristics</p> <p>Diagnoses</p> <p>Intervention/Control</p> <p>Relevant outcomes</p> <p>Summary of results as stated by the author</p>	<p>Number of participants: n=231 Age: not stated Gender: not stated</p> <p>Panic disorder with or without agoraphobia and interview of recent drinking history.</p> <p>Intervention: CBT oriented toward panic disorder in addition to the regular inpatient alcoholism treatment program among alcoholic patients with panic disorders. Control: Treatment as usual: Alcohol treatment alone.</p> <p>Substance-related outcomes: % days abstinent past 3 months, Total drinks past 3 months. Psychiatric outcomes: Fear of Negative Evaluation, Social Anxiety and Distress Scale, BDI, Mark Matthews Fear Questionnaire.</p> <p>No calculable data, but authors conclude that they found no increased efficacy for the CBT condition on anxiety symptoms or drinking outcomes.</p>
<p>Conclusion as stated by the author</p>	<p>This review did not find treatments that had been replicated and consistently showed clear advantages over comparison conditions for both substance-related and other psychiatric outcomes. [...] there is still a long way before we know what treatments work for which groups of dual-diagnosis patients.</p>

VEDLEGG 9 GRADE-TABELLER

Tabellene suppleres med fotnoter som begrunner dokumentasjonsstyrken. Begrunnelsene er basert på dokumentasjonen tilgjengelig i de to inkluderte systematiske oversiktene og ikke på litteratur fra de enkelte randomiserte kontrollerte studiene.

Author(s): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should integrated treatment models vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(4):513-36.

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No. of patients		Effect		Quality
							Integrated treatment	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Substance use: Not in remission – alcohol; follow-up 6 months											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	43/75	34/68	RR 1.15 (0.84 to 1.56)	75 more per 1000 (from 80 fewer to 280 more)	⊕⊕⊕O MODERATE
Sustance use: Not in remission – drugs; follow-up 6 months											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	26/45	26/40	RR 0.89 (0.63 to 1.25)	72 fewer per 1000 (from 240 fewer to 162 more)	⊕⊕⊕O MODERATE
Substance use: Average score for progress towards recovery measured with SATS; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	105	98	-	WMD 0.07 (-0.28 to 0.42)	⊕⊕⊕O MODERATE
Substance use: % days abstinent, % days of heavy drinking, total drinks consumed, drinks per drinking day											
1 ⁸	randomised trial	very serious ⁹	no serious inconsistency	serious ¹⁰	serious ¹¹	none	49	44	Cohen's <i>d</i> -0.54	-	⊕OOO VERY LOW
Mental state: Social Phobia and Anxiety Inventory, Liebowitz Social Anxiety Scale											
1 ⁸	randomised trial	very serious ⁹	no serious inconsistency	serious ¹⁰	serious ¹¹	none	49	44	Cohen's <i>d</i> -0.44	-	⊕OOO VERY LOW
Functioning: Average general score measured with GAF; follow-up 6 months; better indicated by more											

1 ³	randomised trial	serious ⁴	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁵	none	87	75	-	WMD 1.10 (-1.58 to 3.78)	⊕⊕⊕⊕ LOW
Functioning: Average general score measured with GAF; follow-up 12 months; better indicated by more											
1 ³	randomised trial	serious ⁴	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁵	none	89	82	-	WMD 0.70 (-2.07 to 3.47)	⊕⊕⊕⊕ LOW
Satisfaction: Average general score measured with QOLI; follow-up 6 months; better indicated by more											
2 ⁶	randomised trial	serious ⁷	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	189	172	-	WMD -0.11 (-0.41 to 0.2)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE
Satisfaction: Average general score measured with QOLI; follow-up 12 months; better indicated by more											
2 ⁶	randomised trial	serious ⁷	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	193	179	-	WMD 0.02 (-0.28 to 0.32)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE

¹ Drake 1998

² Oppgir ikke hvordan randomiseringsprosessen har foregått. Ingen "Intention-to-treat"-analyse.

³ Essock 2006

⁴ Usikkert om det var skjult gruppefordeling. Ingen "Intention-to-treat"-analyse.

⁵ Vidt konfidensintervall.

⁶ To studier: Drake 1998, Essock 2006

⁷ Drake 1998 oppgir ikke hvordan randomiseringsprosessen har foregått. Uklart om det var skjult gruppefordeling. Ingen "Intention-to-treat"-analyse.

⁸ Randall 2001

⁹ Oppgir ikke hvordan randomiseringsprosessen har foregått, om evaluator var blindet eller om det ble gjort "Intention to treat"-analyse.

¹⁰ Oppgir ikke deltakernes alder, oppfølgingstid eller i hvilke rammer studien foregikk.

¹¹ Oppgir ikke konfidensintervall.

Author(s): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should case management vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality
							Case management	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Functioning: Average role functioning score measured with RFS; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	25	25	-	WMD -0.78 (-2.91 to 1.35)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE
Functioning: Average role functioning score measured with RFS; follow-up 12 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	25	25	-	WMD 0.70 (-1.56 to 2.96)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE
Functioning: Average social adjustment score measured with SAS; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	25	25	-	WMD -0.93 (-6.34 to 4.48)	⊕⊕⊕⊕ LOW
Functioning: Average social adjustment score measured with SAS; follow-up 12 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	25	25	-	WMD 3.09 (-2.71 to 8.89)	⊕⊕⊕⊕ LOW
Functioning: No. of arrests, convictions and days in prison											
1 ⁴	randomised trial	serious ⁵	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁶	none	-	-	-	-	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW

¹ Jerrell 1995b

² Usikkert om evaluatør var blindet. Uklart om det var skjult gruppefordeling, delvis "Intention-to-treat"-analyse.

³ Vidt konfidensintervall.

⁴ Maloney 2006

⁵ Evaluatør ikke blindet, ikke skjult fordeling til gruppene, ikke "Intention-to-treat"-analyse.

⁶ Asymmetriske data uten effektestimater eller konfidensintervall

Author(s): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should assertive community treatment vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality
							ACT	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Substance use: Substance use Severity Scale											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ³	none	-	-	-	-	⊕○○○ VERY LOW
Functioning: Number of days in stable housing											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ³	none	-	-	-	-	⊕○○○ VERY LOW

¹ Morse 2006

² Randomiseringsprosessen ikke beskrevet, usikkert om evaluatør var blindet, ingen "Intention-to-treat"-analyse, ikke skjult fordeling til gruppene.

³ Asymmetriske data uten effektestimater eller konfidensintervall

Author(s): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should CBT vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(4):513-36.

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality
							CBT	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Substance use: % used cannabis last 4 weeks; follow-up 6 months											
1 ¹	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	No serious imprecision	none	15/23	12/24	RR 1.30 (0.79 to 2.15)	150 more per 1000 (from 105 fewer to 575 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH

Substance use: % used alcohol; follow-up 3 months											
1 ²	randomised trial	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	7/25	1/21	RR 5.88 (0.79 to 44.03)	234 more per 1000 (from 10 fewer to 1000 more)	⊕⊕⊕ LOW
Substance use: % used drugs; follow-up 3 months											
1 ²	randomised trial	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	No serious imprecision	none	12/25	5/21	RR 2.02 (0.85 to 4.8)	243 more per 1000 (from 36 fewer to 904 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE
Substance use: % abstinent past 3 months, total drinks past 3 months											
1 ⁶	randomised trial	very serious ⁷	no serious inconsistency	serious ⁸	very serious ⁹	none	146	85	-	-	⊕⊕⊕ VERY LOW
Mental state: Average insight score measured with Insight Scale; follow-up 3 months; better indicated by more											
1 ⁵	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	No serious imprecision	none	67	38	-	WMD 0.52 (-0.78 to 1.82)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Mental state: Fear of negative evaluation, Social Anxiety and Distress Scale, BDI, Marks Mathews Fear Questionnaire											
1 ⁶	randomised trial	very serious ⁷	No serious inconsistency	Serious ⁸	very serious ⁹	none	146	85	-	-	⊕⊕⊕ VERY LOW
Functioning: Average social and occupational functioning score measured with SOFAS; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	23	24	-	WMD -4.70 (-14.52 to 5.12)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE
Functioning: Number of arrests, convictions and days in prison											
1 ¹⁰	randomised trial	very serious ¹¹	No serious inconsistency	no serious indirectness	serious ¹²	none	-	-	-	-	⊕⊕⊕ VERY LOW

¹ Edwards 2006

² Schmitz 2002

³ Ikke klart om evaluatør var blindet. Ingen "Intention to treat"-analyse. Uklart om det var skjult fordeling til gruppene.

⁴ Vidt konfidensintervall.

⁵ Naem 2005

⁶ Bowen 2000

⁷ Oppgir ikke hvordan randomiseringsprosessen har foregått, om evaluatør var blindet eller om det er utført "Intention to treat"-analyse.

⁸ Oppgir ikke deltakernes alder, studiens rammer eller oppfølgingstid

⁹ Effektestimat (Cohen's d) ikke kalkulerbart

¹⁰ Maloney 2006

¹¹ Evaluatør ikke blindet, ingen "Intention-to-treat"-analyse, ikke skjult gruppefordeling.

¹² Asymmetriske data uten effektestimat eller konfidensintervall

Author(s): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should motivational interviewing vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality
							Motivational interviewing	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Substance use: Alcohol abuse/dependence; follow-up 12 months											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	No serious indirectness	no serious imprecision	none	11/28	7/24	RR 1.35 (0.62 to 2.92)	102 more per 1000 (from 111 fewer to 561 more)	⊕⊕⊕O MODERATE
Substance use: Amphetamine abuse/dependence; follow-up 12 months											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	No serious indirectness	no serious imprecision	none	1/11	3/8	RR 0.24 (0.03 to 1.92)	285 fewer per 1000 (from 364 fewer to 345 more)	⊕⊕⊕O MODERATE
Substance use: Cannabis abuse/dependence; follow-up 12 months											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	No serious indirectness	no serious imprecision	none	14/28	22/34	RR 0.77 (0.49 to 1.21)	149 fewer per 1000 (from 330 fewer to 136 more)	⊕⊕⊕O MODERATE
Substance use: Polydrug consumption levels measured with OTI; follow-up 12 months; better indicated by less											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	No serious indirectness	no serious imprecision	none	43	46	-	WMD -0.07 (0.56 to 0.42)	⊕⊕⊕O MODERATE
Substance use: Not abstinent or not improved on all substances; follow-up 12 months											
1 ³	randomised trial	serious ⁴	no serious inconsistency	No serious indirectness	serious ⁵	none	5/13	9/12	RR 0.51 (0.24 to 1.1)	368 fewer per 1000 (from 570 fewer to 75 more)	⊕⊕OO LOW
Substance use: Not abstaining from alcohol ; follow-up 6 months											
1 ⁶	randomised trial	serious ⁷	no serious inconsistency	No serious indirectness	serious ⁵	none	5/15	12/13	RR 0.36 (0.17 to 0.75)	591 fewer per 1000 (from 231 fewer to 766 fewer)	⊕⊕OO LOW
Mental state: General Severity Index; Average scores measured with SCL-90-R; follow-up 3 months; better indicated by less											
1 ⁸	randomised trial	serious ⁹	no serious inconsistency	No serious indirectness	serious ⁵	none	15	15	-	WMD -0.19 (-0.59 to 0.21)	⊕⊕OO LOW
Functioning: Average social functioning score measured with OTI; follow-up 6 months; better indicated by less											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	No serious indirectness	no serious imprecision	none	52	50	-	WMD -0.71 (-2.76 to 1.34)	⊕⊕⊕O MODERATE

Functioning: Average social functioning score measured with OTI; follow-up 12 months; better indicated by less											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	No serious indirectness	no serious imprecision	none	52	50	-	WMD -1.42 (-3.35 to 0.51)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE

¹ Baker 2002

² Oppgir ikke hvordan randomiseringsprosessen har foregått, ingen "Intention to treat"-analyse, uklart om det var skjult gruppefordeling.

³ Kavanagh 2004

⁴ Uklart om det var skjult fordeling til gruppene.

⁵ En liten studie med få deltakere.

⁶ Graeber 2003

⁷ Evaluatør ikke blindet, usikkert om det var skjult gruppefordeling, ingen "Intention to treat"-analyse.

⁸ Hickman 1997

⁹ Ingen beskrivelse av randomiseringsprosessen. Uklart om evaluatør var blindet og uavhengig, uklart om det var skjult gruppefordeling.

Auho(r): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should CBT + motivational interviewing vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality
							CBT + MI	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Substance use: Average number of different drugs used during the past month measured with OTI; follow-up 6 months; better indicated by less											
1 ¹	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	None	58	61	-	WMD 0.19 (-0.22 to 0.6)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Mental state: Relapse; follow-up 9 months											
1 ²	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	None	5/18	10/18	RR 0.50 (0.21 to 1.17)	278 fewer per 1000 (from 439 fewer to 95 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE
Mental state: Relapse; follow-up 12 months											
1 ²	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	None	6/18	12/18	RR 0.50 (0.24 to 1.04)	333 fewer per 1000 (from 507 fewer to 27 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE

Mental state: Average scores measured with PANSS; follow-up 9 months; better indicated by less											
1 ²	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ^{3,4}	None	17	15	-	WMD -6.59 (-16.04 to 2.86)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Functioning: Arrests reported; follow-up 6 months											
1 ⁵	randomised trial	Serious ⁶	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	None	8/61	13/49	RR 0.49 (0.22 to 1.1)	135 fewer per 1000 (from 207 fewer to 27 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Functioning: Average global functioning score measured with GAF; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	None	58	61	-	WMD -0.09 (-3.7 to 3.52)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Functioning: Average global functioning score measured with GAF; follow-up 12 months; better indicated by more											
2 ⁷	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	None	61	68	-	WMD 4.89 (-2.62 to 12.39)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Functioning: Average social functioning score measured with SFS; follow-up 9 months; better indicated by more											
1 ²	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ^{3,4}	None	17	15	-	WMD 5.01 (-0.55 to 10.57)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Functioning: Average social functioning score measured with SFS; follow-up 12 months; better indicated by more											
1 ²	randomised trial	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ^{3,4}	None	17	15	-	WMD 7.27 (0.86 to 13.68)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Quality of life: Average general life satisfaction score measured with BQOL; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ⁵	randomised trial	serious ⁶	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	None	61	49	-	WMD 0.58 (0 to 1.16)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Quality of life: Average overall quality of life score measured with BQOL; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ⁵	randomised trial	serious ⁶	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	None	61	49	-	WMD -0.02 (-0.61 to 0.57)	⊕⊕⊕○ MODERATE

¹ Baker 2006

² Barrowclough 2001

³ En studie med få deltakere.

⁴ Vidt konfidensintervall.

⁵ Bellack 2006

⁶ Ingen "Intention to treat"-analyse. Uklart om det var skjult fordeling til gruppene.

⁷ Baker 2006, Barrowclough 2001

Author(s): Ingvild Kirkehei, Kari Ann Leiknes

Date: 2008-03-28

Question: Should skills training vs other psychosocial interventions or treatment as usual be used for patients with severe mental illness and SUD?

Bibliography: Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1).

Quality assessment							Summary of findings				
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality
							Skills training	Control treatment	Relative (95% CI)	Absolute	
Functioning: Average role functioning score measured with RFS; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	22	25	-	WMD 0.61 (-1.63 to 2.85)	⊕⊕⊕O MODERATE
Functioning: Average role functioning score measured with RFS; follow-up 12 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	22	25	-	WMD 1.07 (-1.15 to 3.29)	⊕⊕⊕O MODERATE
Functioning: Average social adjustment score measured with SAS; follow-up 6 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	Serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	22	25	-	WMD -0.92 (-6.58 to 4.74)	⊕⊕OO LOW
Functioning: Average social adjustment score measured with SAS; follow-up 12 months; better indicated by more											
1 ¹	randomised trial	Serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	22	25	-	WMD 2.58 (-3.39 to 8.55)	⊕⊕OO LOW

¹ Jerrell 1995a

² Uklart om det var skjult fordeling til gruppene, delvis "Intention to treat"-analyse, uklart om evaluatør var blindet.

³ Vidt konfidensintervall.

VEDLEGG 10 FORKORTELSER OG UTVALGTE BEGREPSFORKLARINGER

Bias	Systematisk feil som gir skjevheter i resultatene
BDI	Beck Depression Inventory
BQOL	Brief Quality of Life Scale
Cohen's d	Statistisk analyse (estimat av effektstørrelse) utviklet av Jacob Cohen (1969) hvor 0.2 angir liten, 0.5 middels og 0.8 stor effekt mellom gruppene.
CBT	Cognitive behavioural therapy (kognitiv atferdsterapi)
Dokumentasjonsstyrke	Graden av tillit vi har til resultatene ut fra den tilgjengelige dokumentasjonen.
DPS	Distriktpspsykiatrisk senter
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3 rd ed.
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th ed.
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD-10	International Classification of Diseases, version 10
ITT-analyse	"Intention-to-treat analysis". En analyse hvor alle deltakere i en studie blir analysert i den gruppen de ble fordelt til, uavhengig av om de faktisk fikk behandlingen eller ikke. Risikoen for frafallsskjevhet ved at deltakere ekskluderes fra analysen reduseres også.
KI	Konfidensintervall. Dette er feilmarginen rundt et resultat som uttrykker usikkerhet pga av tilfeldige variasjoner. Med en viss sikkerhet (ofte 95%) rommer intervallet den sanne verdi i populasjon. Eksempelvis forteller et 95% konfidensintervall fra 0.1 til 0.2 at den sanne verdien i populasjonen med 95% sannsynlighet ligger mellom 0.1 og 0.2.
MI	Motiverende intervju
Meta-analyse	Statistisk kombinasjon av data fra flere studier, ofte inkludert i systematiske oversikter.
OTI	Opiate Treatment Index
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia
Psykoedukasjon	Opplæring i sykdommen og dens utviklingsforløp
QOLI	Quality of Life Interview
RFS	Role Functioning Scale
RR	Relativ Risiko: Sannsynligheten for at et utfall skjer i tiltaksgruppen dividert med sannsynligheten for det samme utfallet i kontrollgruppen. Hvis RR er større enn 1, er risikoen større i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Hvis RR

er mindre enn 1, er risikoen større i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen.

SAS-SMI	Social Adjustment Scale for the Severely Mentally Ill
SATS	Substance Abuse Treatment Scale
SCL-90-R	Symptom Checklist 90
SOFAS	Social and Occupational Functioning Score
SOS	Start Over and Survive
SUD	Substance use disorder
Systematisk oversikt	Oversiktsartikkel hvor forfatterne har brukt en systematisk og tydelig fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere all (relevant, pålitelig, og tilgjengelig) forskning om et spørsmål.
WMD	Weighted Mean Difference. Vektet gjennomsnittlig forskjell mellom tiltaks- og kontrollgruppen. Brukes for å uttrykke forskjeller i effekt knyttet til kontinuerlige tall (for eksempel måleskalaer) og uttrykkes i absolutte tall med samme enheter som brukt i måleskalaen (for eksempel kilogram eller millimeter).