

Geïntegreerd behandelen van patiënten met dubbele diagnose met integrated dual diagnosis treatment (IDDT): systematische literatuurstudie

A. NEVEN, N. KOOL, A.E. BONEBAKKER, C.L. MULDER

ACHTERGROND Een dubbele diagnose (verslaving en een andere psychiatrische stoornis) is een veelvoorkomend probleem. Eén van de methoden om dit te behandelen is integrated dual diagnosis treatment (IDDT). IDDT bestaat uit het gelijktijdig en geïntegreerd toepassen van verschillende behandelonderdelen, die apart wel van elkaar zijn onderzocht op hun effectiviteit. Het is echter onduidelijk hoe effectief IDDT als geheel is.

DOEL Evalueren van de wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van IDDT bij patiënten met een dubbele diagnose.

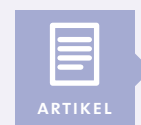
METHODE Een systematische literatuurstudie conform de Prisma-richtlijn.

RESULTATEN Er werden 6 effectstudies gevonden: 1 gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT), 2 gecontroleerde, maar niet gerandomiseerde studies en 3 ongecontroleerde pre-poststudies. Er was opvallend veel variatie in populaties en uitkomstmaten. De uitkomsten van de onderzoeken liepen sterk uiteen met zowel studies die wel als die geen (aanvullend) effect van IDDT lieten zien.

CONCLUSIE IDDT wordt in de klinische praktijk aanbevolen en regelmatig gebruikt bij patiënten met een dubbele diagnose. Er is echter opvallend weinig en gedegen onderzoek voorhanden waarin de werkzaamheid van het volledige IDDT-model wordt getoetst. Wel is het veelbelovend dat in twee gecontroleerde studies een vermindering werd gevonden van het aantal opnamedagen.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 231-240

TREFWOORDEN dubbele diagnose; geïntegreerde behandeling, IDDT



ARTIKEL



In Nederland is de zorg voor psychiatrische patiënten en patiënten met verslavingsprobleem bij de meeste instellingen van oudsher gescheiden: patiënten met psychiatrische problemen worden behandeld in de ggz en patiënten met een verslaving krijgen behandeling in de verslavingszorg. Het feit dat deze stoornissen ook nu nog op verschillende afdelingen behandeld worden, suggereert dat het gaat om aparte ziekte-entiteiten en patiëntengroepen. De aanwezigheid van zowel een psychiatrische stoornis als een verslaving (de zogenaamde dubbele diagnose) is echter geen zeldzaamheid. Van de patiënten met een psy-

chiatrische stoornis heeft, afhankelijk van de aard van de stoornis, 20-60% een verslavingsprobleem en 60-80% van de patiënten met een verslaving heeft daarnaast een andere psychiatrische stoornis (Dom e.a. 2013). Daarbij kunnen beide stoornissen vaak niet los van elkaar worden gezien, maar beïnvloeden ze elkaar op een complexe manier. Dit maakt dat in het algemeen wordt aangenomen dat het beter is om beide stoornissen tegelijkertijd en in samenhang te behandelen vanuit één afdeling (Dom e.a. 2013; Van Wamel & Neven 2015).

Deze methode wordt geïntegreerde behandeling genoemd. Internationaal spreekt men over *integrated dual disorder treatment* (IDDT), oftewel geïntegreerd behandelen van dubbele diagnose. Deze geïntegreerde behandeling volgens het IDDT-model wordt op verschillende afdelingen toegepast, waarbij men de verbetering ervaart ten opzichte van het niet geïntegreerd behandelen van psychiatrie en verslaving (Van Wamel & Neven 2015). In de volgende paragraaf beschrijven we uit welke onderdelen IDDT bestaat.

Het IDDT-model is ontstaan door het samenvoegen van verschillende interventies, waarvan de positieve uitkomsten waren aangetoond. Deze combinatie van *evidence-based* interventies is door de bedenkers van het IDDT-model ook als effectief verondersteld (Brunette & Mueser 2006). IDDT wordt door het Trimbos-instituut en in het Nederlandstalige *Handboek dubbele diagnose* beschreven als een effectieve interventie.

Het IDDT-model is echter nog maar in zeer beperkte mate in zijn geheel onderzocht (Dom e.a. 2013). Wel zijn verschillende onderdelen van IDDT onderzocht en in reviews beschreven (Brunette & Mueser 2006; Drake & Mueser 2000; Drake e.a. 2004; Goldsmith & Garlapati 2004; Horsfall e.a. 2009; Hunt e.a. 2013; Kelly e.a. 2012; Murthy & Chand 2012). In deze reviews focust men weliswaar op de doelgroep dubbele diagnose en zijn de interventies veelal gericht op zowel de verslaving als de psychiatrische ziekte, maar IDDT als geïntegreerde interventie met alle daarbij behorende behandelcomponenten is niet volledig toegepast. Dit geldt ook voor de cochrane review (Hunt e.a.

AUTEURS

ARJEN NEVEN, psychiater, Centrum Dubbele Problematiek van Palier, ParnassiaGroep en lid van het Landelijke Expertise- en innovatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD).

NIENKE KOOL, senior onderzoeker, Centrum Dubbele Problematiek van Palier, ParnassiaGroep.

ANNETTE BONEBAKKER, klinisch neuropsycholoog, Centrum Dubbele Problematiek van Palier, ParnassiaGroep.

NIELS MULDER, hoogleraar en psychiater, Erasmus MC en Centrum Dubbele Problematiek van Palier, ParnassiaGroep.

CORRESPONDENTIEADRES

Arjen Neven, Mangostraat 5, 2552 KS Den Haag.

E-mail: a.neven@palier.nl

Geen strijdige belangen meegegeedeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-7-2017.

TABEL 1 Basale componenten van een geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose (Mueser e.a. 2003)

Multidisciplinair team
Geïntegreerde verslavingspecialist
Fasegerichte interventies
Toegang van patiënten tot uitgebreide behandelvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose
Behandelaanbod ongelimiteerd in tijd
Outreachinge zorg
Motiverende interventies
Interventies gericht op middelenmisbruik (waaronder CGT)
Groepsbehandeling
Psycho-educatie voor familie
Zelfhulpgroepen
Farmacologische behandeling gericht op dubbele diagnose
Interventies gericht op de somatische gezondheid
Secundaire interventies bij non-responders

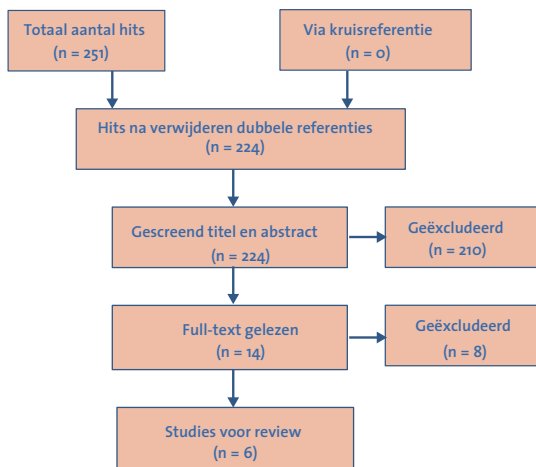
2013), waarbij alleen onderdelen van IDDT (cognitieve gedragstherapie (CGT) en motiverende gespreksvoering) werden onderzocht. Vaak is het model onvolledig en ontbreken onderdelen van IDDT. In dit overzichtsartikel beschrijven we de effectiviteit van de principes van Mueser e.a. (2003).

IDDT

De methode IDDT omvat een breder palet aan behandelingen dan alleen het tegelijkertijd behandelen van beide stoornissen (Mueser e.a. 2003). IDDT bestaat uit het multidisciplinair en geïntegreerd behandelen en combineert farmacologische, psychologische en sociale interventies, waarbij rekening wordt gehouden met de motivatiefase van de patiënt (Mueser e.a. 2003). In **TABEL 1** worden de onderdelen van IDDT genoemd, zoals deze internationaal worden aangehouden (Mueser e.a. 2003).

De verschillende onderdelen van IDDT dienen hierbij alle in voldoende mate aanwezig te zijn op een betreffende afdeling om te spreken van IDDT. De aanname is dat het toepassen van enkele onderdelen van IDDT niet zo effectief is als het behandelen volgens de volledige IDDT-methode (Dom e.a. 2013). Om te meten in hoeverre alle ingrediënten van IDDT zijn toegepast in de praktijk, is er een modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld. Hiermee kan men de modelgetrouwheid van IDDT in de praktijk vaststellen (Chandler 2011).

FIGUUR 1 PRISMA-stroomschema voor zoekstrategie



METHODE

In april 2016 verrichtten wij een systematische literatuurstudie naar de effectiviteit van IDDT (conform de Prisma-richtlijn; <http://www.prisma-statement.org/>), met assistentie van een informatiespecialist van de bibliotheek van de Parnassiagroep. Er werd gezocht in MEDLINE, Embase en PsycINFO met de zoektermen ‘*diagnosis, dual (psychiatry)*’, ‘*IDDT*’, ‘*integrated dual disorder treatment*’, ‘*integrated dual diagnosis treatment*’ en ‘*treatment outcome*’, ‘*treatment failure*’ en ‘*treatment evaluation*’. Deze opdracht leverde 44 artikelen op, waarvan echter het merendeel over de implementatie van IDDT ging.

Ter aanvulling zochten wij in dezelfde databanken met zoektermen die in onze ogen de minimale componenten van IDDT bevatten: ‘*Motivational Interviewing*’, ‘*motiv**’, ‘*stages of change*’, ‘*Prochaska or Diclemente*’, ‘*transtheor**’, ‘*Delivery of Health Care, Integrated*’, ‘*integrated*’ en ‘*Diagnosis, Dual (Psychiatry)*’, ‘*co-occurring disorder*’. Dit leverde nog eens 207 artikelen op, waarmee het totaal op 251 kwam. Bij beide zoekopdrachten werd ‘*tobacco use or smoking*’ uitgesloten. Twee auteurs (AN en NK) bestudeerden onafhankelijk van elkaar titels en abstracts. Artikelen werden geëxcludeerd indien ze niet voldeden aan de vereiste doelgroep: psychiatrische patiënten met verslaving of verslaafden met een andere psychiatrische stoornis. Ook als er geen interventie beschreven werd of als het een review betrof, werd het artikel niet opgenomen. In de referenties van reviews en geïncludeerde artikelen werden geen andere artikelen gevonden die aan de inclusiecriteria van dit onderzoek voldeden. Er was consensus tussen alle auteurs wat betreft de exclusie van de verschillende onderzoeken op basis van de beoordeling van de eerste twee auteurs. Dit leverde 14 artikelen op die geheel werden gelezen door alle auteurs, waarna er 7 afvielen omdat deze geen IDDT beschreven en 1 artikel omdat dit niet over verslaving ging (zie FIGUUR 1).

RESULTATEN

In **TABEL 2** staan de kenmerken van de 6 geïncludeerde studies beschreven. Slechts één van de studies betrof een RCT (Chandler & Spicer 2006). Drie studies vergeleken IDDT met een standaardbehandeling (Chandler & Spicer 2006; Mangrum e.a. 2006; Morrens e.a. 2011), twee artikelen betroffen een follow-upstudie zonder een controlegroep (Staring e.a. 2012; Young e.a. 2013) en in één studie vergeleek men IDDT van hoge kwaliteit met IDDT van gemiddelde kwaliteit (Chandler 2011). De aard van de interventie brengt met zich mee dat blinding niet mogelijk is. Van randomisatie was slechts in één artikel sprake (Chandler & Spicer 2006), twee niet-gerandomiseerde studies hadden een controlegroep (Mangrum e.a. 2006; Morrens e.a. 2011), en bij de helft van de studies was er geen controlegroep (Staring e.a. 2012; Chandler 2011; Young e.a. 2014). We geven een beschrijving van deze studies.

Studies met een controlegroep

In drie studies werden de effecten van IDDT onderzocht ten opzichte van een andere behandeling (Chandler & Spicer 2006; Mangrum e.a. 2006; Morrens e.a. 2011).

Chandler en Spicer (2006) onderzochten in hun RCT 182 patiënten met een dubbele diagnose die meer dan twee detentieperioden in de voorafgaande twee jaar doormaakten. Patiënten werden in de gevangenis geworven en volgden dezelfde behandeling, bestaande uit medicatie, gesprekken met de staf, voorbereiding van een behandeling na de detentieperiode en crisisinterventie. De patiënten werden gerandomiseerd voor de behandeling middels IDDT (n = 103) of de standaardbehandeling (n = 79) en werden 18 maanden gevolgd.

De standaardbehandeling bestond uit casemanagement, hulp aan huis, medicatie en dagbehandeling in een reguliere psychiatrische ambulante setting. IDDT werd vormge-

TABEL 2 Geïnccludeerde studies naar integrated dual disorder treatment

Auteur, jaar	Opzet	Setting	Inclusie	N
Chandler & Spicer 2006	Open label, gecontroleerd gerandomiseerd	Aanvankelijk detentie, daarna ambulante	<ul style="list-style-type: none"> – EPA (niet nader gespecificeerd) – Stoornis in gebruik van middelen – Delictrecidief 	182
Mangrum e.a. 2006	Open label, gecontroleerd	Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> – Ernstige en persistente psychiatrische ziekte (schizofrenie, bipolaire stoornis, ernstige depressieve stoornis, psychiatrische aandoening met beperkingen) – Stoornis in gebruik van middelen 	216
Morrens e.a. 2011	Open label, longitudinaal	Aanvankelijk klinisch, later ambulante	<ul style="list-style-type: none"> – Psychotische stoornis – Stoornis in gebruik van middelen 	85
Chandler 2011	Follow-up	Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> – Stoornis in gebruik van middelen – Psychiatrische stoornis (niet nader gespecificeerd) 	402
Staring e.a. 2012	Follow-up	Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> – Stoornis in gebruik van middelen – EPA (schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis met psychotische episoden, ernstige persoonlijkheidsstoornis) – Overlastgevend – Druggerelateerde misdrijven 	43
Young e.a. 2014	Follow-up	Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> – Stoornis in gebruik van middelen – Psychiatrische aandoening (niet nader gespecificeerd) – Dakloosheid 	60

*p < 0,05

ASI: Addiction Severity Index; AUS: Alcohol Use Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; CEST: Client Evaluation of Self and Treatment; CMRS: Circumstances, Motivation, and Readiness Scale; DUS: Drugs Use Scale; HoNOS: Health of the Nations Outcomes scale; MCAS: Multnomah Community Ability Scale; NS=niet significant; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; RCQ: Readiness to Change Questionnaire; SQLS: Schizophrenia Quality of Life Scale; TAU: treatment as usual (standaardbehandeling)

geven conform de onderdelen in **TABEL 1**. Ondanks randomisatie had de IDDT-groep bij aanvang langer in detentie gezeten dan de controlegroep (97 versus 79 dagen; p < 0,05).

Het aantal detentiedagen nam in beide groepen significant af na 18 maanden: in de IDDT-groep was er een afname van gemiddeld 97 naar 61 detentiedagen en in de controlegroep van 79 naar 59 dagen. Dit verschil was niet significant. Het aantal arrestaties nam in de tijd significant af in de

	Duur in maanden	Interventie	Meetinstrumenten	Primaire uitkomstmaat	Uitkomsten
	18	IDDT vs. TAU	<ul style="list-style-type: none"> – CMRS – Aantal detentiedagen – Aantal misdrijven 	<ul style="list-style-type: none"> – Aantal detentiedagen – Aantal nieuwe arrestaties – Aantal opnamedagen 	<ul style="list-style-type: none"> 97 → 61 vs. 79 → 59 (NS) 2,89 → 2,21 vs. 2,84 → 2,61 (NS) 1,54 → 1,25 vs. 0,34 → 5,03*
	12	IDDT vs. parallele behandeling	<ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrische opname – Hoeveelheid arrestaties 	<ul style="list-style-type: none"> – Aantal opnamedagen – Percentage arrestaties 	<ul style="list-style-type: none"> 5,7 → 2,4 vs. 2,5 → 6,1* 11,4% → 7,3% vs. 10,8 → 9,7%*
	12	IDDT vs. TAU	<ul style="list-style-type: none"> – ASI – AUS, DUS – PANSS – SQLS – RCQ 	<ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrische symptomen – Middelengebruik – Kwaliteit van leven 	<ul style="list-style-type: none"> PANSS: NS; ASI psy: 6,291* ASI alc: NS; ASI drugs: NS SQLS totaal: 4,413*
	12-24	IDDT hoge vs. gemiddelde getrouwheid	<ul style="list-style-type: none"> – MCAS – Stages of Treatment Scale 	<ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrische symptomen – Middelenmisbruik 	<ul style="list-style-type: none"> NS NS
	12	ACT + IDDT	<ul style="list-style-type: none"> – HoNOS – Aantal incidenten overlast en criminaliteit 	<ul style="list-style-type: none"> – Overlast – Misdrijven 	<ul style="list-style-type: none"> F = 5,69 b = -1,34* F = 0,56 b = -0,29 (NS)
	6	ACT + IDDT	<ul style="list-style-type: none"> – Verblijfplaats – BSI – CEST: 	<ul style="list-style-type: none"> – Stabiele verblijfplaats – Psychiatrische symptomen – Percentage met alcoholgebruik – Percentage met drugsgebruik 	<ul style="list-style-type: none"> 16,6% → 39,2%* M = 1,5 → M = 1,0* 41,2% → 43,1% NS 28,0% → 19,6% NS

IDDT-groep, van 2,89 naar 2,21, evenals het aantal veroordelingen (van 0,69 naar 0,59). In de controlegroep waren er geen significante afnames van het aantal arrestaties en veroordelingen over de tijd. De IDDT-groep verschilde echter niet in dit opzicht van de controlegroep.

Het aantal opnamedagen in een psychiatrische kliniek veranderde in de IDDT-groep niet. In de controlegroep nam het aantal opnamedagen echter significant toe, van gemiddeld 0,34 naar 5,03 over de periode waarin het onderzoek plaatsvond, hetgeen significant meer was dan de IDDT-groep (de IDDT-groep was gemiddeld 6,89 dagen opgenomen, de

controlegroep 12,52 dagen; $p = 0,014$). Het significantieniveau van deze p -waarde is in de studie overigens niet gecorrigeerd voor de hoeveelheid testen die zijn uitgevoerd, hetgeen de interpretatie van deze uitkomst beperkt. Deze auteurs deden ook een kosteneffectiviteitsanalyse, waarin zij een significant verschil vonden in de totale kosten (zowel van de behandeling als crisisopnames): \$ 14.809 totale kosten voor de experimentele groep en \$ 11.069 voor de controlegroep ($p < 0,05$). Zij merken hierover op dat de meeste kosten voor de controlegroep werden gemaakt doordat een klein aantal deelnemers gebruik-

maakte van crisisopnames, terwijl de kosten voor de experimentele groep vooral werden veroorzaakt door meer behandeling. Op basis van deze studie concludeerden de auteurs dat IDDT leidde tot een afname van het aantal opnamedagen, maar dat er voor de overige variabelen geen verschillen waren met de standaardbehandeling.

Mangrum e.a. (2006) onderzochten 216 ambulante patiënten met een dubbele diagnose: middelenmisbruik of -afhankelijkheid gedurende minstens zes maanden in combinatie met een ernstige psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie, een bipolaire stoornis, een ernstige depressieve stoornis of een andere psychiatrische stoornis resulterend in chronische en persistente beperkingen. Ze onderzochten het verschil in effect tussen IDDT ($n = 123$) en een standaardbehandeling ($n = 93$) waarbij de interventies voor de verslaving en de andere psychiatrische stoornis op verschillende afdelingen werden gegeven (parallele behandeling). De patiënten werden niet random verdeeld over een van beide behandelingen, in verband met de beschikbaarheid van IDDT op de verschillende locaties waar het onderzoek plaatsvond. De demografische kenmerken en verschillende diagnoses waren gelijk verdeeld over beide groepen. De patiënten werden één jaar gevolgd. De uitkomstmaten waren het aantal dagen klinische behandeling en de hoeveelheid arrestaties.

In de IDDT-groep werd 12,2% van de patiënten opgenomen vóór de studieperiode, in de parallele groep was dit 6,5%. Gedurende het jaar dat IDDT werd aangeboden, werd 3,3% van de patiënten opgenomen. In de parallele behandelingsgroep was er een toename in opnames van 6,5% naar 10,8% tijdens de studie. Het verschil tussen de groepen was statistisch significant ($p = 0,0001$). Tevens nam het aantal opnamedagen in de IDDT-groep af (van 5,7 naar 2,4 dagen) terwijl dit in de parallele groep toenam (van 2,5 naar 6,1 dagen) ($p < 0,05$). Tot slot nam het percentage arrestaties in de IDDT-groep significant meer af in vergelijking met de parallele groep. De onderzoekers concludeerden dat IDDT kan helpen bij het terugdringen van het aantal opnamedagen en arrestaties.

Morrens e.a. (2011) vergeleken in een Belgische niet-gerandomiseerde studie het effect van IDDT met *treatment as usual* (TAU) bij patiënten met een psychotische stoornis en middelenmisbruik in een ggz-instelling. TAU werd gedefinieerd als standaard klinische behandeling met een sterke focus op het behandelen van psychotische symptomen. In totaal 85 patiënten kregen een behandeling volgens de IDDT-methode in twee verschillende centra, 35 patiënten kregen TAU in drie verschillende centra. Beide groepen werden in aanvang klinisch behandeld. Nadat deze behandeling was afgerond, werden de deelnemers ambulant gevolgd. De verdeling van de patiënten werd gebaseerd op beschikbaarheid van behandelplekken, en

niet op patiëntkarakteristieken. Er waren echter geen verschillen in basale en demografische gegevens tussen beide groepen.

In de IDDT-groep was na drie maanden een significante afname te zien in het drugsgebruik, gemeten met de *Drugs Use Scale* (DUS; Drake e.a. 1996). Ook was er een significante verbetering op de verschillende leefgebieden van de *Addiction Severity Index* (ASI; McLellan e.a. 1980): dit betrof de leefgebieden somatiek, werk, alcohol- of drugsgebruik, justitie, sociale factoren en psychiatrie. In de TAU-groep was alleen de DUS significant afgenomen. Ook de PANSS-scores (*Positive and Negative Syndrome Scale*) (Kay e.a. 1987) verbeterden significant bij de IDDT-groep, echter niet meer dan in de TAU-groep.

De kwaliteit-van-levenscore, gemeten met de *Schizophrenia Quality of Life Scale* (SQLS; Wilkinson e.a. 2000) was in de IDDT-groep significant meer verbeterd t.o.v. de TAU-groep. In de TAU-groep, vergeleken met de IDDT-groep, vielen na 6 en 12 maanden significant vaker patiënten uit. Na 12 maanden waren in de TAU-groep nog slechts 7 patiënten (20%) in behandeling, versus 36 patiënten in de IDDT-groep (42%). De reden van deze uitval konden de onderzoekers niet goed achterhalen. In het artikel concluderen zij dat er aanwijzingen zijn dat IDDT effectiever is dan een op vooral de psychiatrische klachten gerichte behandeling, maar dat nog niet duidelijk is welke elementen van IDDT werkzaam zijn.

Studies zonder controlegroep

De 3 overige studies hadden geen controlegroep (Chandler 2011; Staring e.a. 2012; Young e.a. 2014).

Chandler (2011) beschreef een multicentertrial bij 6 verschillende centra die IDDT toepasten. Van deze centra hadden er 3 een gemiddelde modelgetrouwheidsscore van 3-4 voor het toepassen van IDDT; 3 andere centra haalden een gemiddelde score van groter dan 4 en werden als hoog modelgetrouw gedefinieerd. De uitkomsten van decentra met gemiddelde modelgetrouwheid werden vergeleken met die van de hoog modelgetrouwe centra. Alle geïncludeerde ambulante patiënten hadden een psychiatrische stoornis en ten minste één verslaving.

In totaal werden 402 patiënten geïncludeerd, die in 4 centra 1 jaar en in 2 centra (beide met gemiddelde modelgetrouwheid) 2 jaar werden gevolgd. Er waren geen verschillen in behandeluitkomsten tussen de hoog en laag modelgetrouwe behandelcentra. Een kanttekening bij deze studie is dat de centra op meer aspecten verschilden dan alleen de IDDT-modelgetrouwheid en dat deze verschillen mogelijk ook hebben bijgedragen aan het ontbreken van een relatie tussen IDDT-modelgetrouwheid en effect.

Staring e.a. (2012) onderzochten in een kleinere studie 43 ambulante patiënten in Rotterdam die overlast gaven en

meer dan 10 keer gearresteerd waren vanwege drugsgereleerde delicten. Daarnaast was er bij deze patiënten sprake van een ernstige psychiatrische aandoening en middelenmisbruik. De patiënten werden 12 maanden gevolgd en kregen allen een behandeling volgens de principes van *assertive community treatment* (ACT) en IDDT. Gegevens over overlast en criminele activiteiten werden ieder kwartaal opgevraagd bij de politie en vergeleken met de 21 maanden voor aanvang van de studie. In de periode voor de studie namen de overlast en het aantal misdrijven significant toe.

Na het starten van ACT gecombineerd met IDDT nam het aantal overlastincidenten significant af en het aantal misdrijven veranderde niet. Als uitkomstmaat werd de *Health of the Nations Outcomes Scale* (HONOS; Wing e.a. 1998) gebruikt. Met dit instrument worden verschillende psychiatrische symptomen, middelengebruik en sociale factoren gemeten. De HONOS-totaalscore nam significant af van 24,4 (SD 7,8) naar 18,9 (SD 6,4).

Opvallende beperkingen van deze studie zijn het ontbreken van een controlegroep en onduidelijkheid over welke elementen van de interventie hebben bijgedragen aan de verbeteringen. Daarnaast stellen de onderzoekers dat de politie wellicht minder actief kan hebben ingegrepen wanneer bekend was dat een overlast gevende patiënt in behandeling was.

Young e.a. (2014) ten slotte onderzochten 60 dakloze patiënten met een dubbele diagnose en volgden hen 6 maanden. De patiënten kregen een behandeling middels ACT gecombineerd met IDDT. In de getrouwheidsmeting werd een score van 85 gehaald, wat inhoudt dat op ieder item gemiddeld minstens 4 (uit 5) wordt gescoord. 15% was na 6 maanden uitgevallen uit de studie.

Na 6 maanden had een significant groter aantal patiënten vaste huisvesting vergeleken met het aantal bij de start van het onderzoek (17,6 versus 39,2%) en waren significant minder patiënten dakloos (56,9 versus 37,3%) ten opzichte van de start van de studie. Ook verschillende psychiatrische symptomen, gemeten met de *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis 1982) en de zelfrapportagelijst *Client Evaluation of Self and Treatment* (CEST; Joe e.a. 2002), waren significant afgenomen na 6 maanden. Het zelfvertrouwen van de patiënten was verbeterd, ze rapporteerden minder depressie- en angstklachten en het kostte hen minder moeite om beslissingen te nemen. Er werd echter geen verschil gemeten tussen begin en eind van de studie in alcohol- en drugsgebruik.

DISCUSSIE

Bij de zoektocht naar evidentie voor IDDT zoals beschreven door Mueser e.a. (2003) werden slechts 6 studies gevonden die IDDT in de volle breedte onderzochten, waarbij er boven-

dien sprake is van opvallend veel diversiteit aan onderzoeksmethoden en uitkomstmaten. Zo blijkt er slechts één grotere RCT te zijn gedaan naar de effecten van IDDT (Chandler & Spicer 2006). Hieruit bleek dat de primaire uitkomstmaat (het aantal detentiedagen) weliswaar afnam, maar niet significant meer dan de controlegroep. In twee andere studies werd IDDT niet gerandomiseerd vergeleken met een standaardbehandeling (Mangrum e.a. 2006; Morrens e.a. 2011). In het onderzoek van Chandler (2011) werden uitkomstmaten vergeleken tussen afdelingen met een gemiddelde en een hoge IDDT-modelgetrouwheid. Twee onderzoeken volgden patiënten met een dubbele diagnose in de tijd en bekeken of IDDT effectief was. Morrens e.a. (2011) onderzochten alleen patiënten met een psychotische stoornis die een dubbele diagnose hadden, de andere onderzoeken includeerden een bredere patiëntengroep. De follow-up varieerde van 6 tot 24 maanden.

De primaire uitkomstmaten varieerden sterk. Zo werden in 3 studies psychiatrische symptomen en middelengebruik als primaire uitkomstmaat genomen (Chandler 2011; Morrens e.a. 2011; Young e.a. 2014). Hierbij werden echter verschillende meetinstrumenten gebruikt (TABEL 2). In de andere 3 geïncludeerde onderzoeken hanteerde men andere uitkomstmaten: deze waren vooral gericht op politie- en justitiecontacten. Mangrum e.a. (2006) hadden onder andere als primaire uitkomstmaat de hoeveelheid arrestaties, Chandler en Spicer (2006) het aantal detentiedagen en Staring e.a. (2012) berekenden primair het aantal misdrijven en de hoeveelheid overlast.

In slechts één studie werd een kostenanalyse gemaakt (Chandler & Spicer 2006). Hieruit bleek dat een behandeling volgens IDDT significant meer geld kostte dan een standaardbehandeling; echter, in de IDDT-conditie werd ook daadwerkelijk meer aan behandeling gedaan dan in de controlegroep.

Beperkingen

De grootste beperking die uit deze studie naar voren komt, is het gebrek aan methodologisch gedegen wetenschappelijk onderzoek. De heterogeniteit van alle studies bemoeilijkt verder het maken van goede vergelijkingen onderling en het toetsen van de onderzoekshypothese: IDDT in de 'volle breedte' is werkzaam en effectiever in de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose dan standaardbehandelingen. De heterogeniteit was vooral zichtbaar bij de inclusiecriteria, de opzet van de studie en de primaire uitkomstmaten.

Verder is de kwaliteit van de beschreven studies wisselend, waarbij in 5 van de 6 studies geen randomisatie heeft plaatsgevonden. In 3 studies werden alleen sociaal-maatschappelijke uitkomstmaten meegenomen, zoals het aantal arrestaties of misdrijven en de detentieperiode

(Mangrum e.a. 2006; Chandler & Spicer 2006; Staring e.a. 2012).

Betekenis voor de praktijk

Op basis van deze review kunnen we stellen dat er een gebrek is aan bewijs voor de effectiviteit van IDDT wat betreft het bereiken van betere resultaten dan andere vormen van zorg.

Wel zijn er enige aanwijzingen dat IDDT effectief kan zijn. Er is gevonden dat IDDT na 6 tot 24 maanden verbetering kan geven op sociaal-maatschappelijk factoren. Zo namen het aantal opnamedagen en het aantal arrestaties af ten opzichte van parallelle behandeling (Mangrum e.a. 2006), nam de overlast af (Staring e.a. 2012) en werd de verblijfplaats van patiënten stabiel (Young e.a. 2014). Ook de kwaliteit van leven van de patiënten met een dubbele diagnose verbeterde ten opzichte van de standaardbehandeling (Morrens e.a. 2011). Dit beeld werd zowel in de vergelijkende als in de beloopstudies gezien.

Wat betreft de psychiatrische symptomen en middelengebruik waren er echter nauwelijks verschillen in vergelijking met de standaardbehandeling of met centra met een lagere modelgetrouwheid (Chandler 2011; Morrens e.a. 2011). In de niet-vergelijkende onderzoeken was er wel verbetering van de psychiatrische symptomen gedurende de follow-up (Staring e.a. 2012; Young e.a. 2014). Hieruit kunnen we concluderen dat er wel bewijs is dat IDDT-behandeling bij patiënten met een dubbele diagnose de psychiatrische symptomen en het middelengebruik verbetert, maar dat er geen bewijs is dat IDDT effectiever is dan de standaardbehandeling.

Een belangrijke factor hierbij is dat onduidelijk is of IDDT een kosteneffectieve interventie is. Mogelijk zouden onderdelen van IDDT even effectief kunnen zijn als het volledige pakket, maar wel goedkoper zijn. Overigens tekenden Chandler en Spicer (2006) wel aan dat het meeste geld in de controlegroep werd uitgegeven aan crisisinterventies en in de IDDT-groep aan behandeling.

De praktische bruikbaarheid van het IDDT-model is echter groot en er zijn veel positieve ervaringen opgedaan met het model. Het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum

Dubbele Diagnose (LEDD) deelt deze mening en heeft het IDDT-model omarmd (van Wamel & Neven 2015).

Tevens is er consensus dat het behandelen van verschillende stoornissen binnen één afdeling werkzamer is dan een sequentiële of parallelle behandeling (Dom e.a. 2013). Verder worden verschillende onderdelen van IDDT, zoals outreachende zorginterventies gericht op verslaving en interventies gericht op de somatische gezondheid (TABEL 1), ook gebruikt binnen andere modellen, waardoor de extra kosten van het IDDT-model als geheel ten opzichte van andere modellen kunnen meevallen. De kracht van IDDT is dat een hele serie aan interventies wordt toegepast, in tegenstelling tot de behandelingen waarin maar enkele interventies worden aangeboden.

Al met al is IDDT een praktisch bruikbaar concept, dat breed wordt toegepast, maar waarvan de effectiviteit ten opzichte van de standaardbehandelingen (vaak sequentiële of parallelle behandelingen) binnen de ggz of verslavingszorg grotendeels onduidelijk is. IDDT is hiermee eerder een vorm van *practice-based medicine* (Dom e.a. 2013; Van Wamel & Neven 2015) in plaats van *evidence-based medicine*.

CONCLUSIE

Het is opmerkelijk hoe weinig gedegen onderzoek er voorhanden is over de werkzaamheid van IDDT als aanbevolen behandeling voor dubbele diagnose. De klinische praktijk wijst immers uit dat dubbele diagnose geen zeldzaamheid is en dat deze gepaard gaat met ernstig lijden, met ernstige psychosociale problematiek en niet zelden met maatschappelijke overlast of sociale teloorgang. Ook de praktische bruikbaarheid van IDDT in de klinische praktijk is groot (Van Wamel & Neven 2015). Dit onderstreept de noodzaak van een effectieve behandeling die wetenschappelijk voldoende is onderzocht. Op grond van ons literatuuronderzoek concluderen wij dan ook dat meer onderzoek naar IDDT, in de volle breedte toegepast, noodzakelijk is. Dit onderzoek dient gericht te zijn op effectiviteit, uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit.

 Franka Steenhuis, literatuurspecialist, verleende assistentie bij het zoeken naar de literatuur.

LITERATUUR

- Brunette MF, Mueser KT. Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (suppl 7): 10-17.
- Chandler DW, Spicer G. Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Community Ment Health J* 2006; 42: 405-25.
- Chandler DW. Fidelity and outcomes in six integrated dual disorders treatment programs. *Community Ment Health* 2011; 47: 82-9.
- Derogatis LR. Brief symptom inventory: administration, scoring, and procedures manual-II. Minneapolis: NCS Pearson Assessments; 1982.
- Dom G, Dijkhuizen A, Hoorn B van der, Kroon, H, Muusse C, Rooijen S van, e.a. *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Dom G, Moggi F. Co-occurring addictive and psychiatric disorders. Heidelberg: Springer; 2015.
- Drake RE, Mueser KT, McHugo GJ. Clinician rating scales: alcohol use scale (AUS), drugs use scale (DUS), and substance abuse treating scale (SATS). In: Sederer LI, Dickey B (red). *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 113-6.
- Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 2000; 26: 105-18.
- Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *J Psychiatr Rehabil* 2004; 27: 360-74.
- Horsfall J, Cleary M, Hunt GE, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17: 24-34.
- Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD001088.
- Joe GW, Broome KM, Rowan-Szal GA, Simpson DD. Measuring patient attributes and engagement in treatment. *J Subst Abuse Treatm* 2002; 22: 183-96.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LE. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-75.
- Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012; 37: 11-24.
- Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treatm* 2006; 30: 79-84.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 826-33.
- Morrens M, Dewilde B, Sabbe B, Dom G, De Cuyper R, Moggi F. Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. *Eur Addict Res* 2011; 17: 154-63.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox-Smidt L. *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: Guilford; 2003.
- Murthy P, Chand P. Treatment of dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25: 194-200.
- Staring ABP, Blaauw E, Mulder CL. The effects of assertive community treatment including integrated dual diagnosis treatment on nuisance acts and crimes in dual-diagnosis patients. *Community Ment Health J* 2012; 48: 150-2.
- Wamel van A, Neven A. *Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT)*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, e.a. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 42-6.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-8.
- Young MS, Barrett B, Engelhardt MA, Moore KA. Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment serving adults with complex behavioral health and housing needs. *Community Ment Health J* 2014; 50: 474-9.

SUMMARY

Efficacy of integrated dual disorder treatment for dual disorder patients: a systematic literature review

A. NEVEN, N. KOOL, A.E. BONEBAKKER, C.L. MULDER

BACKGROUND Dual diagnosis (substance use disorder combined with a comorbid mental illness) is a common problem. One of the methods to treat this is integrated dual diagnosis treatment (IDDT). IDDT consists of the simultaneous, integrated application of different treatment components. Their efficacy, however, has only been studied separately. As a result, the effectiveness of the IDDT program as a whole remains unclear.

AIM To evaluate the scientific evidence relevant to the effectiveness of IDDT in dual diagnosis patients.

METHOD A systematic literature review using MEDLINE, Embase and PsycINFO (Prisma guideline).

RESULTS Six studies were found: a randomised controlled study (RCT), two non-randomised controlled studies, and three uncontrolled pre-post studies. There was a notably large diversity in outcome measures. The results differed significantly, including some studies concluding a significant (additional) effect, while others concluded that there was no indication of a significant effect of IDDT.

CONCLUSION In clinical practice, IDDT is recommended and chosen frequently as the treatment for patients with dual diagnosis. However, it is remarkable how limited and unthorough the research is pertaining to the effects of the full IDDT program on dual diagnosis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 231-240

KEY WORDS dual disorders; integrated treatment, IDDT