

En forenklet metode til  
**RUTINEMÆSSIG**  
**KONTROL AF RESULTATER**  
efter behandling for stofmisbrug

16. sept. 2013

**Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist  
og Dr. Alfonso Paredes**



En forenklet metode til  
**RUTINEMÆSSIG**  
**KONTROL AF RESULTATER**  
efter behandling for stofmisbrug



16. september 2013

**Richard D. Lennox**  
**Chestnut Health Systems**  
**2404 Western Park Lane, Hillsborough, NC 27278, USA**

**Marie A. Sternquist**  
**Independent Research Consultant**  
**14650 Wildien Drive, Anchorage, AK 99516, USA**

**Alfonso Paredes**  
**Professor of Psychiatry Emeritus**  
**University of California at Los Angeles**



# En forenklet metode til

## **RUTINEMÆSSIG**

## **KONTROL AF RESULTATER**

# efter behandling for stofmisbrug

Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist and Dr. Alfonso Paredes  
Peer reviewed and published by Libertas Academica

### **OVERORDNET RESUMÉ**

Den rutinemæssige indsamling af resultater af behandling for stoffer for at styre kvalitet i behandling, opnå en forbedret patienttilfredshed, og allokere behandlingsressourcer bliver for nærværende hæmmet af to væsentlige vanskeligheder: (1) problemer med at lokalisere klienter, når de først har forladt behandlingsstedet; og (2) de uforholdsmæssigt store omkostninger ved at indhente meningsfulde og pålidelige data efter behandling. Undersøgelsen udforskede præcise metoder til et økonomisk personalebaseret Routine Outcome Monitoring-system (ROM), som benytter en 18-punkters kerneområdemålings telefon-spørgeundersøgelse. På et program til rehabilitering af stofmisbrugere baseret på adfærdsmæssige og sociale færdigheder, som det bliver praktiseret på Narconon Oklahoma, blev det fastslået, at systemet psykometrisk set var tilstrækkeligt til samlet rapportering, så længe det gav klinisk brugbar information.

Undersøgelsen analyserede proceduren, udviklet og gennemført af Narconon Oklahoma ("Narconon"), til overvågning af de langsigtede resultater opnået af de, der blev færdige med deres stof- og alkohol-rehabiliteringsprogram. Denne afhandling beskriver de præcise metoder til et økonomisk personalebaseret Routine Outcome Monitoring-system (ROM), som benytter en 18-punkters kernemålings telefon-spørgeundersøgelse, som det bruges i Narconon-programmet, samt resultaterne for overvågningsprocessen.

Målene for rutinemæssig overvågning af resultater er ligetil: At sikre reproducerbar behandlingseffektivitet, konsistens og omkostningseffektivitet; at forbedre behandlingens generelle kvalitet samt at sikre ansvarlighed hos udbydere overfor de betalende sundhedsforvaltninger gennem overvågning af deres resultater og opretholde behandlingskvalitet.

Den systematiske sporing af klienter, efter de har færdiggjort et fuldt interventionsforløb, når de opererer under minimal overvågning som medlem af deres familie, arbejdsstyrke og samfund, er

én af de mest overbevisende metoder til at demonstrere effektiviteten i ”den virkelige verden” i adfærdsmæssige sundhedsprogrammer. Til trods for udtrykte mål om at samle betydningsrelevante data efter hjemsendelse er de fleste præstations-overvågningsbestrebelse stadig på udviklingsstadiet. Begrænsninger for dataindsamling omfatter: (1) besvær med at spore klienter når de først har forladt behandlingsstedet; (2) at bruge behandlingspersonale til at indsamle opfølgingsdata, når deres hovedfunktion er at yde service til kemisk afhængige; og (3) at stole på personlige interviews og andre tidskrævende protokoller, der er bekostelige, kræver betydelig uddannelse af personalet, og kunne resultere i data-glidning eller data-tab grundet kompleksitet ved opfølgning.

Narconon har udviklet en strømlinet telefonbaseret overvågningsproces for resultater, som foretages i forbindelse med en fortsat inspektionsomsorg. Ved at benytte en kort resultatundersøgelse er den tilstrækkeligt enkel til at passe ind i personalets rutiner og en mindre organisation og har den fordel, at den kan gennemføres af enkeltpersoner, der ikke er blevet uddannet i forskningsmetoder. Proceduren gør det muligt for programmet at få hurtigt feedback og derigennem lokalisere og arbejde med klienter, som er stødt på vanskeligheder, efter de har forladt programmet; og på samme tid gør den det muligt at få data, som er brugbare til overvågning af den samlede effektivitet af rehabiliteringsprogrammet og derigennem gøre det muligt for programchefer at foretage justeringer, som måske er nødvendige for at forøge programmets effektivitet.

Formålet med denne undersøgelse har været at evaluere virkningsgraden af et post-behandlings Routine Outcome Monitoring-system (ROM) som et værktøj til at måle og forbedre resultater fra tilbud til rehabilitering af stofmisbruger. For at opnå det udviklede Narconon International og Psychometric Technologies Incorporated en videnskabeligt baseret metodologi til at opnå brugbare overvågningsdata, og implementerede den i forbindelse med indskrivning, klientstyring og klientopfølgningssystemer, som allerede var i brug på Narconon. Til at begynde med blev et 10-punkts spørgeskema udviklet, men det blev udvidet i undersøgelsens forløb, baseret på anbefalinger fra personale i aftercare og klientstyringen. Resultatet blev et spørgeskema, som består af seks punkter angående selvrapporтерet brug af stoffer og alkohol i de sidste 30 dage, to punkter rettet mod generel brug af stoffer siden de forlod behandlingen, fem punkter angående spørgsmål om livskvalitet i de sidste 30 dage og adskillige andre spørgsmål, der er brugbare i vurdering af personens succes med at blive integreret i samfundet igen.

Med det formål at udvikle og evaluere dette instrument og ROM-metodologien blev projektet begrænset til de personer, der havde færdiggjort det fulde Narconon-program (kaldet ”graduates”). Narconon-personale kompilerede en liste over personer, der havde færdiggjort programmet i perioden 2004 til 2007.

Resocialiseringsspecialister foretog derpå ROM-undersøgelserne per telefon. Til at begynde med, i tillæg til telefonundersøgelsen af graduates, foretog man interviews af deres nære familiemedlemmer, for at vurdere om oplysningerne fra graduates var pålidelige. Når det blev konstateret, at der var en høj statistisk sammenhæng mellem dataene fra graduates og fra deres nærmeste familie, blev familien stillet spørgsmål for at få data, når man efter tre forsøg ikke havde fået fat på graduates direkte.

Indhentede data blev anonymiseret i overensstemmelse med nationale og lokale persondataregler og givet til Psychometric Technologies Incorporated til analyse.

Der blev indhentet data fra 323 af de 419 emner, der kom tilbage i lokalsamfundet, dvs. at der er 22,9 %, som der ingen data er på. Den første sampling havde en utilstrækkelig opfølgingsgrad. Ved at gennemse de succesfulde handlinger fra andre forskere på dette område blev forbedringer foretaget som følger: (1) Personale blev uddannet til at bruge en simpel indskrivningsblanket til at indsamle forskellig telefon- og e-mail-kontaktinformation fra klienten såvel som forskellige familiemedlemmers telefon- og adresse-kontaktdata; (2) Al kontaktinformation blev verificeret og opdateret ved hjemsendelse og, (3) En skriftlig tjekliste blev indført for at organisere hvert trin af opfølgingsprocessen. Som et resultat af disse forbedringer forbedredes kontaktprocenten efter behandling til op mod 80 %.

Dataene fra graduates og familie (sideordnede kilder) blev analyseret statistisk, og man fandt, at de var yderst overensstemmende. Ud fra dette blev gyldigheden af de selvrapporterede budskaber, der blev brugt i ROM-tilnærmelsen, fastslået. Ud af de samlede sæt data var 72,1 % af de brugte data selvrapporterede af graduates.

Dataene blev analyseret for at afgøre, i hvilken grad problemer med stoffer igen opstod blandt Narconon-graduates. De følgende resultater blev opnået, da graduates (eller familiemedlemmer) blev spurgt om brug af stoffer i de 30 dage, der gik forud for undersøgelsens interview:

Tabel 5. Tilbagevenden af problemer i forbindelse med stoffer.

Brug af stoffer og problemer	Problemer med stoffer ved opfølgning			
	Graduate (N = 238)		Familiemedlem (N = 94)	
	Ingen	1+ dage	Ingen	1+ dage
1. 30 dage: nogen alkohol	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 dage: alkohol op til beruselse	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 dage: kokain	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 dage: marihuana/hash	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 dage: heroin	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 dage: andre ulovlige stoffer	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. Siden færdiggørelse: alkohol til beruselse	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. Siden færdiggørelse: brugte andre ulovlige stoffer	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 dage: er blevet arresteret for stofrelaterede lovovertrædelser	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 dage: tilbragt natten i fængsel	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 dage: har været stresset på grund af dit brug af stoffer	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 dage: har reduceret eller opgivet vigtige aktiviteter	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 dage: har oplevet følelsesmæssige problemer	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Note: Tallene i parentes er procent af gyldige responser

Af særlig betydning er evnen til at overvåge 30 dages brug af stoffer og alkohol hos tidligere programdeltagere for at fastslå effektiviteten af programprocedurer. I dette tilfælde, som vist i Tabel 5 ovenover, viste dataene:

Ingen brug af kokain	92 %
Ingen brug af marihuana/hash	94 %
Ingen brug af heroin	95 %
Ingen brug af andre stoffer	93 %
Ingen brug af alkohol til beruselse	90 %
Ingen brug af alkohol	76 %

Et af de yderligere formål med at indføre ROM-proceduren var at bestemme dets gennemførlighed i overvågning af graduates fra programmet for at kunne hjælpe dem i fald de skulle støde på yderligere vanskeligheder med brug af stoffer eller alkohol. Til dette formål blev et spørgsmål inkluderet for at bestemme, om personen havde brug for rehabiliteringsbistand, efter at han eller hun havde færdiggjort programmet. Det fremgik, at kun 12 % af dem, der færdiggjorde programmet, rapporterede at have et behov for yderligere rehabiliteringsbistand.

Denne rapport viser gennemførligheden af et Routine Outcome Monitoring-system (ROM) til brug på behandlingssteder for stofmisbrug. Telefonbaseret rekonvalescensstyring kan tackle adskillige faktorer omfattende:

- (1) Stabilisering og støtte af rekonvalescens i overensstemmelse med en individualiseret resocialiseringsfilosofi;
- (2) Ethvert tegn forbundet med tilbagevenden til en institution efter at have færdiggjort behandling;
- (3) At nå klienter, der bor i nogen afstand fra behandlingsinstitutionen; og,
- (4) Mulig belastning af personale og økonomi.

Data indhentet ved brug af ROM-systemet synes tilstrækkeligt for overholdelse af rapportering af tilskud eller statsanerkendte institutionskrav. Bortset fra første sampling frembragte dette projekt konsekvent en repræsentativ sampling på over 80 % og krævede meget lidt uddannelse af personale. Indirekte verifikation i den tidlige del af projektet indikerede minimal partiskhed fra ”taknemmelige anbefalinger” – hvor klienten måske ikke ønskede at såre rådgiverens følelser ved at rapportere manglende succes<sup>39</sup> – eventuelt på grund af, at der ikke blev brugt behandlingspersonale til opfølgning.

Dette projekt blev indledt på henvendelse om et program, der til stadighed ville kunne forbedre behandlingsresultaterne, inklusive de resultater, der ikke er som forventet. At engagere programmets behandlingspersonale i processen med at overvåge deres egne resultater og indføre de opnåede data i ledelsesbeslutninger vil sandsynligvis føre til større ansvar for at forbedre behandlingsresultater. Beregninger af behandlingseffektivitet med det formål at opnå tredjeparts bevillingsbeslutninger kunne styrkes ved at inkludere en 10 %'s tilfældig sample-verifikation af uafhængigt telefonbaseret ROM.

Dette projekt fokuserede kun på de klienter, der færdiggjorde programmet. Opfølgingsprocenter, og især resultatdata, kan kun generaliseres for dem, der færdiggør det fulde resocialiseringsforløb. Fremtidige projekter til yderligere at forædle dette ROM-system bør udforske gennemførlighed med alle kategorier, der forlader stedet. For kvalitetssikrings- og programforbedringsformål er det vigtigt at indhente data fra folk, som forlader programmet, før de har færdiggjort det.

Kvalitetsbehandling bør være effektiv i adfærdsændring over for brug af stoffer, efter patienten forlader behandlingsstedet. Det primære mål for ethvert ROM-system er at tilvejebringe en vedvarende stribe af langsigtede resultatdata, med hvilke man kan vurdere enhver ændring i behandlingsresultater, der kunne afspejle ændringer i kvalitet eller i terapi.

En fuld pdf-udgave af denne undersøgelse er tilgængelig til download på:  
<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>



### REFERENCER:

1. Glasner-Edwards S, Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. *Health Policy*. Oct 2010;97(2-3):93-104.
2. Rosa C, Ghitza U, Tai B. Selection and utilization of assessment instruments in substance abuse treatment trials: the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network experience. *Substance Abuse and Rehabilitation*. Jul 17, 2012;3(1):81-9.
3. 111th Congress of the United States of America. GPRM Modernization Act of 2010. Washington, DC; 2010 <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr2142enr/pdf/BILLS-111hr2142enr.pdf>. Accessed Jul 21, 2013.
4. Darby K, Kinnevy SC. GPRM and the development of performance measures. *Journal of evidence-based social work*. Jan 2010;7(1):5-14.
5. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Data Collection Tools: Discretionary Services. Tilgængelig på: <https://www.samhsa-gpra.samhsa.gov/CSAT/System.aspx>. Accessed Jul 22, 2013.
6. McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. Nov 2000;26(11):633-43.
7. Harrison PA, Asche SE. Outcomes monitoring in Minnesota: treatment implications, practical limitations. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Dec 2001;21(4):173-83.
8. Soldz S, Panas L, Rodriguez-Howard M. The reliability of the Massachusetts Substance Abuse Management Information System. *J Clin Psychol*. Sep 2002;58(9):1057-69.
9. Evans E, Hser YI. Pilot-testing a statewide outcome monitoring system: overview of the California Treatment Outcome Project (CALTOP). *Journal of Psychoactive Drugs*. May 2004;Suppl 2:109-14.
10. Minnesota Department of Human Services. DAANES Web User Manual for Chemical Dependency Treatment Programs. Minnesota Department of Human Services, DAANES Data Processing Unit, Performance Measurement and Quality Improvement Division Saint Paul, Minnesota, 2013. [http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business\\_partners/documents/pub/dhs16\\_152493.pdf](http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business_partners/documents/pub/dhs16_152493.pdf). Accessed Jul 21, 2013.
11. Company. *Minnesota's Statewide Strategy for Drug and Violent Crime Control*. DIANE Publishing Company; 1995.

12. Chi FW, Parthasarathy S, Mertens JR, Weisner CM. Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model. *Psychiatric Services*. Oct 2011;62(10):1194–200.
13. Wilkerson D, Migas N, Slaven T. Outcome-oriented standards and performance indicators for substance dependency rehabilitation programs. *Substance Use and Misuse*. Oct–Dec 2000;35(12–14):1679–703.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Alcohol and Drug Services Study (ADSS): The National Substance Abuse Treatment System: Facilities, Clients, Services, and Staffing. Office of Applied Studies. Rockville, MD, 2003. <http://www.samhsa.gov/data/ADSS/ADSSOrg.pdf>. Accessed Jul 21, 2013.
15. McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, et al. A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Dec 2010;78(6):912–23.
16. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. Feb 2005;62(2):199–207.
17. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passeti LL. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jul 2002;23(1):21–32.
18. Paredes A. Narconons rehabiliteringsprogram for stofmisbrugere: Et beskrivende resumé. [http://www.narconon.org/Narconon\\_program\\_overview\\_DrParedes.pdf](http://www.narconon.org/Narconon_program_overview_DrParedes.pdf). Accessed Aug 6, 2013.
19. Schnare DW, Denk G, Shields M, Brunton S. Evaluation of a detoxification regimen for fat stored xenobiotics. *Medical Hypotheses*. Sep 1982;9(3):265–82.
20. Cecchini M, LoPresti V. Drug residues store in the body following cessation of use: impacts on neuroendocrine balance and behavior—use of the Hubbard sauna regimen to remove toxins and restore health. *Medical Hypotheses*. 2007;68(4):868–79.
21. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1992;9(3):199–213.
22. Moos RH, King MJ. Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jan–Feb 1997;14(1):71–80.

23. Prendergast ML, Podus D, Chang E. Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Substance Use and Misuse*. Oct–Dec 2000;35(12–14):1931–65.
24. Moos RH. Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. Jun 2007;27(5):537–51.
25. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *The American Psychologist*. Dec 1992;47(12):1578–85.
26. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). CSAT GPRA Client Outcome Measures for Discretionary Programs. [http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT\\_GPRA\\_ClientOutcome2006.pdf](http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT_GPRA_ClientOutcome2006.pdf). Accessed Aug 6, 2013.
27. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. Apr 2005;100(4):447–58.
28. Laudet AB, White W. What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jan 2010;38(1):51–9.
29. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Kron R. Are the “addiction-related” problems of substance abusers really related? *J Nerv Ment Dis*. Apr 1981;169(4):232–9.
30. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *The American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. Mar–Apr 2006;15(2):113–24.
31. Desmond DP, Maddux JF, Johnson TH, Confer BA. Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Mar–Apr 1995;12(2):95–102.
32. Carroll ME, Anker JJ, Perry JL. Modeling risk factors for nicotine and other drug abuse in the preclinical laboratory. *Drug and Alcohol Dependence*. Oct 1, 2009;104 Suppl 1:S70–8.
33. Gerstein DR, Green LW, editors. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press; 1993.
34. Greenfield L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Roberts T, Herrell J. Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Aug 2004;30(3):537–50.

35. Oudejans SC, Schippers GM, Merckx MJ, Schramade MH, Koeter MW, van den Brink W. Feasibility and validity of low-budget telephonic follow-up interviews in routine outcome monitoring of substance abuse treatment. *Addiction*. Jul 2009;104(7):1138–46.
36. Tiet QQ, Byrnes HF, Barnett P, Finney JW. A practical system for monitoring the outcomes of substance use disorder patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jun 2006;30(4):337–347.
37. Stanford M, Banerjee K, Garner R. Chronic care and addictions treatment: a feasibility study on the implementation of posttreatment continuing recovery monitoring. *Journal of Psychoactive Drugs*. Sep 2010;Suppl 6:295–302.
38. American Society for Addiction Medicine (ASAM). *American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders, Second Edition Revised*. Second Edition, Revised ed. Chevy Chase, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
39. Campbell DT. Reforms as experiments. *Amer Psychol*. 1969;24:409–29.

