

Egyszerűsített módszer a drogokkal  
való visszaélés kezelése utáni  
**RUTINSZERŰ EREDMÉNYESSÉG-  
UTÁNKÖVETÉSRE**

2013. szept. 16.

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





Egyszerűsített módszer a drogokkal  
való visszaélés kezelése utáni  
**RUTINSZERŰ EREDMÉNYESSÉG-  
UTÁNKÖVETÉSRE**



2013. szeptember 16.

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

**Marie A. Sternquist**  
**független kutatási konzultáns**  
**14650 Wildien Drive, Anchorage, AK 99516, USA**

**Alfonso Paredes**  
**a pszichiátria nyugalmazott professzora**  
**University of California at Los Angeles**



# Egyszerűsített módszer a drogokkal való visszaélés kezelése utáni **RUTINSZERŰ EREDMÉNYESSÉG- UTÁNKÖVETÉSRE**

Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist és Dr. Alfonso Paredes  
szakmailag felülvizsgálta és kiadta a Libertas Academica

## **VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÁS**

Jelenleg két alapvető akadály van annak, hogy rutinszerűen gyűjthessünk be adatokat a kezelésen részt vett drogfüggőktől a gondoskodás minőségének ellenőrzése, a páciensek elégedettségének fokozása és a kezelésre fordítható források elosztása érdekében: 1. kapcsolatfelvételi probléma a kliensekkel, miután elhagyták a kezelést; 2. az értékelhető és megbízható, kezelés utáni adatok megszerzéséhez rendelkezésre álló korlátozott költségkeret. Ez a tanulmány precíz eljárásmodokat vizsgál egy 18 kérdéses, telefonos felmérést alkalmazó, gazdaságos munkaerő-kihasználaton alapuló rutinszerű eredményesség-utánkövetési rendszer (Routine Outcome Monitoring – ROM) számára. Ahogy a Narconon Oklahoma viselkedésen és társadalmi szokásokon alapuló, bentlakásos drogrehabilitációs programjában bevezetésre került, a rendszer pszichometriai szempontból megfelelőnek bizonyult az adatgyűjtésre, miközben orvosilag is hasznos információkkal szolgál.

Az értekezés elemezte a Narconon Oklahoma („Narconon”) által kifejlesztett és bevezetett eljárásmodot, hogy figyelemmel kísérje a rehabilitációs programot elvégzett drog- és alkoholfogyasztóknál elért hosszú távú eredményeket. Ez a tanulmány leírja a Narconon programban használt 18 kérdéses, telefonos felmérést alkalmazó, gazdaságos munkaerő-kihasználaton alapuló rutinszerű eredményesség-utánkövetési rendszer (Routine Outcome Monitoring – ROM) precíz eljárásmodjait, valamint az utánkövetés által feltárt eredményeket.

A rutinszerű eredményesség-utánkövetés céljai egyértelműek: biztosítani a megismételhető kezelés hatékonyságát, konzisztenciáját és költséghatékonyságát; fejleszteni a kezelés általános minőségét; és biztosítani az egészségügyi szolgáltatók részére a fenntartóik felé történő elszámoltathatóságot azzal, hogy figyelemmel kísérik az elért eredményeiket, és fenntartják a kezelés minőségét.

Az az egyik legmeggyőzőbb mód annak demonstrálására, hogy a viselkedésegészségi programok eredményesek-e a való életben, ha a teljes programot elvégzett résztvevők sorsát minimális felügyelet

mellett módszeresen nyomon követjük a családjuk körében, a munkahelyükön és a közösségükben. Annak ellenére, hogy a kifejezett cél az eltávozás után is elemezhető adatok gyűjtése, a legtöbb eredményességi-utánkövetési erőfeszítés még fejlesztési stádiumban van. Az adatok begyűjtését a következő tényezők korlátozzák: 1. annak nehézségei, hogy a program végeztével a létesítményt elhagyó résztvevők életét nyomon kövessék; 2. a szolgáltató személyzetet terhelni az utólagos adatbegyűjtéssel, miközben a fő funkciójuk a kémiai szerektől való függőség kezelése; és 3. személyes interjúk és más időigényes, költséges, illetve a személyzet további képzését igénylő eljárások használata, amelyek a bonyolultságuk miatt az adatok pontatlanságához, sőt akár elvesztéséhez vezethetnek.

A Narconon kifejlesztett egy hatékonyra tett, telefonon végezhető, rutinszerű eredményesség-utánkövetési eljárást, amely a folyamatosan szolgáltató létesítmény működésébe illeszkedik. Egy rövid eredményességi kérdőívet használ, amely elég egyszerű ahhoz, hogy beilleszthető legyen a munkatársak mindennapjaiba, akár kisebb létesítmények esetében is, és rendelkezik azzal az előnnyel, hogy olyan személyek is végre tudják hajtani, akik nem rendelkeznek a kutatási eljárásokkal kapcsolatos képzéssel. Az eljárásmód lehetővé teszi, hogy gyors visszajelzést kapjunk a programról, és így megtaláljuk és folytassuk a munkát azokkal a kliensekkel, akik nehézségekbe ütköztek a program befejezése után, ugyanakkor lehetővé teszi olyan adatok begyűjtését, amelyek alapján elemezni lehet a rehabilitációs program általános hatékonyságát is, és ezzel lehetőséget nyújt a program vezetőinek a kiigazítások elvégzésére, amelyekre szükség lehet a program hatékonyságának növeléséhez.

Jelen tanulmány célja annak kiértékelése, hogy a kezelést követő rutinszerű eredményesség-utánkövetési rendszer (ROM) mérési vagy fejlesztési eszközként használva a drogrehabilitációs szolgáltatások esetében mennyire pontosan tükrözi a valóságot. Ennek megvalósulása érdekében a hasznosítható utánkövetési adatok megszerzésére a Narconon International és a Psychometric Technologies Incorporated kifejlesztett egy tudományosan megalapozott módszert, és ezt be is vezették a Narcononban már korábban is működő beiratkozási, esetmenedzsment- és klienskövető rendszerekhez igazítva. Eredetileg egy tízkérdéses kérdőívet dolgoztak ki, ám ezt az utánkövetésen és az esetmenedzsmentben dolgozók javaslatai alapján kibővítették. A kérdőív végleges formájában a következőket tartalmazza: hat kérdés az elmúlt 30 nap során történt drog- és alkoholfogyasztásról – önkéntes adatszolgáltatás alapján; két kérdés a program elvégzése utáni általános drogfogyasztásról; öt kérdés a mindennapi élet minőségéről az elmúlt 30 nap során; és számos további kérdés, amely segít felbecsülni, hogy mennyire sikeres a személynek a közösségbe való visszailleszkedése.

Ennek az eszköznek, valamint a ROM módszertanának fejlesztésére és elemzésére ez a projekt azon egyének részvételére korlátozódott, akik elvégezték a teljes Narconon programot („végzősök”-ként utalunk rájuk). A Narconon munkatársai összeállítottak egy listát azokról a személyekről, akik a 2004 és 2007 közötti időszakban végezték el a programot.

A ROM felmérését az utánkövetési specialisták végezték el telefonon. Kezdetben a végzősök telefonos felmérése mellett a végzősök közeli hozzátartozóit is felmérték, hogy megállapítsák a végzős adatainak valóságtartalmát. Miután kiderült, hogy a végzősöktől és a közeli rokonaitól kapott adatok között magas a statisztikai egyezés, azoknak a végzősöknek az esetében, akikkel háromszori próbálkozásra sem sikerült közvetlenül felvenni a kapcsolatot, a rokonokhoz fordultak a kérdőívvél.

A begyűjtött adatokat a szövetségi és helyi adatvédelmi törvényeknek megfelelően anonimmé tették, majd elemzésre továbbították a Psychometric Technologies Incorporatedhez.

A közösségbe visszatért 419 személy közül 323-tól sikerült adatokat begyűjteni; így 22,9%-nyi adat nem érkezett be. Az első mintavételnél nem volt megfelelő az utánkövetési arány. A területen működő más kutatók sikeres akcióinak megvizsgálása után<sup>1</sup> az alábbi fejlesztéseket vezették be: 1. A munkatársakat kiképezték egy egyszerű beiratkozási nyomtatvány használatára, hogy több telefonszámot és e-mail címet, valamint több másodlagos telefonszámot és elérhetőségi címet is beszeressenek a résztvevőktől; 2. Elbocsátáskor minden kapcsolatfelvételi adatot leellenőriztek, illetve aktualizáltak; és 3. Bevezettek egy írott ellenőrzőlistát, hogy összhangba hozzák az utánkövetési eljárás minden egyes lépését. E fejlesztések eredményeképpen a kezelés utáni kapcsolatfelvételi arány folyamatosan javult, és meghaladta a 80%-ot.

A végzősöktől és rokonaiktól (kiegészítő források) begyűjtött adatok statisztikai elemzésre kerültek, és nagyfokú egyezést mutattak. Ebből lett meghatározva a ROM önkéntes adatszolgáltatásának érvényessége. Az összes beérkező adatból 72,1% a végzősök önkéntes adatszolgáltatásából eredt.

Az adatok elemzéséből megállapították az ismételt drogproblémák előfordulási arányát a Narconon program végzőseinél. Az alábbi eredmények a felmérési interjú megelőző 30 nap során történt drogfogyasztás adatait mutatják, a végzősök (vagy rokonaik) elmondásának megfelelően.

5. táblázat. Droggal kapcsolatos problémák ismételt előfordulása.

Drogfogyasztás és problémák	Drogproblémák az utánkövetéskor			
	Végzős (N = 238)		Rokon (N = 94)	
	Nincs	1+ nap	Nincs	1+ nap
1. 30 napon belül: bármennyi alkohol	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 napon belül: részegségi szintet elérő alkohol	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 napon belül: kokain	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 napon belül: marihuána/hasis	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 napon belül: heroin	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 napon belül: másfajta illegális drog	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. A program lezárása óta: részegséget okozó mennyiségű alkohol fogyasztása	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. A program lezárása óta: másfajta illegális drog fogyasztása	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 napon belül: droggal kapcsolatos bűncselekmények miatt letartóztatták	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 napon belül: az éjjelt fogdában töltötte	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 napon belül: stresszes volt drogfogyasztás miatt	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 napon belül: kevesebbet foglalkozott fontos tennivalókkal, vagy felhagyott velük	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 napon belül: érzelmi problémákat tapasztalt	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Megjegyzés: A zárójelben szereplő számok az érvényes válaszok százaléka

Igen figyelemreméltó, hogy a rendszer lehetővé teszi a programok korábbi résztvevőinél a drog- és alkoholfogyasztás 30 napos utánkövetését, hogy megállapítható legyen a program módszereinek hatékonysága. Ebben az esetben, ahogy a fenti 5. táblázaton látható, az adatok a következőt mutatták:

Nem fogyaszt kokaint	92%
Nem fogyaszt marihuánát/hasist	94%
Nem fogyaszt heroint	95%
Nem fogyaszt más drogot	93%
Nem fogyaszt részegségig alkoholt	90%
Nem fogyaszt alkoholt	76%

A ROM eljárás bevezetésének egyik további célja annak megállapítása, hogy alkalmas-e a végzősök utánkövetésénél arra, hogy segíthessünk nekik, amennyiben további nehézségeik akadnak a drog- vagy alkoholfogyasztás miatt. Ezért egészítettük ki egy további kérdéssel annak felmérésére, hogy a program lezárása óta felmerült-e a személyben igény további rehabilitációs szolgáltatásra. Azt találtuk, hogy a programot lezárók közül csupán 12% számolt be arról, hogy további rehabilitációra lenne szüksége.

Jelen tanulmány bemutatja, hogy az Egyszerűsített módszer a drogokkal való visszaélés kezelése utáni rutinszerű eredményesség-utánkövetésre (ROM) mennyire használható drogrehabilitációs létesítmények számára. A telefonos interjú alapuló függőségkezelés számos tényezőt célozhat meg:

1. az egyéni gondoskodás filozófiájával összhangban stabilizálni és fenntartani a felépülést; 2. bármely megbélyegzést amiatt, hogy az illető a kezelés befejezése után visszatér a létesítménybe; 3. azon kliensek elérését, akik távol élnek a kezelést nyújtó létesítménytől; és 4. ennek potenciális személyzeti és pénzügyi terheit.

A ROM rendszer használatával begyűjtött adatok megfelelnek az engedélyezést végző kivizsgálási és akkreditáló hivatalok elvárásainak. Az első utánkövetési kísérlet kivételével ez a projekt folyamatosan teljesítette a 80% feletti reprezentatív mintavételi arányt, és nagyon kevés munkatársi képzést igényelt. A program első szakaszában lefolytatott kiegészítő elemzés minimális eltérést mutatott a „hálás ajánlásoktól” – amikor a résztvevő nem akarta megsérteni a kérdező érzéseit azzal, hogy sikertelenségről számol be<sup>39</sup> –, ami talán azért történt, mert olyan munkatársak végezték, akik nem a kezelési részlegben dolgoztak.

Ezt a projektet egy olyan program felkérésére folytatták le, amely szeretné a kezelés eredményeit folyamatosan javítani, beleértve az olyan eredményeket is, amelyek nem az elvárásoknak megfelelően végződtek. Az, hogy bevonják a leszoktató program munkatársait a saját munkájuk által elért eredmények utánkövetésébe, valamint abba, hogy a visszaérkező adatokat beépítsék a menedzsment döntéseibe, valószínűleg oda vezet, hogy nagyobb felelősséget fognak vállalni a kezelési eredmények javításáért. Például, ha egy befektetési döntéshez szükség van a kezelés hatékonyságának megerősítéséhez, arra megfelel egy független, telefonon alapuló ROM, amely 10%-nyi véletlenszerű mintát vizsgál meg.

Ez a projekt kizárólag azon résztvevőkre szorítkozott, akik lezárták a programot. Az utánkövetési arányokat, különösen az eredményességi adatokat csak azokra lehet vonatkoztatni, akik befejezték a teljes leszoktató programot. A jövőbeli programok feladata lesz, hogy ezt a ROM rendszert addig



finomítsák, amíg bármilyen kategóriájú elbocsátásra alkalmazhatóvá tudják tenni. A minőség biztosításának és a program fejlesztésének szempontjából fontos, hogy az adatokat még a lezárás előtt begyűjtsék a programot idő előtt elhagyó személyektől.

A minőségi kezelésnek eredményesnek kell lennie abban, hogy a droghasználói viselkedésmintát megszüntesse, mire a személy befejezi a kezelést. Bármely ROM rendszer elsődleges célja, hogy folyamatosan adatokat szolgáltatson a hosszú távú eredményekről, hogy ezáltal felbecsülhető legyen a kezelés eredményeiben bekövetkező bármilyen változás, mely a minőség változását vagy a terápia félrecsúszását tükrözi.

E tanulmány teljes verziója elérhető és letölthető pdf formátumban:

<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>

## REFERENCIÁK:

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. GPRA 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. GPRA 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. Available at: <https://www.samhsa-gpra.samhsa.gov/CSAT/System.aspx>. Accessed Jul 22, 2013.
6. McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter E, 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. The Narconon Drug Rehabilitation Program: A descriptive overview. [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, Schramme 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.



