

En forenklet metode til
RUTINEMESSIG KONTROLL
AV RESULTATER
etter behandling for stoffmisbruk

16. sep. 2013

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



En forenklet metode til
RUTINEMESSIG KONTROLL AV RESULTATER
etter behandling for stoffmisbruk



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

RUTINEMESSIG KONTROLL AV RESULTATER

etter behandling for stoffmisbruk

Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist og dr. Alfonso Paredes
Ekstern faglig vurdering og utgivelse av Libertas Academica

SAMMENDRAG

Rutinemessig innsamling av resultater fra behandling for stoff for å styre kvaliteten i pleie, forbedre pasienttilfredshet og allokere behandlingsressurser, blir for tiden hemmet av to nøkkelvanskeligheter: (1) problemer med å lokalisere klienter så snart de forlater behandlingen; og (2) de uoverkommelige omkostningene ved å innhente meningsfulle og pålitelige data etter behandlingen. Denne studien undersøkte eksakte metoder for et økonomisk stabsbasert Rutinemessig Kontroll av Resultater-system (På engelsk: Routine Outcome Monitoring: ROM), som benytter en 18-punkts kjernemålingsspørreundersøkelse via telefon. Slik det ble implementert på Narconon i Oklahoma, et program til rehabilitering av stoffmisbrukere med kontinuerlig opphold, basert på adferdsmessige og sosiale ferdigheter, ble det systemet fastslått å være psykometrisk adekvat til samlet rapportering så lenge det gav klinisk nyttig informasjon.

Undersøkelsene analyserte prosedyren som var utviklet og implementert av Narconon i Oklahoma («Narconon») til overvåking av de langsiktige resultatene som ble oppnådd av de som ble graduert fra sitt rehabiliteringsprogram fra stoff- og/eller alkoholmisbruk. Denne rapporten beskriver de eksakte metodene for et økonomisk, stabsbasert Rutinemessig Kontroll av Resultater-system (ROM), som benytter en 18-punkts telefonisk kjernemålingsspørreundersøkelse, slik den blir benyttet i Narconon-programmet og i resultatstyringsprosessen.

Målene for rutinemessig kontroll av resultater er enkel: Å sikre reproducerbar behandlingseffektivitet, konsekventhet og kostnadseffektivitet; forbedre behandlingens generelle kvalitet; samt å sikre ansvarlighet hos leverandører av helsetjenester overfor finansieringskilder ved å overvåke resultatene deres og opprettholde behandlingskvalitet.

Den systematiske sporingen av klienter etter at de har fullført en full behandling der en måtte gripe inn, når de opererer under minimal overvåkning som et medlem av sin familie, arbeidsstyrke og sitt samfunn, er en av de mest overbevisende metodene til å demonstrere effektivitet i den «virkelige verden» når det gjelder helseprogrammer om atferd. Til tross for uttrykte mål om å samle meningsfulle data etter utskrivning, er de fleste overvåkningsbestrebelsene stadig i utviklingsstadier. Begrensninger for datainnsamling omfatter: (1) problemer med å spore klienter så snart de forlater behandlingsmiljøet; (2) bruk av behandlingsstaben til å samle oppfølgingsdata når hovedfunksjonen deres er å gi tjenester for kjemisk avhengighet; og (3) å stole på personlige intervjuer og andre tidskrevende prosedyrer, som er kostbare, krever betydelig trening av staben og kan resultere i dataflukt eller tap grunnet kompleksitet under oppfølging.

Narconon har utviklet en strømlinjet, telefonbasert overvåkningsprosess for resultater som foretas innen rammen til en innretning som fortsetter å gi omsorg. Ved å benytte en kort spørreundersøkelse om resultater, er det tilstrekkelig enkelt å passe den inn i rutineene til staben og en mindre innretning, og har den fordelen at den kan bli implementert av personer som ikke har blitt trent i forskningsmetoder. Prosedyren gjør det mulig for programmet å få rask feedback og med det lokalisere og arbeide med klienter som har støtt på vanskeligheter etter å ha forlatt programmet, og gjør det på samme tid mulig å få data som er til nytte med å overvåke rehabiliteringsprogrammets samlede effektivitet, og med det sette programsjefer i stand til å foreta justeringer som kan være nødvendige for å øke programeffektiviteten.

Formålet med denne studien var å evaluere effekten av postbehandlingssystemet Rutinemessig Kontroll av Resultater (ROM) som et verktøy til å måle og forbedre resultater fra servicen om rehabilitering fra stoffmisbruk. For å kunne greie dette, utviklet Narconon International og Psychometric Technologies Incorporated en vitenskapelig basert metodologi til å skaffe nyttige overvåkningsdata og implementerte dette i sammenheng med påmelding, casestyling og klientoppfølgingssystemer, som allerede var på plass i Narconon. Til å begynne med ble det utviklet et 10-punkts spørreskjema, men dette ble under studiets forløp utvidet basert på anbefalinger fra staben for casestyling og ettervern. Til slutt ble det gjort ferdig spørreskjema som består av seks punkter rettet mot egenrapportert bruk av stoff og alkohol i de siste 30 dagene, to punkter rettet mot generell bruk av stoff etter å ha forlatt behandlingen, fem punkter rettet mot spørsmål om livskvalitet i de siste 30 dagene, og flere andre spørsmål som er nyttige for vurdering av hvor godt personen lykkes med reintegrering i samfunnet.

Med det formål for øye å utvikle og evaluere dette instrumentet og ROM-metodologien, ble dette prosjektet begrenset til de personer som hadde fullført det fulle Narconon-programmet (kalt «graduerte»). Narconon-staben kompilerte en liste over personer som hadde fullført programmet i perioden 2004 til 2007.

Ettervernspecialister foretok deretter ROM-undersøkelsene via telefon. Til å begynne med, i tillegg til telefonundersøkelse av graduerte, ble undersøkelser foretatt på deres nære familiemedlemmer for å vurdere om den graduertes data var pålitelige. Straks det ble funnet at det var en høy statistisk sammenheng mellom dataene fra de graduerte og deres nærmeste familie, ble familien stilt spørsmål for å skaffe data når graduerte etter tre forsøk ikke kunne bli nådd direkte.

Personopplysninger ble fjernet fra innhentede data i overensstemmelse med føderale og lokale regler om personvern og gitt til Psychometric Technologies Incorporated for analyse.

Data ble innhentet fra 323 av de 419 borgerne som vendte tilbake til sine lokalsamfunn; 22,9 % med manglende data gjensto. Det første stikkprøvepunktet hadde en ikke adekvat oppfølgingsrate. Ved å gjennomgå de suksessfulle handlingene fra andre forskere på dette feltet,¹ ble det foretatt forbedring, som følger: (1) Staben ble trent i å bruke et enkelt påmeldingskjema til å samle inn mengdevis av kontaktinformasjon fra klienten via telefon og e-post, så vel som mengder av parallelle kontaktdata om telefon og adresser; (2) All kontaktinformasjon ble verifisert og oppdatert ved utskrivning og (3) En skrevet sjekklister ble implementert for å organisere hvert trinn i oppfølgingsprosessen. Som et resultat av disse forbedringene, forbedret kontaktraten etter behandling seg til gjennomgående over 80 %.

Dataene fra graduerte og familie (parallele kilder) ble analysert statistisk og funnet å være høyst forenlige. Ut fra dette ble gyldigheten av de egenrapporterte foranstaltningene som ble brukt i ROM-tilnærmingen, etablert. Ut av det totale settet med data, var 72,1 % av dataene som ble brukt, egenrapportert av graduerte.

Dataene ble analysert for å avgjøre i hvilken grad problemer med stoff igjen fant sted blant Narconon-graduerte. De følgende resultatene ble skaffet mens graduerte (eller parallele kilder) ble spurt om bruk av stoff i de 30 dagene forut for undersøkelsesintervjuet:

Tabell 5. Tilbakevending av stoffrelaterte problemer.

Stoffbruk og -problemer	Problemer med stoff ved oppfølging			
	Graduert (N = 238)		Slektning (N = 94)	
	Ingen	1+ dager	Ingen	1+ dager
1. 30 dager: noe alkohol	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 dager: alkohol til punktet beruselse	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 dager: kokain	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 dager: marihuana/hasj	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 dager: heroin	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 dager: andre ulovlige stoffer	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. Siden graduering: alkohol til beruselse	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. Siden graduering: brukt andre ulovlige stoffer	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 dager: blitt arrestert for stoffrelaterte lovovertridelser	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 dager: tilbrakt natten i fengsel	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 dager: vært stresset på grunn av stoffbruket sitt	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 dager: redusert eller gitt opp viktige aktiviteter	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 dager: erfart emosjonelle problemer	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Merk: Tallene i parenteser er prosent av gyldige responser

Av særlig betydning er evnen til å overvåke bruk av stoff og alkohol i 30-dagers perioder hos tidligere programdeltakere, for å fastslå effektiviteten av programprosedyrer. I dette tilfellet, som vist i Tabell 5, over, viste dataene:

Ingen bruk av kokain	92 %
Ingen bruk av marihuana/hasj	94 %
Ingen bruk av heroin	95 %
Ingen bruk av andre stoffer	93 %
Ingen bruk av alkohol til punktet beruselse	90 %
Ingen bruk av alkohol	76 %

Et av de ekstra formålene med å innføre ROM-prosedyren, var å bestemme hvor gjennomførbar den var til overvåking av graduerte fra programmet, for å bli i stand til å hjelpe dem i fall de skulle støte på videre vanskeligheter med bruk av stoff eller alkohol. Til dette formålet ble det inkludert et spørsmål for å bestemme om personen trengte rehabiliteringsservicer etter at han eller hun fullførte programmet. Det ble funnet at bare 12 % av de som fullførte programmet, rapporterte å ha et behov for videre rehabiliteringsservice.

Denne rapporten viser gjennomførbarheten av et Rutinemessig Kontroll av Resultater-system (ROM) til bruk på sentre for behandling av stoffmisbruk. Telefonbasert bedringsadministrasjon av personer kan ta for seg flere faktorer, inkludert:

- (1) Stabilisering og opprettholdelse av bedring i samsvar med en individuelt tilpasset omsorgsfilosofi;
- (2) Mulige stigma forbundet med å returnere til et senter etter å ha fullført behandling; (3) Nå klienter som bor et stykke unna behandlingssenteret; og (4) Potensiell byrde for stab og økonomi.

Data innhentet ved å bruke ROM-systemet, synes å være adekvate for å møte kravene for rapportering ved tilskudd, eller til instans som gir fullmakt til utbetaling. Bortsett fra det første oppfølgingspunktet, skapte dette prosjektet konsekvent representative stikkprøver på over 80 % og krevde svært liten trening av staben. Parallell verifisering i den tidlige delen av prosjektet indikerte minimale fordommer fra «takknemlige vitnesbyrd» – der klienten muligens ikke ønsker såre rådgiverens følelser ved å rapportere mangel på suksess³⁹ – muligens på grunn av at det ikke ble brukt behandlingsstab til oppfølging.

Dette prosjektet ble satt i gang etter forespørsel fra et program med ønske om å kontinuerlig forbedre behandlingsresultater, inkludert de som ikke er som forventet. Å engasjere programmets behandlingsstab i prosessen med å overvåke sine egne resultater og innlemme oppnådde data i ledelsesavgjørelser, vil trolig føre til større ansvar for å forbedre behandlingsresultater. Beregninger av behandlingseffektivitet for slike formål som finansieringsbeslutninger fra tredjepart, kan styrkes ved å inkludere en tilfeldig stikkprøveverifisering på 10 % gjennom uavhengig, telefonbasert ROM.

Dette prosjektet fokuserte bare på de klientene som fullførte programmet. Oppfølgingsrater, og spesielt data om utfall, kan kun generaliseres for de som fullfører hele omsorgsforløpet. Fremtidige

prosjekter om å forbedre dette ROM-systemet videre, bør granske gjennomførligheten med alle utskrivingskategorier. Med kvalitetssikring og forbedring for øye, er det viktig å innhente data fra personer som forlater programmet før fullføring.

Kvalitetsbehandling burde være effektiv når det gjelder å forandre stoffbrukatferden etter at pasienten forlater behandlingen. Primærmålet med ethvert ROM-system er å tilveiebringe et igangværende langtidsspor av resultatdata man kan evaluere alle endringer i behandlingsutfall, som kunne avspeile forandringer i kvalitet eller avvik i terapien.

En full pdf-utgave av denne studien er tilgjengelig for nedlasting:

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

REFERANSER:

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. Tilgjengelig 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. 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. 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. 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.

