

KVALITETSINDIKATORER I RUSBEHANDLING

-et litteratursøk etter resultatindikatorer



Prosjektoppgave i medisinstudiet

Av stud. med Morten Olsen

Veiledet av Sverre M. Nesvåg

Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo 2013

Abstract

Being a medical student working part time in an inpatient substance abuse treatment facility, experience is that both patients and therapists seem unsatisfied with frequently changing programs with questionable foundation and low outcome predictability. Measuring treatment outcome of patients could be a tool to improve therapeutic methods and create documentation for rational choice of treatment. Provided the measurement tool is not dependant of treatment method or type of substance being abused, it could also contribute to comparison of different therapies.

This student project aim to find assessment tools, measurement systems and variables that can be used to evaluate patient outcome of substance abuse therapy regardless of substance type being used. A search is performed in PsycINFO, EMBASE, PubMed and Guidelines International Network. Information is also retrieved from teaching supervisor and via The Department of Health.

Eight assessment tools plus their offspring and six variables related to substance abuse are found and mentioned. Some assessment tools are general, others are intended for specific types of substance abuse. Only one measurement system has limitations with respect to treatment method being evaluated, and that concerns group therapy as opposed to individual therapy that is more commonly measured.

The focus of the project has been to find outcome measures at patient level to be able to appraise treatment given, although evaluating the according treatment process is also of importance for the outcome. Nevertheless: assessment tools found here could make a contribution in a potential project where outcome measures of treatment are to be established, with emphasis on the most frequently used indicators that are deducted here. Tools for more frequent measurement and monitoring in an outpatient setting is also sugested.

Innhold

Abstract	2
Innledning.....	4
Definisjoner.....	6
Metode.....	7
Resultat.....	9
ASI	9
ATOM.....	9
OTI	10
DCI.....	10
CARF	10
MTQAS.....	11
SDS.....	11
KORFORs Kvalitetsregister for rusbehandling	12
Spesifikke målevariabler	12
Drikkefrekvens, –intensitet og konsekvenser.....	12
Dødelighet, gjeninnskrivning til behandling og uttak av legemidler	13
Diskusjon.....	14
Oppsummering og foreløpig konklusjon.....	16
Litteraturhenvisninger	17

Innledning

I denne prosjektoppgaven er målet å gjøre søk etter utarbeidede målesystemer og -variabler som kan si noe om utvikling hos pasienter i rusbehandling uavhengig av behandlingsmetode og rusmiddeltype.

Som medisinstudent har jeg ved siden av studiene jobbet ved en rusavvenningsinstitusjon i Oslo. I løpet av årene jeg har jobbet der har jeg opplevet frustrasjon hos pasienter og behandlere over stadig varierende behandlingsopplegg som gir usikre resultater. Rusbehandling er et relativt ungt fagområde, og det er i dag ingen fasit for hvordan rusavhengighet skal behandles. Institusjonen jeg har jobbet ved har heller ikke hatt noen etablert metode for å vurdere resultater av behandlingen og har dermed hatt begrenset grunnlag for å forbedre metodene som har vært benyttet. Valg av behandling og metode synes ofte avgjort av lederes faglige ståsted og administrative hensyn herunder økonomiske rammevilkår (Furuholmen, 2013).

Det finnes flere ulike modeller og tilnærminger for rusbehandling. Å bestemme riktig behandling for den aktuelle pasient ut fra en mer systematisk og evidens-basert tilnærming synes imidlertid å være en utfordring noe som også gjenspeiles i litteraturen (Fletcher, 2013).

Med erfaring fra bruk av «Key performance indicators» i næringslivet er min oppfatning at de samme prinsippene bør kunne brukes innenfor rusomsorgen som støtte i behandlingsøymed. Dette ville innebære å måle utvalgte parametere som vurderes relevante for vellykket rusbehandling og på den måten dokumentere behandlingsresultater. Dersom det på adekvat måte lar seg gjøre å måle resultater av den enkelte rusbehandling vil en også kunne akkumulere dokumentasjon om effekten av ulike behandlingsmetoder. En slik dokumentasjon vil kunne gi en indikasjon på hva som er ”best practice”. Forutsatt at man benytter måleparametere som er universelle for alternative behandlingsmetoder vil ulike metoder lettere kunne sammenliknes og danne grunnlag for behandlingsvalg. Sammenligning av ulike rusmisbrukeres respons på forskjellige behandlingsmetoder vil forhåpentligvis også kunne si noe om hva som gir effekt innenfor ulike grupperinger, f.eks. aldersgrupper og avhengighetsgruppe med hensyn til rusmiddeltype. Måling av behandlingskvalitet vil kunne være et verktøy for å forbedre og optimalisere metodikk (Goodman, McKay, & DePhilippis, 2013). Dette er i tråd med skolemedisinens tankegang og det vil sikre en best mulig behandling av den enkelte pasient.

I denne prosjektoppgaven er målet derfor å gjøre søk etter utarbeidede målesystemer og -variabler som sier noe om utvikling hos pasienter ved rusbehandling uavhengig av behandlingsmetode og rusmiddeltype.

Etter oppstart av oppgaven ble Helsedirektoratet ved lov pålagt å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer (se «Definisjoner», red. anm.) som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter.» (Helsedirektoratet, 2011). Nye indikatorer publiseres 3 ganger i året på helsenorge.no. På Helsedirektoratets websider for «Kvalitetsindikatorer for psykisk helse og rus» foreligger det pr. 02.09.2013 ingen indikatorer for rusbehandling.

Funn av utarbeidede kvalitetsindikatorer kan gi et verktøy for evaluering av metoder i rusbehandling som bør være interessant for relevante institusjoner. Det er også aktuelt å vurdere eksisterende indikatorer og måleverktoyer under Helsedirektoratets arbeid med å etablere nye indikatorsystemer (Helsedirektoratet, 2010, s. 10).

Utfordringen når en skal dokumentere behandling ved bruk av kvalitetsindikatorer er å finne indikatorer som tilfredsstillende kravene til gode indikatorer. Helsedirektoratet har bl.a. opprettet et eget rammeverk (Helsedirektoratet, 2010) som i 14 punkter legger premissene for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i norsk helsetjeneste. En fullstendig vurdering av funn med bakgrunn i dette rammeverket eller andre etablerte prinsipper for gode indikatorer vil føre for langt i forhold til tid til rådighet for denne oppgaven og er ikke gjort.

Definisjoner

Helsedirektoratet etablerte i 2012 et rammeverk for utvikling, drift og vedlikehold av nasjonale kvalitetsindikatorer innen helsetjenesten, inkludert definisjoner av sentrale begreper. Jeg har funnet det naturlig og bruke de samme definisjonene der de foreligger:

Kvalitet: er i denne sammenheng definert av Helsedirektoratet slik:

Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav, dvs. de krav vi allerede har i lov og forskrifts form.

For helse- og omsorgstjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordel (Helsedirektoratet, 2010, s. 7)

Kvalitetsindikator er av Helsedirektoratets definisjon «En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.» (Helsedirektoratet, 2013)

Det er vanlig å dele kvalitetsindikatorer inn i tre grupper (Maintz, 2003):

- *Strukturindikatorer*: måler kvalitet av ressurser og rammebetingelser dvs. forutsetningene,
- *Prosessindikatorer* måler kvalitet av prosedyregjennomføring
- *Resultatindikatorer* måler kvalitet på selve behandlingsresultatet.

I denne oppgaven er det mål på behandlingsresultat, med andre ord *resultatindikatorer*, jeg er interessert i å finne.

Metode

Litteratortype: I oppgaven har jeg forsøkt å finne materiale av type retningslinjer, oppsummert forskning, og kvalitativ forskning som enkeltstudier/caser, men ikke begrenset til dette.

Databaser og kilder for søk er valgt ut i fra beskrivelser av databaser på Helsebiblioteket.no, Universitet i Oslos medisinske biblioteks nettsider og etter anbefalinger fra bibliotekar ved UiOs medisinske bibliotek. Søk er gjort i PsycINFO, EMBASE, PubMed, Guidelines International Network. Det er også benyttet informasjon anbefalt av veileder og korrespondanse relatert til Helsedirektoratets arbeid med kvalitetsindikatorer i rus og psykiatri.

En utfordring i forbindelse med litteratursøk i denne oppgaven har vist seg å være at en god del aktuell litteratur er såkalt «grå litteratur», dvs. uformelt publisert materiale f.eks. informasjon, white-papers og rapporter fra ulike institusjoner, arbeidsdokumenter fra forskningsgrupper etc. (Wikipedia contributors, 2013). Det er benyttet søk på Google og Google Scholar for å finne grå litteratur og litteratur som jeg har funnet gjennom referanser fra egne funn.

PICO: Problemstillingen presiseres ved hjelp av PICO-verktøyet (Senter for kunnskapsbasert praksis, 2012) og er systematisert i nedenforstående tabell.

	Beskrivelse	Norske søkeord	Emneord/ MeSH	Fritekstsøk
P <u>Pasient</u>	Pasienter som får behandling for rusavvenning, ikke akutt avrusning	Rusavvenning, avhengighetsbehandling, behandling av rusmisbruk	Rehabilitation, substance abuse, drug abuse, alcohol abuse, drug addiction	Drug rehabilitation, drug treatment, addiction treatment, rehabilitation, alcohol abuse, substance abuse
I <u>Intervention</u>	Vurdere behandling gjennom generelle resultatindikatorer for rusbehandling	Kvalitetsindikator Resultatindikator	quality indicator, outcome assessment, treatment outcome	outcome indicator, quality indicator, clinical indicator, quality of care, outcome measure
C <u>Control</u>	NA			
O <u>Outcome</u>	Eksisterer/eksisterer ikke	Retningslinje case, prosedyre, beskrivelse Overvåkning, oppfølging, monitorering		guideline, guide, procedure, routine

Tekstord for fritekstsøk etter norske søkeord i tabell som er oversatt ved hjelp av norsk-engelsk ordbok. Det er også benyttet relevante artikler som utgangspunkt for synonyme ord innenfor temaet.

Emneord (MeSH) er funnet ved bruk av SveMed+ (Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket, 2013) for norske og engelske ord for fritekstsøk oppført i tabell. Emneord er også hentet fra artikler innenfor fagfeltet

Trunkering er gjort for rehabilitation ved fritekstsøk: «rehabilit*»

Språk: Det er søkt i litteratur innenfor norsk, svensk, dansk og engelsk språk.

Søkestrategi: Utgangspunkt for søket er en sammenstilling av søkeordene i PICO-tabellen med operatorene AND og OR, der OR benyttes innen hvert PICO-ord og AND knytter sammen P-I-C-O-ordene. Antall søkeord som er benyttet innen ulike databaser har variert avhengig av antall treff og presisjon av resultat. I hovedregel er det søkt på få sentrale begreper og deretter har nye ord blitt lagt til dersom resultatet har favnet for vidt. Prinsippet for søket kan beskrives med følgende logikk i en database-spørring:

(rehabilitation OR treatment)

AND ((substance OR drug OR alcohol) AND (addiction OR abuse OR misuse))

AND (“quality indicator” OR “outcome indicator” OR “clinical indicator” OR “quality of care” OR “outcome measure”)

Blant resultatene har jeg valgt å ta med målesystemer for alle typer rusmidler uavhengig om de er beregnet på ett eller flere typer rusmidler. Dette er gjort fordi jeg ikke har ønsket å utelukke indikatorsystemer som potensielt kan tas videre og nyttegjøres for andre rusmidler.

Resultat

Der det er funnet målesystemer er kun domener for resultatmåling ført opp. For detaljerte skjemaer og oversikt over enkeltindikatorer kan de skaffes til veie på forespørsel dersom de ikke fremgår av aktuell referanse.

Indikatorsett og målesystemer

ASI

Addiction Severity Index (ASI) er et strukturert klinisk intervju (45-60 min) laget for å være et standardisert verktøy for diagnostikk og evaluering av alkohol- og stoffmissbruk allerede i 1980 (A Thomas McLellan, Luborsky, Woody, & O'brien, 1980) . Det ble bl.a. laget for

- å bidra til at forskning lettere skulle kunne sammenlignes
- å kunne hjelpe klinikere til å oppsummere pasienthistorikk og dermed
- allokere riktig behandling til den enkelte pasient
- sette et mål på behandlingsresultater

I ASI skapes en profil av pasienten hvor det kartlegges 5 domener som bidrar til profilen: rusmidler, medisinsk, rettslige forhold, psykologisk, familie/sosialt og jobbsituasjon/støttebehov. Heretter settes et gradert behandlingsbehov fra 0 til 9.

ASI foreligger i dag i sjette utgave (A. Thomas McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon, & Carise, 2006) og er sansynligvis det mest utbredte verktøyet for vurderinger ved rusmiddelmissbruk. Det benyttes og anbefales av WHO (WHO, 2013). ASI-Lite eksisterer som en raskere og mindre dyptgående variant. DENS Software (Treatment Research Institute, 2013) er programvare som er utviklet som en elektronisk variant av ASI. Denne er fordelaktig da data fra intervjuv samles direkte i database og gjør statistikk lett tilgjengelig. En tilsvarende programvare, ASI net, finnes i Sverige (Bjork, 2013).

En svensk studie fra 2013 der ASI er vurdert som verktøy for klinisk praksis og resultatmål antyder at det er tungvindt og omfattende i en slik sammenheng (Bjork, 2013).

ATOM

Alcohol Treatment Outcome Measure (ATOM) (Simpson, Lawrinson, Copeland, & Gates, 2009) er et australsk klinisk rettet verktøy som tar sikte på å standardisere resultatmåling i alkoholbehandling. Det har som hovedmål å være kort og enkelt å gjennomføre, måle behandlingsresultater gjennom flere funksjonsområder, være psykometrisk sikkert, kunne integreres i eksisterende datainnsamlingsprosedyrer, være bredt akseptert og være hensiktsmessig for tjenestetilbydere innen alkohol og rusavvenning. ATOM er et intervju som består av 32 elementer over følgende 5 domener:

- Behandling og demografisk informasjon,
- helse og velbefinnende spesielt relatert til alkoholbruk,
- alkoholavhengighet og «craving»,
- annen rusmiddelbruk
- bruk av helsetjenester.

I følge en Australsk studie har systemet evne til å måle endringer i pasientens funksjonsevne over tid (Simpson et al., 2009).

OTI

Opiate Treatment Index (OTI) (Darke, Ward, Hall, Heather, & Wodak, 1991) er et strukturert intervju (20-30 min) som er laget for å gi et mål på behovet for opiatbehandling. Det måler resultater innenfor 6 områder:

- Stoffbruk: månedlig frekvens estimert ut i fra siste 2 dager og typer stoff innenfor 11 kategorier
- HIV-risikoadferd: med utgangspunkt i seksualadferd og sprøytebruk
- Sosial funksjon, herunder stabilitet i familieforhold og nettverk
- Kriminalitet: svindel, vinnings-, volds- og narkotikakriminalitet
- Helsestatus: vurdering av symptomer ved de enkelte organsystemene
- Psykologisk funksjon med hensyn på somatiske symptomer, angst, sosial dysfunksjon og depresjon.

Hver av domenene scores og jo høyere score desto større er behovet for behandling. OTI benyttes og anbefales av WHO (WHO, 2013). OTI er gjennom en britisk studie vist å kunne benyttes for amfetaminbrukere (Barrowcliff, Champney-Smith, & McBride, 1999).

DCI

Dimensions of Change (Orlando et al., 2006) er et verktøy som ble utviklet for å gi et evalueringsgrunnlag for terapeutiske grupper, i utgangspunktet innenfor behandlingstilbudene til Phoenix House. DCI søker å måle pågående behandlingsprosess for å kunne vurdere den enkelte deltakers progresjon i behandling og samtidig identifisere forbedringsområder som kan bidra til bedret behandlingsresultat. Målingene gjøres ved å registrere klientenes oppfatning av gruppemiljøet og sin egen utvikling. DCI har vist seg å ikke bare være et verktøy for å måle progresjon for en gruppeterapeutisk behandlingsprosess som sådan, men også å kunne brukes som mål for utvikling på pasient-nivå (Paddock et al., 2007). DCI er et selv-rapporteringssystem der 54 spørsmål scores innenfor 8 såkalte prosess-faktorer:

- Gruppeansvar
- «Clarity and Safety»
- Gruppe prosess
- Bolig støtte, deling og entusiasme
- Introspeksjon og selvdisciplin
- Positiv holdning til en selv og engasjement rundt abstinenser
- Problemgjenkjenning
- Sosiale nettverk

DCI er benyttet for terapigrupper innenfor Phoenix House. Om andre former for grupper og terapiformer kan benytte dette målesystemet er ikke funnet dokumentasjon for, men utviklerne er åpne for dette.

CARF

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) er en amerikansk institusjon som akkrediterer rehabiliteringstilbud. I den sammenheng utarbeidet de bl.a. indikatorer med vekt på behandlingsresultater (Wilkerson, Migas, & Slaven, 2000). Bakgrunnen for dette var å kunne gi en form for kvalitetsmål for sponsorer og for brukere som skulle velge behandlingssted. Å kunne vise til kvalitetsmåling i behandlingstilbudene kunne bidra til at akkreditering i seg selv ble et kvalitetsmål. Ved

valg av resultatindikatorer har CARF også valgt å sejele til hva slags resultater brukere ønsker å vite noe om ved valg av behandling. Det har vært et mål å lage en mal for rapportering av behandlingsresultater slik at det er mulig å sammenligne ulike behandlingalternativer en står overfor. I hovedtrekk er det 10 områder med tilhørende undergrupper CARFs indikatorer tar for seg:

- Kvalitet i relasjoner
- Økonomisk status
- Helsestatus
- Psykologisk velbefinnende
- Stoffmissbruk
- Personlig sikkerhet
- Mestringsfølelse
- Utdanningsstatus
- Jobbstatus
- Tilfredshet med behandling

MTQAS

Methadone Treatment Quality Assurance System (MQTAS) ble utviklet gjennom et prosjekt initiert av National Institute on Drug Abuse i USA for å kvalitetssikre og følge metadonbehandling på et overordnet nivå, men også bidra til at tjenestetilbydere skulle få mulighet til å forbedre behandlingstilbud og pasientenes resultat. (Czechowicz et al., 1997). Variablene som måles er innenfor:

- Stoffbruk (type, frekvens) siste 3 mnd
- Injeksjonsbruk siste 3 mnd
- Fysisk helsestatus
- Mental helsestatus
- Innleggelser og akutt-situasjoner siste 3 mnd
- Ansettelsesstatus
- Kriminell adferd siste 3 mnd

MQTAS ble testet ut i 70 klinikker (Ducharme & Luckey, 2000) og var i 2000 i bruk i rundt 200 institusjoner (Wilkerson et al., 2000).

SDS

Severity of Dependence Scale (SDS) er et enkelt gjennomførbart spørreskjema som benyttes for å måle avhengighet hos brukere av ulike typer stoff bl.a. heroin, amfetamin, kokain og metadon (Gossop et al., 1995). Spørsmålene er basert på psykologiske forhold rundt avhengighet nærmere bestemt manglende kontroll over rusmiddelinntak og bekymring og opptatthet omkring rusmidler. SDS's 5 spørsmål:

- (1) Did you think your use of [named drug] was out of control?
- (2) Did the prospect of missing a fix (or dose) or not chasing make you anxious or worried?
- (3) Did you worry about your use of [named drug]?
- (4) Did you wish you could stop?
- (5) How difficult did you find it to stop, or go without [named drug]?

Hvert spørsmål har 4 svaralternativer som scores og høyere score tilsier større grad av avhengighet. Score er relatert til rusadferdsmønster som i seg selv er avhengighetsindikatorer

som dose, bruksfrekvens, varighet i bruk, daglig bruk og kontakt med andre brukere. Måleverktøyet har vist seg å gjenspeile eventuelle effekter av rusbehandling. Verktøyet brukes og anbefales av WHO (WHO, 2013).

KORFORs Kvalitetsregister for rusbehandling

Kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) i Stavanger har på oppdrag fra Helse Vest under utvikling et «Kvalitetsregister for rusbehandling» (Helse-Stavanger, 2011). Målet med registeret er å identifisere faktorer rundt behandling som fører til mestring av avhengighet og reduksjon av rusmiddelrelaterte skader. KORFOR legger til grunn et behandlingsperspektiv for rus og avhengighet som for (annen) kronisk sykdom, dvs. gjentatt eller langsiktig behandling. Registeret søker å si noe om hvordan pasientens egen aktivitet påvirker ulike indikatorområder og også hvordan interaksjon med omliggende nettverk innvirker på de samme indikatorer. Hoveddimensjonene i registeret er (Aakerholt, 2012):

- Demografiske opplysninger
- Sosiale forhold
- Behandlingsinstanser
- Viktige positive og negative hendelser
- Motivasjon og mestring
- Mestring av somatiske helseforhold
- Mestring av psykisk helse
- Mestring av rus- og avhengighetsproblem

Kvalitetsregisteret er softwarebasert og forventet endelig ferdig i 2013.

Spesifikke målevariabler

Drikkefrekvens, –intensitet og konsekvenser av drikking blir konkludert som vesentlige resultatmål i en studie gjort for å finne universale mål for vurdering av alkoholbehandling (Kadden & Litt, 2004). Prosjektet søkte å finne indikatorer innenfor drikke-, psykososiale- eller biologiske områder. 128 brukere av begge kjønn ble tilfeldig fordelt til kognitiv adferdsterapi eller interaksjonsbehandling. Biologiske og psykososiale faktorer ble bare svakt assosiert til drikking, og er således mindre sensitive som indikatorer for rusbehandling. Kontrollert eller moderert rusmiddelbruk som resultatmål har også bred støtte i følge en rundspørring til 623 ledere av behanslingsinstitusjoner i England, Wales og Scotland (Rosenberg & Melville, 2005). Undersøkelsen hadde 70% responsrate. Om kontrollert/moderert rusmiddelbruk var et akseptabelt utkomme for behandling var imidlertid påvirket av hvor alvorlig pasientens misbruk og avhengighet var, samt om pasientens målsetning innebar abstinensfrihet som et delmål eller endelig mål for behandling.

Quality of Life (QoL) er et viktig område å ta i betraktning når en skal vurdere resultater av rusbehandling. Dette går frem av en litteraturoversikt som har vurdert 36 studier som har benyttet begrepet for å beskrive status eller resultat av personer som ble diagnostisert eller behandlet for alkoholmissbruk eller som brukte instrumenter for å gjengi pasientens QoL (Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh, & Zweben, 2005). Litteraturgjennomgangen identifiserer 12 ulike QoL-mål som har assosiasjon til mengde og frekvens i alkoholinntak, dvs. større eller oftere alkoholinntak ble gjenspeilet i redusert QoL. Alkoholavhengige pasienter som blir behandlet opplever forbedret QoL, og selv tyngere brukere opplever som klarer å redusere alkoholinntaket opplever en vesentlig forbedring av QoL. Alexandre Laudet

dokumenterer også betydningen av QoL som resultatindikator i sin artikkel “The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice” (Laudet, 2011). World Health Organization startet i 1991 et Quality of Life–prosjekt som utviklet et instrument for vurdering av livskvalitet uavhengig av kulturell bakgrunn (WHO, 2013).

Dødelighet, gjeninnskrivning til behandling og uttak av legemidler er resultatindikatorer i rusbehandling det er funnet frem til i en undersøkelse gjort av Kunnskapssenteret på oppdrag fra Helsedirektoratet i pågående delprosjekt Kvalitetsindikatorer i psykisk helse og rus. (Brøyn, 2013). Det er funnet fram til indikatorer i Sverige, Danmark, USA og OECD. Av 96 indikatorer som ble funnet var nevnte 3 indikatorer resultatindikatorer i rusfeltet. Disse 3 indikatorene er hentet fra den svenske Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

Diskusjon

Oppgaven er begrenset til søk innenfor angitte databaser og kilder. Innenfor temaet er det åpenbart en del relevant grå litteratur, f.eks. retningslinjer og informasjon fra organisasjoner, noe som det er vanskelig å gjøre systematiske søk etter. Konsekvensen av dette er at potensielt interessante måleverktøyer som burde vært med, ikke er det. Med utgangspunkt i evidensbasert tankegang har jeg likevel lagt hovedvekt på søk innenfor medisinske databaser.

En kan ikke se bort i fra at utvikling kan ha vært gjort for enkelte av målevertøyene etter tidspunktet for publikasjonen som ligger til grunn for funnet, men seneste versjon av materialet er lagt frem der det er funnet ulike utgaver.

Det tas forbehold om eventuelle språklige feil i forbindelse med oversetting av litteratur.

Innefor måling av ytelse, resultater og kvalitet i helsesektoren har det vært en ikke ubetydelig sammenblanding av begreper, spesielt «outcome», «performance» og «quality» (A. T. McLellan, Chalk, & Bartlett, 2007). Jeg har i oppgaven benyttet McLellands tolkninger, men har likevel gått «bredt ut» og benyttet «quality of care» og «quality indicator» som søkebegreper som etter hans definisjoner er begreper som hører sammen med «prosessindikator» og ikke «resultatindikator». Dette har jeg gjort for å få favne litteratur der forfatterene har en tolkning som er forskjellig fra McLelland.

Det er ikke gjort kvalitetssikring av indikatorområdene/variablene som er funnet i dette litteratursøket utover det faktum at det meste av informasjonen er relatert til anerkjente medisinske databaser. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at oppfatning av hva som intuitivt er gode resultatmål ikke nødvendigvis er det (Reisinger, Bush, Colom, Agar, & Battjes, 2003).

I denne oppgaven har jeg fokusert på det jeg mener kan ansees som aktuelle resultatindikatorer som mål for behandlingsresultat. Flere tar imidlertid til orde for at prosessindikatorer spiller en viktig rolle for utfall av behandling (Clark, 2011; Garnick et al., 2012). Argumentasjonen for dette er bl.a. at selv med fokus på pasientens behandlingsresultat må man ha en prosess på plass for å respondere på pasientens behov. Det er også forhold omkring *alle* behandlingsformer, kalt «common factors», som er funnet å ha vesentlig betydning for utfallet av behandlingen. Blant disse er bruken av tilbakemelding fra pasienten (McKay, 2007). Sverre Nesvåg ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Stavanger påpeker dessuten 3 «organizational common factors» (Nesvåg, 2012). Disse «common factors» synes målbare som prosessindikatorer. Ut i fra dette er prosessindikatorer i rusomsorgen åpenbart viktige å ta med i betraktning når det skal utarbeides verktøy for å følge opp for pasientens behandlingsresultat. I denne sammenheng nevnes at Helsedirektoratet vil etablere et nytt prosedyrekodeverk for tverrfaglig spesialisert behandling hvor det også vil være rapportering til Norsk pasientregister. Dette kan oppfattes som en form for prosessevaluering. Etablering av resultatindikatorer som grunnlag for behandlingsvalg og utforming av retningslinjer betraktes derimot som svært langt frem (Bakstad, 2013).

Rusbehandling har i senere år tatt en dreining fra behandling gjennom innleggelse til poliklinisk behandling og fra et perspektiv på rus med henblikk på kurasjon til et kronisk sykdomsperspektiv. Det betyr bl.a. et mer langsiktig behandlingsforløp og at pasienten ikke kan følges og vurderes som en inneliggende pasient. Det kan da være hensiktsmessig med en mer kontinuerlig målemetode for å «ta pulsen» på pasienten, noe som McLellan argumenterer

godt for og kaller «concurrent recovery monitoring» (CRM) (A. McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kemp, 2005). Ettersom flere av de funnede måleverktøyene er utviklet for mer omhyggelig resultatmåling i forskningsøyemed og er tidkrevende (Bjork, 2013) vil kanskje teknologi kunne hjelpe oss til å samle tilsvarende hensiktsmessige data på regelmessig, kontinuerlig, ressursseffektiv basis til klinisk bruk i CRM. DENS Software med sin versjon av ASI-Lite eller programvare utviklet av KORFOR for å arbeide mot Kvalitetsregisteret for rusbehandling vil kanskje kunne benyttes i en slik sammenheng. Kan hende kan dataregistreringen gjøres som selvrapporing som del av ukentlige/månedlige/kvartalsvise målinger. Dette selvfølgelig under forutsetning av at kvalitetskrav skal er tilfredsstillt.

En interessant studie viser at feedback under behandling i seg selv gir en positiv effekt i form av mindre grad av frafall fra behandling (Raes, De Jong, De Bacquer, Broekaert, & De Maeseneer, 2011). McLellan angir i en undersøkelse at av 750 interviewer ble mange av intervjuene i seg selv verdsatt (A Thomas McLellan et al., 1980). Dette understøtter feedback som «common factor» men vil også kunne være et argument for bruk av måleverktøy som sådan.

Oppsummering og foreløpig konklusjon

Måleverktøy og indikatorer som det er funnet fram til peker mot ulike variabler, men enkelte sentrale variabler peker seg ut selv om de kan figurere under litt ulike domener i måleverktøyene. Jeg vil trekke frem variabler hvor 2/3 eller mer av måleverktøyene er tilnærmet like Innenfor rusmiddelbruk er bruksfrekvens og intensitet spesielt viktige og til en viss grad også rusiddeltyper. Hvilken indexperiode som benyttes varierer imidlertid. For somatisk helse måles i første rekke pasientens subjektive oppfattelse av tilstand og hvorvidt den oppleves å hemme egen funksjon på noen måte. Her og i andre tilfeller hvor subjektiv oppfatning måles er det vanlig å angi gradering på en skala. Blant psykologiske faktorer måles oftest symptomer på depresjon og opplevet selvfølelse hos brukeren. Innen familiære og sosiale variabler er spørsmål om tilfredshet med relasjoner til venner og familie fremtredende. For jobbsituasjon er antall dager det er jobbet innenfor en indexperiode et vanlig mål, men også ansettelsestid er viktig her. Områder der det er vanlig å gjøre målinger men hvor det ikke i samme grad peker seg ut entydige indikatorer er økonomisk status, bruk av helsetjenester og kriminell adferd.

I denne oppgaven er det funnet fram til måleverktøy som kan si noe om pasienters utvikling ved rusbehandling. Det er ikke gitt at verktøy som er utviklet i andre land og kulturer kan appliseres i norske forhold. Uansett kan funnene i oppgaven bidra til et utgangspunkt i et eventuelt prosjekt for utvikling av resultatindikatorer, noe som igjen vil være til støtte for evidens-basert virksomhet. Flere kilder har pekt på at dette vil være et viktig fokusområde i kommende år (McCarty, McConnell, & Schmidt, 2010; McCarty, Roman, Sorensen, & Weisner, 2009)

Litteraturhenvisninger

- Aakerholt, A. (2012). [Variabelliste].
- Bakstad, B. (2013). [Prosedyrekodeverk].
- Barrowcliff, A., Champney-Smith, J., & McBride, A. J. (1999). Use of a modified version of the Opiate Treatment Index with amphetamine users: Validation and pilot evaluation of a prescribing service. *Journal of Substance Use*, 4(2), 98-103.
- Bjork, A. (2013). Working with different logics: A case study on the use of the Addiction Severity Index in addiction treatment practice. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), 179-299. doi: <http://dx.doi.org/10.2478/nsad-2013-0015>
- Brøyn, N. (2013). [Kvalitetsindikatorgruppen for psykisk helse og rus- primær - indikatorer fra Kunnskapsenteret].
- Clark, H. (2011). A truly integrated treatment system must be both patient- and process-focused. *Addiction*, 106(12), 2068-2069. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03556.x>
- Czechowicz, D., Hubbard, R. L., Phillips, C. D., Fountain, D. L., Cooper, J. R., Molinari, S. P., . . . Graham, L. A. (1997). Methadone Treatment Quality Assurance System (MTQAS) A Federal Effort to Assess the Feasibility of Using Outcome Indicators for Methadone Treatment. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(1), 11-24.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., & Wodak, A. (1991). *The opiate treatment index (oti) manual*: National Drug and Alcohol Research Centre Sydney.
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of Life as an Outcome Measure in Alcoholism Treatment Research. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(Suppl15), 119-139.
- Ducharme, L. J., & Luckey, J. W. (2000). Implementation of the methadone treatment quality assurance system. findings from the feasibility study. *Evaluation and the Health Professions*, 23(1), 72-90.
- Fletcher, A. M. (2013). *Inside rehab: The surprising truth about addiction treatment - And how to get help that works*. New York, NY: Viking; US.
- Furuholmen, D. (2013, 18.01.2013). Rusbehandling - til nytte for hvem? Retrieved 20.05, 2013, from <http://www.dagensmedisin.no/debatt/rusbehandling---til-nytte-for-hvem/>
- Garnick, D. W., Lee, M. T., O'Brien, P. L., Panas, L., Ritter, G. A., Acevedo, A., . . . Godley, M. D. (2012). The Washington circle engagement performance measures' association with adolescent treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(3), 250-258. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.01.011
- Goodman, J. D., McKay, J. R., & DePhilippis, D. (2013). Progress monitoring in mental health and addiction treatment: A means of improving care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(4), 231-246. doi: 10.1037/a0032605
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.
- Helse-Stavanger. (2011). Kvalitetsregister for rusbehandling from <http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Sider/kvalitetsregister-for-rusbehandling-.aspx>
- Rammeverk for et kvalitetsindikatortsystem i helsetjenesten (2010).

- Helsedirektoratet. (2011). Kvalitetsindikatorer. Retrieved 02.09, 2013, from <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2013). Oppdaterte kvalitetsindikatorer. Retrieved 02.09, 2013, from <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kvalitetsindikatorer-oppdatert.aspx>
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2004). Searching for treatment outcome measures for use across trials. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 145-152.
- Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket. (2013). SveMed+. from <http://svemedplus.kib.ki.se/>
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44.
- Maintz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. Retrieved 6, 15, from <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/6/523.full>
- McCarty, D., McConnell, K. J., & Schmidt, L. A. (2010). Priorities for policy research on treatments for alcohol and drug use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(2), 87-95. doi: 10.1016/j.jsat.2010.05.003
- McCarty, D., Roman, P. M., Sorensen, J., & Weisner, C. (2009). Health Services Research for Drug and Alcohol Treatment and Prevention. *J Drug Issues*, 39(1), 197-208. doi: 10.1177/002204260903900115
- McKay, J. R. (2007). Lessons learned from psychotherapy research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(s3), 48s-54s.
- McLellan, A., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x>
- McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., & Carise, C. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. *The American Journal on Addictions*, 15(2), 113-124. doi: 10.1080/10550490500528316
- McLellan, A. T., Chalk, M., & Bartlett, J. (2007). Outcomes, performance, and quality: what's the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 331-340. doi: 10.1016/j.jsat.2006.09.004
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'brien, C. P. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Nesvåg, S. (2012). Organizational "common factors" in treatment of substance use disorders.
- Orlando, M., Wenzel, S. L., Ebener, P., Edwards, M. C., Mandell, W., & Becker, K. (2006). The dimensions of change in therapeutic community treatment instrument. *Psychological Assessment*, 18(1), 118.
- Paddock, S. M., Edelen, M. O., Wenzel, S. L., Ebener, P., Mandell, W., & Dahl, J. (2007). Measuring changes in client-level treatment process in the Therapeutic Community (TC) with the Dimensions of Change Instrument (DCI). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(4), 537-546. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00952990701407439>
- Raes, V., De Jong, C. A., De Bacquer, D., Broekaert, E., & De Maeseneer, J. (2011). The effect of using assessment instruments on substance-abuse outpatients' adherence to treatment: a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 11, 123. doi: 10.1186/1472-6963-11-123

- Reisinger, H. S., Bush, T., Colom, M., Agar, M., & Battjes, R. (2003). Navigation and engagement: How does one measure success? *J Drug Issues*, 33(4), 777-800.
- Rosenberg, H., & Melville, J. (2005). Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. *Addiction Research & Theory*, 13(1), 85-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/16066350412331314894>
- Senter for kunnskapsbasert praksis, H. i. B. H. o. N. k. f. h. (2012). Kunnskapsbasert praksis. Retrieved 19.09, 2012, from <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Simpson, M., Lawrinson, P., Copeland, J., & Gates, P. (2009). The alcohol treatment outcome measure (ATOM): A new clinical tool for standardising outcome measurement for alcohol treatment. *Addictive Behaviors*, 34(1), 121-124. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.09.007>
- Treatment Research Institute. (2013). DENS™ Software. <http://www.tresearch.org>. Retrieved from <http://www.tresearch.org/index.php/tools/for-clinicians/dens-software/>
- WHO. (2013). Management of substance abuse - Research Tools. Retrieved 23.09.2013, 2013, from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/
- Wikipedia contributors. (2013, 20 August). Grey literature. 569484706 Retrieved 19 September 10:33 UTC 2013, from http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Grey_literature&oldid=569484706
- Wilkerson, D., Migas, N., & Slaven, T. (2000). Outcome-oriented standards and performance indicators for substance dependency rehabilitation programs. *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 1679-1703. doi: 10.3109/10826080009148237