

**Referat af temadag om "Misbrugsbehandling, måling og kvalitet".
Temadagen var arrangeret af Amtsrådsforeningen 14/3/02**

Referenter: Anne Dahler Larsen og Morten Hesse

Hvis du er interesseret i netværksdannelse vedrørende dokumentation på alkoholområdet så skriv til Anette Søgård Nielsen på asn@abcbjerg.fyns-amt.dk

Hvis du er interesseret i netværksdannelse vedrørende dokumentation på stofmisbrugsområdet, så skriv til Anne Marie Dahler-Larsen på adl@fabv.fyns-amt.dk

Mads Uffe Pedersens oplæg

Mads Uffe Pedersen (MUP) er leder af Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet. MUP tog i sin diskussion af forholdet mellem dokumentation og organisation udgangspunkt i forskning, der viser at god dokumentation af behandlingen bidrager til en øget kvalitet i behandlingen.

Resultater fra internationale undersøgelser.

McLellan publicerede en undersøgelse fra 1988, hvor en stor gruppe klienter blev fordelt til fire behandlere. Fordelingen var ikke randomiseret (dvs. systematisk tilfældig), men på den anden side var der ikke nogen, der kunne have indflydelse på den. Det viste sig at een behandlers klienter fik det værre, to behandleres klienter stod stille, og den fjerdes klienter fik det væsentligt bedre i de følgende 6 måneder. Da man bagefter gennemgik journalerne tegnede der sig følgende mønster:

- Den behandler, hvis klienter fik det værre havde en mangelfuld journalisering. Han omtalte overhovedet ikke håndhævelse af institutionens regler, og heller ikke samarbejde med andre faggrupper.
- De to behandlere, hvis klienter stod stille, havde en langt bedre journalisering, og omtalte håndhævelse af institutionens regler, samt samarbejde med andre faggrupper.
- Den behandler, hvis klienter fik det bedre havde den samme gode standard i journalisering, og omtalte endvidere udførligt, hvordan han sammen med klienterne forsøgte at være forberedt på forskellige problematiske situationer.

Endvidere gennemgik MUP Prendergasts metaanalyse af psykosocial behandling, hvor han analyserede data fra en lang række forskellige undersøgelser. Her fandt han, at de mest effektive programmer har standardprotokoller for behandlingen, og en grundig monitorering. Han fandt også, at der hvor forskeren har været involveret i designet af behandlingen, finder man den største effekt. Heinsman og Shadish sammenlignede effekter ved undersøgelser, hvor klienterne var randomiserede (det vil sige systematisk tilfældigt fordelt efter en bestemt nøgle) med ikke-randomiserede. Der var bedre effekt med randomisering. Randomisering i sig selv er ikke blot at fordele klienterne tilfældigt, men kan ses som et indirekte tegn på en god systematik i arbejdet med planlægningen af behandlingen.

Konklusionen er, at dokumentation, skriftlighed, monitorering skaber en højere grad af effektivitet i den psykosociale behandling af klienter i metadonbehandling.

Endelig gennemgik MUP sin egen opdeling af refleksion over praksis i en organisation:

Tale-sprog

Skrift-sprog

Tal-sprog

- Talesprog er selve det, at behandlerne kommunikerer verbalt med klienterne og med hinanden.
- Skriftsprog er det, at der systematisk nedskrives oplysninger, eksempelvis i en journal.
- Talsprog er dokumentation, hvor der opbevares oplysninger på en måde, så det bliver muligt at lave kvantitative opgørelser.

MUP angav, at i dansk misbrugsbehandling mangler den tredje komponent mange steder. Der er et lokalt sprog på de enkelte afdelinger, og der føres normalt journaler, men der laves ikke systematiske opgørelser.

Når man laver talopgørelser, kan man ifølge MUP gøre det på tre måder:

Registrering: Her indsamles data til en central enhed, men de anvendes ikke lokalt. Der er ingen effekt på behandlingen, men behandlerne bliver blot frustrerede over arbejdsbyrden. Særligt problematisk bliver det, når man i registreringen indsamler alle ”interessante” data – for det kan i princippet være alle data.

Monitorering: Her indsamles data som anvendes lokalt. Man følger eksempelvis med i, hvor mange man har indskrevet, hvor længe de er i behandling, samt køn- og aldersfordeling.

Moniteret registrering: Indsamling af data lokalt, som anvendes lokalt, men som er kompatibel med andre lokale indsamlingssystemer og som derfor kan samles i en registreringsbase.

Registrering kan ses som et ”top-down”-system

Monitorering som et ”bottom-up”-system.

Moniteret registrering som et integreret system.

Standardisering

Standarder er:

- Enighed om regler for produktion af tekstuelle eller materielle objekter, som
- Rækker ud over et enkelt lokalt praksis- eller aktivitetsområde og eksisterer over tid, og
- Får ting til at arbejde sammen over afstande.

Standarder kan i princippet eksistere for både kvantitativ og kvalitativ information.

DANRIS.

DANRIS er et system, der anvendes til monitorering af stoffri døgnbehandling i privat regi i Danmark. Systemet består af lokale databaser, hvor den enkelte institution indtaster sine egne data, og disse data indgår i en fælles database som opdateres halvårligt på Center for Rusmiddelforsknings hjemmeside.

De enkelte institutioner har mulighed for at lave deres egne udtræk lokalt.

DANRIS-siden er under opsætning nu.

Niels Aalund

Niels Aalund (NA) præsenterede betydningen af dokumentation for det politiske system.

NA redegjorde for, hvordan indsamling af data kan bidrage til at politikere får en fornemmelse af, at behandlingen er effektiv. Han fremhævede her Århus Amts egen udgave af ASI composite scores (også kendt som evalueringsscores) fra Addiction Severity Index, som et eksempel på, at man kan dokumentere forandring i klienternes situation fra behandlingsstart til opfølgning.

NA fremhævede, at når man har mange institutioner med mange ansatte, inden for sit område, så bliver der behov for meget enkle svar på de spørgsmål, man måtte have, og behov for meget konkrete målsætninger.

Det sociale landkort (Knud Ramian, Center for Evaluering, Riisskov)

		Vest	Øst	
	Nord	<i>Administrationen og myndighederne</i>	<i>Politikere, befolkningen</i>	
	Syd	<i>Fagfolk</i>	<i>Brugere, klienter og pårørende</i>	

I denne sammenhæng fremlagde NA en model udviklet af Knud Ramian fra Center for Evaluering ved psykiatrisk hospital i Riisskov. Modellen kaldes "det sociale landkort" og indplacerer parterne i de fire verdenshjørner.

Jo længere mod vest man kommer, des tættere kommer man på organisationernes egen virksomhed, mens jo længere mod øst man kommer, des længere kommer man fra virksomheden.

Jo længere mod nord man kommer, des mere overordnet ser man på organisationernes virksomhed, mens jo længere mod syd man kommer, des mere konkret og detaljeret ser man på virksomheden.

Denne model kan illustrere, hvordan behovene er forskellige for de forskellige interesse grupper i et givent felt.

Birgit Jensen

Birgit Jensen (BJ) er alkoholkonsulent ved Fyns Amts Alkoholbehandlingscenter.

BJ fremlagde i sit oplæg en behandlers oplevelse af den opgave, som det er at lave en systematisk kortlægning ud fra Addiction Severity Index.

Set fra et behandlerperspektiv er det vigtigt, at et dokumentationssystem giver viden om effekten af egen behandling. Spændende faglige diskussioner kommer frem af forskningen.

Hvem er det eksempelvis, der afbryder behandlingen ?

Der er brug for at få redskaber til løbende at checke, hvordan behandlingen forløber, og der er behov for at få noget at vide om, hvad der er behandlingens effektive komponenter.

For behandleren og for klienterne er det vigtigt at finde frem til et system, der kan laves i en arbejdsgang, i et hug. Et værktøj, der kan bruges til både dokumentation og til registrering, og samtidig til selve behandlingen.

En væsentlig pointe er at fra behandlerperspektiv er det den enkelte klient der er interessant og ikke en gruppe af klienter.

Formålet med kortlægningen er fra et behandlerperspektiv:

- at tilvejebringe et detaljeret billede af dette specielle misbrugsproblem hos dette unikke menneske i denne specielle situation.

ASI opfylder disse krav – men siger ikke noget om, hvad der virker i behandlingen.

Erfaringer med ASI i forhold til behandlingen:

Mere løst strukturerede førstegangssamtaler (som før indførelsen af ASI) giver et mangelfuldt billede af den enkelte person. Brede hovedoverskrifter uden underpunkter gjorde, at det blev individuelt, hvad der blev vægtet, blandt andet afhængigt af (behandlerens) uddannelse og erhvervs erfaring.

Tidsforbruget blev også meget forskelligt.

Empati og rummelighed betød, at klienterne skulle have lov at læse af, når klienten nu endelig var kommet.

Klienterne satte dagsordenen, og det blev derved overladt til klienterne selv at vurdere, hvad der var relevant for behandleren at høre.

Behandlerne var meget skeptiske over for ASI interviews – opfattelsen var, at det var krænkende og uempatisk at lave en førstegangssamtale ud fra et struktureret interview. Og hvad stiller man op med den viden, man får i løbet af samtalen? Derfor var der meget modstand mod skemaet.

Det er vigtigt at få et system, der bruges i samtalen, som ikke hæmmer empatien.

Efterhånden er erfaringerne blevet gode i forhold til at bruge ASI ved førstegangssamtale. Skemaet fungerer som checkliste, og er uafhængigt af personer, faggrupper og idiosynkrasier.

Behandleren sætter derved også dagsordenen for samtalen. Dette mindsker nervøsiteten hos klienten.

Mange henvender sig i en kaotisk situation, og er samtalen ikke struktureret, så sætter dette kaos sit præg på samtalen. Det bliver fristende at lytte selektivt, og undgå at høre efter, når man tror, at man kender svarene.

Det præcise overblik kræver at man tør stille de svære spørgsmål. Den faste procedure gør, at man ikke oplever den samme nervøsitet. Man undgår at klienterne tror, at man har "gættet" sig frem til at spørge om noget bestemt. Man undgår fejlbehandling, som skyldes mangel på viden om patientens behov.

Det betyder, at den rette behandling bliver sat ind så tidligt som muligt.

Det at spørge ind til belastningsgrad som man gør i ASI, gør at man får ressourcer frem. Klienten får derved en oplevelse af at blive set som en hel person, og ikke bare som et alkoholproblem.

ASI-interviewet er også en fordel for de klienter, der ikke er så interesserede i forandring, fordi de får en mulighed for at koble sociale, psykiske og helbreds-mæssige problemer sammen med alkoholforbrug.

Man spørger ind til, hvad der gør, at behovet ser ud, som det gør.

Behandlerens og klientens vurdering kan divergere, og dette kan man diskutere med klienten.

Når klienterne har taget stilling til problemets sværhedsgrad, og kan man relativt hurtigt komme ind på relevante områder. Derved spares efterfølgende behandlingstimer.

Ved løbende evaluering af behandlingsforløbet sammen med klienten vender man tilbage til problemvurderingen, og spørger til, om problemet er blevet større, eller mindre.

Skemaet bliver uanvendeligt, hvis behandlerne ikke kender baggrunden og mulighederne i materialet. Det er nok så vigtigt, at man følger skemaet op.

ASI-projektet har medført at det er blevet bedre at være alkohol-behandler på Fyn. Det giver faglig stolthed.

Bent Nielsen

Samarbejde mellem forskning og behandling

Patienters vurdering af patientforløb.

- Kerneydelsen
- Kommunikationen
- Kontinuitet
- Koordination

Målsætninger for indsatsen:

- Reduktion af alkoholforbruget til under sundhedsstyrelsens grænser
- Reduktion af recidiv
- Bedre livskvalitet psykisk og socialt
- Sikre akut/rehabiliterende evidensbaseret behandling
- Sikre koordination
- Sikre relevante tilbud til pårørende
- Sikre patienttilfredshed

Indikator:

En målbar variabel, som anvendes til at følge kvaliteten på et udvalgt område til at belyse i hvilken grad de enkelte kvalitetsmål er nået.

Standard:

Struktur	Proces	Resultat
Hvem er målgruppen Hvem skal gøre hvad Hvornår Hvor	Hvad er det konkrete indhold Hvordan skal det udføres	Hvad er det ønskede resultat Hvordan kommer det til udtryk

Kvalitetssikringsprocessen:

Ressourcer i forhold til kvalitetssikring:

- Præcise og valide evalueringsinstrumenter
- Efteruddannelse
- Jævnlig samrater
- Datadisciplin
- EDB-udstyr (statistiske programmer)
- Indtaster
- Klinisk epidemiologisk ekspertise

Ressourcer:

Det er DYRT at indføre registreringssystemer !!!!!

Spørgsmål: har I standard for behandlingens varighed

Svar: nej men fra forskning ved vi at der ikke vindes meget efter 6 mdr.

Spm: hvordan identificerer man kvalitetsbrist i praksis

Svar: her må man bruge kvalitative metoder....journalgennemgang, osv.

Camilla Rask og Anette Søgård Nielsen

Opsamling med henblik på diskussion.

ASN gennemgik ASI skemaet, og Camilla greb tilbage til spørgsmålet om niveauerne i kvalitetssikring.

ASI et skema, der screener for problemstillinger på en række områder.

Skemaet er designet til brug for forskning og evaluering, visitation og brug i behandling.

”Evalueringsscoren” bruges til at måle forandring over tid.

Styrker frem for andre:

- Designet, så det er behageligt for klienten.
- Fokuserer på den aktuelle situation
- Indeholder en faglig vurdering på hvert af de 7 områder
- Indeholder klientens subjektive vurdering på hvert af de syv områder
- Udbredt – og med veludviklet ”tilbehør”

Eksempelvis er det at starte med helbredet relativt ”ufarligt” og alligevel personligt.

Interviewerratingen er et godt redskab til selve visitationen.

Samtidig er der klientens subjektive vurdering.

Det udbredte brug gør, at der er manualer, forklaringer, og så videre. Samtidig er der andre skemaer, som måler ydelser modtaget under behandlingsforløbet. Endelig gør udbredelsen, at sammenligning er mulig.

Spørger man ikke ordentligt, eller er patienten ude af stand til at svare, så er det ikke noget værd. Der er behov for flere oplysninger end ASI, alt efter organisation, behandlingstilbud eller forskningsprojekt.

Der afsættes to timer til kortlægning, selv om ASI i sig selv kun tager 40 minutter at udføre.

Service og teknisk niveau i forhold til ASI

Kan bruges til at vise, hvor mange der er inde, om de svarer til målgruppen, og derved vise, om man servicerer i fornødent omfang.

Teknisk effektivitet.

Standardisering/professionalisering af det første møde med klienten. Fremdrift mod handleplaner. Standardiseret visitationsredskab.

Klienten bliver bedt om at foretage en selvevaluering af behandlingsbehov og problemets sværhedsgrad.

Forskelle mellem behandlerens og klientens vurderinger kan bruges systematisk.

Vi ved ikke, hvor mange amter der anvender ASI, og af dem, der mangler dem, hvor mange der anvender en variant af ASI.

Kan vi finde ud af at lave en fælles standard? Dette må ses som en ”skal”-opgave i lyset af ”Det fælles Ansvar”.

Paneldiskussion:

Hvad kræver det ressourcemæssigt:

Viborg: kulturforskelle mellem alkoholbehandlingssystemer – nogle funderet i sundhedssektoren andre i den sociale sektor – foreslår overordnet standard og lokale standarder

Bent: Ikke været store problemer mht. implementering – men motivationsfase: ændrer kulturer – med en gammel personalegruppe tager det 3 år – med et nyt personale 1 år

Mads: det er vigtigt at registreringssystemet bliver lokalt forankret – brugt i kvalitetssikring, lokalt – ikke central registrering fra oven

Viborg: kan godt lade sig gøre med både top og bund styring

Anette: væsentligt at de spørgsmål som skal registreres centralt hører til i det skema man bruger – delmængde af noget der kan bruges i praksis

Thomas: de 114 er et godt eksempel på manglende rapportering

Liese: væsentlig del af implementering er procedurer for anvendelse af viden

Morten Hjulsager: Der har ikke fra centralt hold været forsøg på at ...data som ikke er nødvendige – vi har behov for fælles standarder,

Camilla: Kunne vi ikke blive enige om fælles system – vi registrerer alligevel ?

Liese: gør vi det ?

Mads: mener heller ikke det skal presses ned over hovedet på nogen – man har noget centralt og noget lokalt –

Bent: vigtig at man ikke begynder at opfinde den dybe tallerken forfra

Kbh. Amt: politisk svigt at der ikke blev vedtaget et fælles system i 96 –

Thomas: ASI er et relativt groft ... det er dog en begyndelse ... ikke alle de her varianter

Lis, Ribe Amt: god ide at lave et registreringssystem – problemet er at området er organiseret i samarbejde med de frivillige organisationer – dem får vi ikke med - hvad er det så for en lille del af behandlingen vi får med – aldrig et system

Mads: det tror jeg ikke er rigtig – stor interesse fra frivillige

Christian: ike så meget tvivl om det er ASI – mere at finde ud af noget om registrering ydelser, standarder

Morten: Søg på nettet efter screeningsredskaber, hvis man er i tvivl

Liese: sammenfald mellem alkohol og stofmisbrugere – eller er der kvalitative forskelle?

Mads: bliver brugt på begge områder – ad Christian: handlingsstandarder skal laves lokalt

Bent: Hvorfor ikke et nationalt xxxprogram på alkoholbehandling ligesom på astma behandling - metodefrihed

Mads: Ikke metodefrihed men metode(bevidsthed?)

Anette: anonymitet i alkoholbehandlingen

Camilla: ikke så ligetil at træne ifht indsamling af data – ifht. validitet – det kræver uddannelse,

Peter Ege: mener ikke vi behøver at være så ens. Spm hvad vi mangler ifht at lave ordentlige udviklingsdel – kniber med datadisciplin, bearbejdning – vi har brug for kvalificeret hjælp: en Bent Nielsen-enhed

Bent: enige i at der skal kobles kval på

Menger, Sønderjylland: Vigtig at høre jer der har arbejdet med det RESSOURCER skal med – kvalitetssikring uden kvalitet

Bent: enig – beslutningstagerne tror det er gratis. Det er det ikke – det er ikke noget man laver indenfor normalbudgettet.

Liese: massive personalemæssige barrierer – det gennemsyrrer området at der er mange ideologier – har hørt politikere sige – bare folk er i behandling

Anette: hjælper på behandlerne at man kan give penge til efteruddannelse

Mads: god i ide med en praksisforskningsenhed i hvert amt.

Tor: ASI eller ej – sikrer ikke metodeudvikling - ved implementering - også penge med – symbolpolitik

Sidste spørgsmål og kommentarer til opsamling:

- Det er vigtigt at få afklaret med registertilsynet, om det er muligt at gemme de spørgsmål, der handler om forhold til familie.
- Der kræves et højt engagement af medarbejderne, for at ASI (eller et andet standardiseret system) kan implementeres.
- De spørgsmål, der handler om hvorvidt pårørende har misbrug, der er der tvivl om, hvorvidt det er acceptabelt at registrere. Med en læge som ansvarlig er der friere rammer for journalisering end ved en ikke-læge.
- Et synspunkt er, at når der kan føres journal eksempelvis i incestterapi, uden at få pårørendes samtykke, så må det også være muligt at nedskrive i en journal, om der var misbrug i opvækstfamilien.

Hvad med dem, der ikke er i systemet?

Indtrykket kan være, at det er en bedre fungerende gruppe, der kommer i alkoholbehandling, i forhold til de, der identificeres af kommunen.

En del af disse bliver fanget op af paragraf 94.