

Behandling og effektivitet

Oplæg til temadag 14/3/02 om registrering og dokumentation i misbrugsbehandlingen i Amtsrådsforeningens regi

Af Morten Hesse, Frederiksborg Amt & Liese Recke, Århus Amt

Indledning

I det følgende har undertegnede som repræsentanter for den organiseringsgruppe som har tilrettelagt temadagen 14/03/02 forsøgt at formidle nogle begreber og overvejelser omkring de spørgsmål vi ønsker at rejse til dagens emne.

Siden Archibald Cochran i 70'erne rejste diskussionen om "evidensbaseret behandling" er denne bevægelse vokset enormt. Hensigten med Cochrans indsats var at gøre praktikere på det medicinske område bevidste om de forskningsresultater der findes på området, så de ikke udfører behandling der i realiteten bygger på uunderbyggede subjektive skøn.

Denne bevægelse er aldrig rigtigt slået igennem i praksis i misbrugsområdet, og langt de fleste der arbejder med misbrugsbehandling har slet ikke noget kendskab til forskningens resultater. Men evidensbaseret behandling som ideal breder sig. Frem for teoretiske standpunkter argumenterer behandlere i stadig stigende grad for at tale om at "gøre det der virker". Og samtidig ønsker flere beslutningstagere på forskellige niveauer at kende lokale organisationers effektivitet, eller effekten af den behandling de selv udfører. I stedet for at lære af internationale og nationale erfaringer, søger vi at lære af vores egne, lokale erfaringer. I sig selv et prisværdigt mål. Men er det en ønskværdig udvikling?

På samme tid udvikler den offentlige sektor sig, og der opstår nye behov og idealer for offentlig forvaltning. Man kan sige, at den offentlige forvaltning har været præget af professioner: fra lægen, professoren, postbudet, præsten, skolelæreren og politibetjenten til pædagogen, socialrådgiveren og hjemmehjælperen - var professionen definerende for ydelsen. Undervisning var det læreren leverede, forskning det professoren lavede, og Guds ord var det, præsten sagde i kirken. Nøgleordet i vores opfattelse af professionerne var tillid til uddannelserne, tillid til embedsmanden.

Men denne måde at opfatte offentlige ydelser på er under angreb. I dag ønsker borgerne tryghed fra politiet, støtte til børnenes faglige og personlige udvikling fra læreren, og hele vejen rundt ønsker de service. Og borgernes og det politiske systems syn på hvordan ydelsen defineres, bliver i stigende grad bestemmende for, hvad de offentligt ansatte skal kunne levere. Både amter og kommuner kommer derfor til i en vis forstand at fungere som en slags brugerbestyrelser. De skal sørge for, at borgerne får de ydelser, som et flertal af vælgerne vil være tilfredse med at få. Inden for givne budgetrammer, der i stigende omfang dikteres af staten.

Men oven på kravene til indhold og tilfredshed med ydelserne kommer dertil et krav om effektivitet. Effektivitet bliver i offentlig virksomhed alt for ofte alene tolket som at der er styr på økonomien, og at ydelserne bliver leveret. Det er ikke så sært. I offentlig virksomhed er der ikke nogen direkte indtjening, og med uklarhed omkring indhold og succeskriterier giver det ikke mening at tale om produktivitet, og så kommer effektivitet alene til at betyde det, vi med et udtryk fra den amerikanske DATOS-undersøgelse kalder ”serviceeffektivitet.”

I DATOS-undersøgelsen fulgte man over 10.000 behandlingsforløb for stofmisbrug, og opstillede nogle klare succeskriterier, beskrev ydelserne præcist, og beskrev de behandlende institutioner med hensyn til funktioner, ressourceforbrug, uddannelsesniveau og organisationsstruktur. Der indgik længerevarende døgnbehandling, korttidsdøgnbehandling, ambulante stoffri behandling og ambulante metadonbehandling i undersøgelsen.

Forskerne havde defineret nogle klare succeskriterier for behandlingsindsatsen, så derfor var det muligt at differentiere mellem forskellige effektniveauer. Det første niveau karakteriseres gennem udtrykket ”serviceeffektivitet.”

Serviceeffektivitet kan kort beskrives som den mængde ydelser, der leveres for pengene. Det antal samtaler og gruppemøder der bliver afholdt, det antal mennesker der modtager metadon eller antabus for pengene, det antal døgnbehandlingsforløb, afgiftninger, koordinationsmøder med sagsbehandlere og så videre der afholdes. Serviceeffektivitet kan også udtrykkes som stor åbenhed overfor det omgivende samfund; det er let for borgeren at komme i behandling – der stilles ikke særligt store krav i indskrivningsperioden og behandlingsorganisationen yder høj service i forhold til lokalsamfundet.

Faktorer der kan nedsætte serviceeffektivitet er høj frekvens af møder for personalet, ringe tilgængelighed for klienter og samarbejdspartnere (kort telefontid, hvor telefonen hyppigt er optaget; kort åbningstid for personlig henvendelse), og høje krav om bestemte former for adfærd til indskrevne borgere, hvilket ofte medfører reduktion i organisationens samlede evne til at fastholde de pågældende i behandling.

$$\frac{\text{Samlede udgifter i behandlingssystemet}}{\text{Antal borgere der modtager ydelsen}} = \text{Serviceeffektivitet}$$

Der var også en anden slags effektivitet de forsøgte at måle i undersøgelsen. Den kaldte de for ”teknisk effektivitet.” Teknisk effektivitet kendetegner effekten af de ydelser organisationen leverer. Her er det spørgsmålet om hvorvidt de ydelser, organisationen

giver borgerne medfører at de indskrevne bliver tilstrækkeligt længe i behandlingen, og skaber (positive og langvarige) ændringer i borgerens liv. Behandlingseffekt er efterfølgende den ændring i borgerens liv, der kommer ud af at organisationen prioriterer og anvender ressourcer på en bestemt måde. Når dette gøres op i effektmålinger kontrolleres der almindeligvis for belastningsgraden hos klienterne, hvilket kræver et standardiseret værktøj, der gør klienters problematik rimeligt sammenlignelige fra behandlingsenhed til behandlingsenhed.

$$\frac{\text{Samlede ydelser i behandlingssystemet}}{\text{Antal borgere der profiterer af behandlingen}} = \text{Teknisk effektivitet}$$

Spændingsforhold mellem serviceeffektivitet og teknisk effektivitet?

Man kan her antage, at der eksisterer et spændingsforhold mellem serviceeffektivitet og teknisk effektivitet. Hvis man eksempelvis bruger al arbejdstid for alle medarbejdere på konfrontationstid eller samvær med klienter vil man have en meget høj grad af serviceeffektivitet, men muligvis en lav grad af teknisk effektivitet, fordi der ikke er tid til at behandlerne kan blive fagligt opkvalificerede, at de kan mødes og koordinere deres arbejde, eller til at de kan sidde og forberede samtaler med klienter, føre journal og så videre. Forestiller man sig omvendt, at behandlerne bruger næsten al deres tid bag skrivebordet på at forberede et helt minimalt antal samtaler, så er det sandsynligt at serviceniveauet bliver meget lavt. Der er da også i internationale undersøgelser en stor gruppe af enheder, der ligger lavt i serviceeffektivitet og i top i teknisk effektivitet, og en stor gruppe enheder der ligger højt i serviceeffektivitet men lavt i teknisk effektivitet.

At dokumentere behandlingsorganisationens effektivitet handler om at kunne dokumentere de to forhold, der tilsammen udgør den totale effektivitet. Hvor mange modtager ydelserne? Hvor mange ydelser modtager de? Og hvilken effekt har det?

$$\frac{\text{Samlede udgifter i behandlingssystemet}}{\text{Antal borgere der profiterer af behandlingen}} = \text{Total effektivitet}$$

I den sidste ende er det selvfølgelig den totale effektivitet, der interesserer os. Ser vi alene på serviceydelserne, så ved vi intet om hvad de er værd, vi ved ikke om den specifikke behandlingsindsats overhovedet producerer en målelig effekt på misbrugsadfærden. Ser vi alene på den tekniske effektivitet, så går vi glip af mulighederne for at fordele og styre ressourcerne. Når f.eks. nogle sælger en metode som effektiv og gennemprøvet, men ressourceforbruget har været enormt i det pågældende projekt, så er det karakteriseret af manglende fokus på serviceeffektiviteten. Og mangler vi standarder når vi måler forskellige effekter, så ender vi med, at hver enkelt lille afdeling sidder og skal definere sine egne kvalitetsmål fra grunden af. Og så er det vanskeligt at lære i fællesskab. Vi skal både spørge, hvor stor en effekt vi har af vores arbejde, og hvor meget arbejde vi yder. For at kunne spørge, hvornår en ydelse er leveret, og hvor stor en effekt vi har, må man have værktøjer til at måle og definere ydelsen og måle effekten. Og vi må kunne lære af hinanden. Derfor må vi have fælles standarder.

A. Thomas McLellan udviklede i starten af 80-erne et registreringsværktøj – The Addiction Severity Index (ASI), som efterhånden er standardiseret til brug både i USA og i Europa. Herhjemme har nogle amter valgt at indføre ASI i fuldt omfang, hvorimod andre har udvalgt særlige scores som en del af et lokalt registreringsværktøj.

Dette værktøj kan sige noget om problemernes tyngde hos borgere som er indskrevet i misbrugsbehandlingen. Og hvor meget problemerne flytter sig fra før behandlingen til efter behandlingen. Det kan bruges som det vi kalder et ”outcome measure” – et mål for udbyttet af behandlingen. Som sådan har det internationalt og i Danmark været brugt til effektevaluering af mange forskellige typer behandling, og vist sin robusthed på tværs af forskellige typer af behandling. Og det kan bruges som værktøj i planlægningen af behandlingen. Men som antydning er det ikke nok at måle belastning før og efter behandling. Vi må også måle hvad behandlingen er, og hvad den går ud på.

De spørgsmål, vi må rejse i løbet af dagen i dag, er:

- Hvordan kan vi monitorere vores effektivitet på forskellige niveauer?
- Hvad kan vi med ASI i hånden sige om teknisk effektivitet?
- Hvordan kan vi måle vores serviceydelser? Og hvordan kan vi kæde dem sammen med vores tekniske effektivitet og vores totale effektivitet?
- Hvad er forudsætningerne for at få højt kvalificeret viden fra ASI (og andre strukturerede dokumentationssystemer) i vores behandlingssystemer?
- Hvad kan vi bruge den viden til? Klinisk, i organisationsarbejde og i policy arbejde.

Og hvad blev der egentlig af Cochrans ønske om at give den enkelte behandler en forståelse af, hvad der virker og ikke virker i behandlingsarbejdet. Kan vi få det fra monitorering af vores eget behandlingsarbejde, eller skal der noget andet og mere til?

Referencer

A. Thomas McLellan, Teresa A. Hagan, Marvin Levine, Kathleen Meyers, Frank Gould, Mark Bencivengo, Jack Durell, Jerome Jaffe: Does clinical case management improve outpatient addiction treatment, *Drug and Alcohol Dependence* 55 (1999) 91-103

Mads Uffe Pedersen: *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1*. Center for Rusmiddelforskning, 2001.

NIDA: *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*, NIDA-monografi 165, 1997.

Porto & Flynn: Organisational Practices among Community-Based Treatment Providers (CPDD, Puerto Rico, juni 2000).