

Vijf jaar ‘routine outcome management’ in de ambulante verslavingszorg

S.C.C. OUDEJANS, G.M. SCHIPPERS, M.E. SPITS, M. STOLLENGA,
W. VAN DEN BRINK

ACHTERGROND In het project ‘Benchmark Leefstijltraining Verslavingszorg’ verzamelen drie instellingen structureel uitkomsten over de ambulante leefstijltrainingen ten behoeve van routine outcome management (ROM).

DOEL Geven van een overzicht van de tot nu toe verzamelde gegevens.

METHODE Patiënten worden geïncludeerd bij intake en een callcenter doet de follow-up. Geaggregeerde gegevens worden halfjaarlijks teruggekoppeld aan management en behandelteams.

RESULTATEN Van 1 januari 2005 tot 1 januari 2010 stroomden 15.786 cliënten in die met een leefstijltraining werden behandeld. Van 8236 van deze cliënten (52,2%) waren klinische uitkomsten beschikbaar. Tijdens follow-up, 9 maanden na intake, was 23% abstinente, gebruikte 28% niet overmatig en gebruikte 49% overmatig.

CONCLUSIE De ambulante verslavingszorg is erin geslaagd een uitvoerbaar ROM-project vorm te geven. De klinische uitkomsten blijken acceptabel en komen overeen met project MATCH, een toonaangevend Amerikaans onderzoek. Of de halfjaarlijkse terugkoppeling aan management en teams leidt tot lerende organisaties staat nog niet vast, maar deze draagt wel bij aan transparantie en aan het mogelijk leren van uitkomsten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 185-190]

TREFWOORDEN behandeluitkomsten, haalbaarheid, routine outcome management, terugkoppeling, verslaving

Leren van de uitkomsten van reguliere behandeling is vanaf de start in 1999 een van de speerpunten geweest van ‘Resultaten Scoren’, het landelijke kwaliteitsproject van de verslavingszorg. Er zijn in dat kader meerdere projecten voor routine outcome management (ROM). Het Nijmegen Institute for Science-Practitioners in Addiction (NISPA) leidt een aantal van deze projecten in klinische behandelingen, namelijk bij enkele voorzieningen voor patiënten met een dubbele diagnose (De Weert e.a. 2007) en intramurale motivatiecentra (IMC’s; Verbrugge e.a. 2005).

Het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) voert het project ‘Benchmark Leefstijltraining Verslavingszorg’ (BLV) uit. Hierbij worden in drie grote verslavingszorginstellingen op vier locaties de uitkomsten van ambulante geprotocolleerde cognitieve gedragstherapieën, de zogenaamde leefstijltrainingen, gemeten, vergeleken en gerapporteerd. BLV is gericht op routine outcome management (Sperry e.a. 1996): terugkoppeling van geaggregeerde uitkomstgegevens van groepen cliënten aan teams en managers, maar niet op terugkoppeling van gegevens over lopende

behandelingen aan behandelaren (routine outcome monitoring).

In dit artikel doen wij verslag van het BLV-project en beantwoorden we de vraag of de ambulante verslavingszorg erin is geslaagd een ROM-project dat inzicht geeft in de kenmerken van patiënten bij intake, uitkomsten van behandeling, zorggebruik en de relatie daartussen met succes vorm te geven.

METHODE

Opzet van het project

Het project BLV werd opgezet in 2002 en was volledig operationeel vanaf 2005. BLV is gedocumenteerd in een handboek, een proefschrift en (inter)nationale publicaties (Oudejans & Schippers 2006; Oudejans 2009; Oudejans e.a. 2009). Het includeert alle aangemelde cliënten bij intake. De follow-upmeting wordt uitgevoerd door een speciaal daarvoor ingericht callcenter. Het callcenter is in het leven geroepen omdat het percentage door behandelaren verzamelde uitkomsten bleef steken rond de 20. De gegevens over cliënten van de vier soorten leefstijltraining (lang/kort; individueel/groep) worden elk half jaar teruggekoppeld aan behandelteams en managers van de instellingen. Daarbij worden gegevens tussen én binnen (over de tijd) instellingen met elkaar vergeleken.

De instellingen gebruiken de uitkomsten voor verbetering van teamfunctioneren en het zorgprogramma en ter verantwoording aan zorgverzekeraars en de inspectie.

Metingen en procedure

Gegevens worden gerapporteerd over alle ambulante cliënten die minstens één leefstijltrainingcontact en geen contacten in deeltijd of dagbehandeling of klinische contacten hebben gehad. Biografische en klinische kenmerken worden onttrokken aan de inschrijf- en intakeadministratie en gekoppeld aan behandeluitkomsten. Behandeluitkomsten worden verzameld door interviewers van het callcenter. Zij bellen cliënten 9 maanden na intake en nemen een interview af met daarin middelengebruik, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.

Als instrument werd tot voor kort gebruik gemaakt van de EuropASI (Kokkevi e.a. 1995). Inmiddels gingen twee van de drie instellingen over op de 'Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie' (MATE; Schippers e.a. 2007; 2010) en de MATE-Uitkomsten (Schippers & Broekman 2011). Gegevens over zorggebruik komen uit de elektronische patiëntendossiers. Deze hanteren niet alle dezelfde data-indeling. Daarom harmoniseert het AIAR deze gegevens en voegt ze samen tot één bestand. Voor de bepaling van het zorggebruik en

TABEL 1 Criteria voor zorgconsumptie in minder dan volgens protocol (min), volgens protocol (> 80%; compleet) en meer dan volgens protocol (> 110%; plus)

Leefstijltraining		Min	Compleet	Plus
		aantal sessies		
individueel	training 1 (4 sessies)	1-2	3-5	> 5
	training 2 (10 sessies)	1-5	6-11	> 11
groep	training 3 (6 sessies)	1-4	5-7	> 7
	training 4 (12 sessies)	1-7	8-14	> 14

TABEL 2 Klinische uitkomsten (middelengebruik in de afgelopen 30 dagen bij follow-up)

Abstinent	Geen gebruik van primair en secundair middel
Niet overmatig	alcohol: maximaal 21 dagen drinken/maximaal 4 glazen per dag andere middelen: maximaal 6 dagen gebruik/gokken
Overmatig	alcohol: meer dan 21 dagen drinken/meer dan 4 glazen per dag andere middelen: meer dan 6 dagen gebruik/gokken

TABEL 3 Cliëntkenmerken en zorgconsumptie

	2005	2006	2007	2008	2009	totaal
Aantal	2642	2587	3469	3428	3660	15.786
Geslacht; % mannen	73,9	74,9	75,3	76,3	76,7	75,5
Gem. leeftijd; in j	40,5	38,9	39,5	39,8	39,5	39,6
Primair middel; in %						
alcohol	57,6	54,9	56,3	54,2	52,5	54,9
cocaïne	13,8	15,4	15,4	15,0	14,0	14,7
cannabis	13,6	16,2	14,9	15,7	17,8	15,8
gokken	8,0	8,0	6,8	8,9	8,4	8,0
Etniciteit; % Nederlander	87,1	86,2	86,5	85,7	82,9	85,6
Gem. ernstscore ASI (uitersten 0-9)						
alcohol*	4,67	4,78	4,81	4,71	4,82	4,76
drugs*	4,66	4,80	4,72	4,18	4,79	4,60
Type leefstijltraining (%)						
Training 1	23,9	24,0	20,6	16,6	19,6	20,6
Training 2	46,7	43,8	48,4	54,7	50,1	49,1
Training 3	18,3	18,8	18,7	16,4	13,9	17,1
Training 4	11,1	13,4	12,3	12,3	16,4	13,2
Zorgconsumptie; in %						
Min	39,7	43,5	40,8	36,4	39,6	39,9
Compleet	49,4	47,1	43,5	44,1	47,9	46,2
Plus	10,9	9,4	15,7	19,5	12,5	13,9

*De ernstscore voor alcohol werd berekend voor cliënten met primair middel alcohol, de score voor drugs voor cliënten met primair middel cocaïne, cannabis en overige drugs.

van klinische uitkomsten formuleerden wij criteria en categorieën (tabel 1 en 2).

RESULTATEN

Instroom

Tussen 1 januari 2005 en 1 januari 2010 stroomden 15.786 cliënten in. Van hen had ruim 50% een alcoholverslaving. Bijna 90% was Nederlands en de gemiddelde leeftijd lag rond de 40 jaar (zie tabel 3). De gemiddelde score voor verslavingsernst bedroeg 4,7 (op een schaal van 0-9). Deze gegevens waren stabiel over de tijd en gelijk voor de instellingen. Met uitzondering van etniciteit waren er nauwelijks verschillen tussen de instellingen. Van 2005 tot 2009 nam de instroom toe; steeds meer cliënten werden behandeld met een leefstijltraining. Ook was er een verschuiving van kortere (versie 1 en 3) naar langere (versie 2 en 4) leefstijltrainingen ($\chi^2(12) = 176; p < 0,000$).

Zorggebruik

De grootste groep cliënten (62,3%) werd toegewezen aan de lange leefstijltrainingen. Bijna 40% van de cliënten volgde minder sessies dan het voorgeschreven aantal, terwijl bijna 14% er meer volgde.

De uitval uit de trainingen was vooral in 2008 afgenomen, maar er was ook een toename van het percentage cliënten die meer sessies kregen dan voorgeschreven ($\chi^2(8) = 183; p < 0,000$; zie tabel 3). De uitval in de langer durende leefstijltrainingen (2 en 4) was groter dan in de korter durende varianten ($\chi^2(6) = 641; p < 0,000$). Er waren instellingen die meer dan 80% van de zwaardere lange leefstijltrainingen aanboden en instellingen waarbij 50% uit lichtere, kortere trainingen bestond ($\chi^2(9) = 2905; p < 0,000$). Instellingen met langer en zwaarder aanbod hadden meer uitval ($\chi^2(6) = 315; p < 0,000$).

Uitkomsten: middelengebruik

Van 8236 cliënten (52,2%) waren behandeluitkomsten beschikbaar. Tabel 4 laat zien dat op het moment dat zij door het callcenter gebeld werden 22,8% van de cliënten de voorafgaande maand abstinent was, 28,4% niet overmatig gebruikte en 48,8% nog steeds overmatig gebruikte. Het percentage overmatig gebruikende cliënten bij follow-up was voor leefstijltraining 1 het laagst en voor leefstijltraining 4 het hoogst (resp. 45,3 en 52,4%; $\chi^2(6) = 20$; $p < 0,01$); in het percentage cliënten dat bij follow-up abstinent was, zagen wij geen significante verschillen tussen de typen leefstijltrainingen.

Er waren verschillen tussen cliënten uitgesplitst naar primair probleemmiddel: bij alcohol gebruikte 53,1% overmatig en 22,7% niet overmatig bij follow-up en bij cocaïne gold dit voor respectievelijk 35,2 en 47,2%. Van de pathologische gokkers gokte slechts 13,4% nog overmatig en 44,1% niet meer ($\chi^2(10) = 621$; $p < 0,000$). Het percentage cliënten dat overmatig bleef gebruiken, nam af over de jaren ($\chi^2(8) = 45$; $p < 0,000$).

Hierbij moet rekening gehouden worden met het beperkte percentage cliënten van wie follow-upgegevens beschikbaar waren en met het risico op selectiebias. Wij konden vaststellen dat die vertekening er inderdaad was, vooral bij cocaïnegebruikers, maar dat deze de resultaten niet al te zeer ondermijnde (Oudejans e.a. 2009). Cliënten die de leefstijltraining vroegtijdig verlieten, gebruikten vaker overmatig bij follow-up dan cliënten die de training afmaakten ($\chi^2(4) = 46$; $p < 0,000$; tabel 5).

	2005	2006	2007	2008	2009	totaal
N/%	1391 / 52,6	1364 / 52,7	1790 / 51,6	1845 / 53,8	1846 / 50,4	8236 / 52,2
Middelengebruik						
% Abstinent	20,9	20,3	24,7	22,8	23,9	22,8
% Niet overmatig	26,1	25,1	28,1	31,8	29,4	28,4
% Overmatig	53	54,6	47,2	45,4	46,7	48,8

N = het aantal cliënten dat werd bereikt voor follow-up/% = het percentage cliënten (van de 15.786) dat werd bereikt voor follow-up.

TABEL 5 Relatie tussen zorgconsumptie en behandeluitkomsten (N = 7927)

Middelengebruik	Leefstijltraining		
	min	compleet	plus
% Abstinent	20,4	24,5	22,8
% Niet overmatig	26,2	29,0	32,9
% Overmatig	53,4	46,5	44,3

Terugkoppeling en 'lerende organisaties'


Vanaf het moment dat geaggregeerde gegevens beschikbaar kwamen, in 2005, werden deze teruggekoppeld aan instellingen in de vorm van rapportages en presentaties ter plaatse. Dat gebeurde inmiddels 10 maal. Management en teams waardeerden de halfjaarlijkse bijeenkomsten en gebruikten deze om te reflecteren op het functioneren. Een uitvoeriger verslag is te vinden in Oudejans e.a. (2008).

Vergelijking van uitkomstgegevens over de tijd en met de zusterinstellingen leidde geleidelijk tot verbeterplannen. Mogelijk leidde deze mede tot de afname van het aantal overmatig gebruikende cliënten over de tijd. Of er echt sprake was van 'lerende organisaties' staat echter niet vast (Oudejans 2009). De relatief geringe variatie tussen instellingen en over de tijd noopte tot voorzichtigheid bij de verwachting dat van ROM een belangrijke prikkel tot verandering in zorggedrag zal uitgaan. Deze is mogelijk wel te verwachten van terugkoppeling van vergelijkingen over de tijd en tussen instellingen van meer variabele, en makkelijker te beïnvloeden factoren zoals zorggebruik (wachtijd, drop-out, e.d.) dan van uitkomsten. Of professionals werkelijk leren van uitkomsten is bepaald nog de vraag.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De uitval uit de leefstijltrainingen is vrij hoog en er is een substantiële groep cliënten die overmatig blijkt te gebruiken bij follow-up. Het is geruststellend dat de uitkomsten, althans bij de bereikte cliënten, vergelijkbaar zijn met de bevindingen in de literatuur. Zo werd in het voorbeeldige Amerikaanse onderzoeksproject MATCH (Project Match Research Group 1997) gevonden dat circa 20% van de alcoholafhankelijken abtinent was na 9 maanden en dat circa 60% nog overmatig dronk. Op de behandelmodules uit dit programma zijn onze leefstijltrainingen gebaseerd. Verder bestaat de indruk dat onze uitkomstgegevens niet veel beter of slechter zijn dan de uitkomsten die worden bereikt met de reguliere zorg aan andere psychiatrische stoornissen, zoals depressie. Voor een diepgaandere analyse verwijzen wij naar het proefschrift van Oudejans (2009).

Wij concluderen dat de verslavingszorg met project BLV een goedlopend, betaalbaar en valide ROM-project heeft opgezet waarbij instellingen kunnen leren van uitkomsten. Wat betreft continuïteit, terugkoppelroutine en follow-uppercentages kan het voorlopig als een van de meer succesvolle ROM-projecten in de ggz worden beschouwd. De grote hoeveelheid gegevens geeft de mogelijkheid dit uit te buiten en (beleids) onderzoek te doen. Het is de verslavingszorg daarmee gelukt om voor een van de belangrijkste vormen van hulp die zij biedt transparant te zijn, en zowel financiers als het publiek duidelijk te maken wat men van de verslavingszorg mag verwachten.

 Wij danken Brijder Verslavingszorg, de Jellinek en Novadic-Kentron en hun medewerkers voor hun medewerking en inspanningen voor het project BLV.

LITERATUUR

- Oudejans S, Schippers G.M. Handboek Benchmark Leefstijltraining Verslavingszorg. Amsterdam: AIAR; 2006.
- Oudejans S, Schippers GM, Spits M, Feenstra D. Benchmark leefstijltraining in de verslavingszorg (rapportage nr 6. Instroom januari 2007-juli 2007). Amsterdam: AIAR; 2009.
- Oudejans SCC. Routine outcome monitoring and learning organizations in substance abuse treatment. (proefschrift) Amsterdam: UVA; 2009; p 156.
- Oudejans SCC, Nabitiz UW, Schippers GM. Bevorderende en belemmerende factoren bij Routine Outcome Monitoring (ROM) in de verslavingszorg. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2008; 64: 774-84.
- Project Match Research Group. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Post-treatment Drinking Outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 1997; 58: 7-29.
- Schippers GM, Broekman TG. MATE-Uitkomsten 2.1. Handleiding en protocol. Nijmegen: Bureau Beta; 2011. www.mateinfo.eu.
- Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. (2007). MATE. Handleiding en protocol. Nijmegen: Bureau Beta; 2007.
- Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A, Koeter M, van den Brink W. (2010). Measurements in addictions for triage and evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction* 2010; 105: 862-71.
- Sperry L, Brill PL, Howard KI, Grissom GR. Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions. New York: Brunner/Mazel; 1996.
- Verbrugge CAG, de Jong CAJ, Holsbeek T, van Dijk R. (2005). Wat motiveert tot onderlinge vergelijking? Een evaluatieverslag project IMC Benchmarking. 2005-294. Utrecht: GGZ Nederland; 2005.
- Weert-van Oene G de, Holsbeek T, de Jong CAJ. Projectplan benchmark dubbele diagnose. Nijmegen: NISPA; 2007.

AUTEURS

SUZAN OUDEJANS is psycholoog, Amsterdam Institute for Addiction Research, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam en Arkin, Amsterdam.

GERARD SCHIPPERS is psycholoog, Amsterdam Institute for Addiction Research, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam en Arkin, Amsterdam.

MASHA SPITS is psycholoog, Amsterdam Institute for Addiction Research, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

MARTINUS STOLLENGA is psycholoog, Verslavingszorg Noord Nederland en Resultaten Scoren GGZ Nederland.

WIM VAN DEN BRINK is hoogleraar Psychiatrie en Verslavingszorg, Amsterdam Institute for Addiction Research, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. Suzan Oudejans, AMC, Academisch Psychiatrisch Centrum, Afdeling Verslavingszorg/AIAR/kamer PA3,231, Postbus 22.660, 1100 DD Amsterdam.

E-mail: s.c.oudejans@amc.uva.nl

Strijdige belangen: G.M. Schippers en S. Oudejans zijn in dienst van Arkin, een van de instellingen die deelnemen aan project BLV.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-2011.

SUMMARY

Five years of ROM in substance abuse treatment centres in the Netherlands – S.C.C. Oudejans, G.M. Schippers, M.E. Spits, M. Stollenga, W. van den Brink –

BACKGROUND Three substance abuse treatment centres set up a benchmarking project for routine outcome management (ROM) of structured cognitive behavioral treatments for outpatients with a substance use disorder.

AIM To present the results of five years benchmarking.

METHOD All patients were included at intake and the follow-up assessment was performed by a call-center nine months later. Twice a year aggregated data were fed back to management and treatment teams.

RESULTS Since 2005, clinical outcome data, including substance abuse data, have been collected for more than half of all 15.786 treated patients. At follow-up, nine months after intake, 23% was abstinent, 28% reported moderate substance use and 49% reported excessive substance use.

CONCLUSION The Dutch centres for the treatment of substance abuse were successful in setting up ROM projects to monitor and compare the development and the effects of outpatient addiction treatments. The clinical results are acceptable and correspond to the results of the American project called MATCH. It is not yet clear whether the biannual feedback of aggregated outcomes to management and treatment teams has contributed to the creation of learning organisations, but it has provided transparency and has made it possible for teams to learn from the outcomes.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 185-190]

KEY WORDS feasibility, outcome monitoring system, routine outcome monitoring, substance use disorders, treatment outcomes