

Упрощённый метод  
ПЛАНОВОГО КОНТРОЛЯ  
РЕЗУЛЬТАТОВ  
после реабилитации от  
наркотической зависимости

16 сентября 2013

**Ричард Д. Леннокс, Мари А. Стернквист  
и доктор Альфонсо Паредес**



**Упрощённый метод  
ПЛАНОВОГО КОНТРОЛЯ  
РЕЗУЛЬТАТОВ  
после реабилитации от  
наркотической зависимости**



16 сентября 2013

**Ричард Д. Леннокс**  
**Chestnut Health Systems**  
2404, Вестерн-парк-лейн, Хилсборо, Северная Каролина,  
27278, США

**Мари А. Стернквист**  
Независимый консультант по исследованиям  
14560, Вилдъен-драйв, Анкоридж, Аляска 99516, США

**Альфонсо Паредес**  
Заслуженный профессор психиатрии в отставке  
Калифорнийский университет Лос-Анджелеса



# Упрощённый метод ПЛАНОВОГО КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ после реабилитации от наркотической зависимости

Ричард Д. Леннокс, Мари А. Стернквист и доктор Альфонсо Паредес  
Экспертная оценка и публикация на *Libertas Academica*

## РАБОЧЕЕ РЕЗЮМЕ

Плановый сбор результатов реабилитации наркозависимых с целью контроля качества, улучшения обслуживания пациентов и должного выделения ресурсов в настоящее время затруднён по следующим причинам: 1) проблема контактирования клиентов после завершения реабилитации; и 2) непомерные издержки на получение надёжной и пригодной к использованию постреабилитационной информации. В данной работе исследуются точные методы экономичной, проводимой сотрудниками процедуры планового контроля результатов (ПКР) в виде телефонного опроса по 18 пунктам. Такая система применяется в реабилитационном центре «Нарконон» штата Оклахома, который предоставляет стационарную программу реабилитации наркоманов, включающую изменение поведенческих шаблонов и улучшение навыков общения. Данная методика оказалась пригодной с психометрической точки зрения для выработки совокупного отчёта и в то же время предоставляет полезную информацию о здоровье пациентов.

В данной работе анализируется разработанная и внедрённая в «Наркононе» штата Оклахома процедура, предназначенная для контроля долгосрочных результатов, достигнутых выпускниками программы реабилитации от наркотиков и алкоголя. Здесь описываются точные методы экономичной, проводимой сотрудниками процедуры планового контроля результатов (ПКР) в виде телефонного опроса по 18 пунктам, используемого в программе «Нарконон», а также результаты применения данной процедуры.

Цели планового контроля результатов просты: обеспечить повторяемую эффективность, единообразие результатов и рентабельность, улучшить качество в целом и обеспечить подотчётность провайдеров услуг здравоохранения перед плательщиками за счёт контроля результатов и поддержания качества лечения.

Систематическое отслеживание состояния клиентов после завершения полного курса реабилитации (в период, когда контроль со стороны членов семьи, сотрудников и окружения минимален) – один из наиболее убедительных методов, показывающих действительную эффективность программы по оздоровлению поведения. Несмотря на декларируемые цели по сбору значимых данных

в постреабилитационный период, большинство методов контроля всё ещё находятся на этапе разработки. Следующие моменты затрудняют сбор данных: 1) сложность отслеживания состояния клиентов после того, как они покидают реабилитационный центр; 2) привлечение персонала, занимающегося реабилитацией, к осуществлению повторных контактов и сбору данных, в то время как их основная работа заключается в предоставлении услуг по избавлению от химической зависимости; и 3) зависимость от личных интервью и других времязатратных действий, которые являются дорогостоящими, требуют серьёзного обучения персонала и могут приводить к погрешностям и потерям данных из-за сложности обеспечения повторного контакта.

«Наркокон» разработал чёткую процедуру планового контроля результатов, проводимую по телефону, которая осуществляется в рамках постреабилитационного обслуживания. Поскольку в ней используется короткий опрос о результатах, она достаточно просто вписывается в каждодневные обязанности персонала даже небольшого центра и имеет то дополнительное достоинство, что её могут использовать люди, не обученные исследовательским методам. Процедура позволяет быстро получать отзывы о программе и в результате обнаруживать клиентов, которые столкнулись с трудностями после завершения программы, и проводить с ними дополнительную работу. В то же самое время становится возможным получать полезные данные для контроля общего уровня эффективности реабилитации, что позволяет ответственным за программу вносить необходимые изменения для повышения эффективности программы.

Целью данной работы было оценить эффективность постреабилитационного планового контроля результатов (ПКР) в качестве инструмента для измерения и улучшения результатов от услуг по наркореабилитации. Для этого «Международный Наркокон» и корпорация «Психометрические технологии» разработали научно обоснованную методологию, которая позволяет получать ценные данные для контроля и применяется наряду с уже имеющимися в «Наркоконе» системами для записи на программу, кейс-менеджмента и осуществления повторных контактов. Первоначально был разработан опрос из 10 пунктов, но впоследствии он был расширен согласно рекомендациям персонала, занимающегося кейс-менеджментом и постреабилитационным наблюдением. В итоге опрос был приведён в окончательный вид и сейчас включает шесть вопросов о фактах употребления наркотиков и алкоголя за последние тридцать дней, два вопроса о фактах употребления наркотиков в целом после реабилитации, пять вопросов о состоянии различных областей жизни за последние тридцать дней, и несколько вопросов, оценивающих успешность реинтеграции человека в общество.

Для целей разработки и оценки этого инструмента и методологии ПКР, данный проект был ограничен теми клиентами, которые прошли полную программу «Наркокон» (так называемыми «выпускниками»). Сотрудники «Наркокона» составили список клиентов, которые завершили программу в период с 2004 по 2007 год.

Затем специалисты по постреабилитационному наблюдению проводили опросы по телефону в соответствии с ПКР. Первоначально в дополнение к выпускникам опрашивались их близкие родственники, чтобы оценить надёжность получаемой информации. Как только было выявлено достаточно точное статистическое соответствие между данными от выпускников и от их близких родственников, опрашивать родственников стали только после того, как трижды не удавалось связаться напрямую с выпускником.

Все полученные данные были анонимизированы в соответствии с федеральными и местными законами о конфиденциальности и переданы в корпорацию «Психометрические технологии» для анализа.

Данные были получены от 323 из 419 людей, которые вернулись в общество; при этом не было данных от 22,9% людей. От первой выборки был получен недостаточный процент контактов. После пересмотра успешных действий других исследователей в этой области, были сделаны следующие усовершенствования: 1) Персонал был обучен использовать простую форму записи на услуги, чтобы получить несколько телефонов, электронный адрес, а также телефоны родственников и адрес проживания; 2) Вся контактная информация проверялась и обновлялась в момент выпуска; 3) Был внедрён письменный проверочный список для организации каждого шага повторного контакта. В результате данных усовершенствований число успешных постреабилитационных контактов постоянно увеличивалось и превысило 80%.

Данные от выпускников и родственников были статистически проанализированы, и выявилось их высокое соответствие. Это позволило сделать вывод о достаточной достоверности данных, получаемых в ПКР от самих клиентов. Из всей совокупности данных 72,1% информации было получено непосредственно от выпускников.

Данные были проанализированы, чтобы определить частоту повторного возникновения проблем с наркотиками среди выпускников «Наркокона». Следующие результаты были получены в процессе опроса выпускников (или родственников) об употреблении наркотиков в течение 30 дней, предшествующих опросу:

Таблица 5. Повторное возникновение проблем, связанных с наркотиками.

Приём наркотиков и проблемы	Проблемы с наркотиками впоследствии			
	Выпускник (N = 238)		Родственник (N = 94)	
	Нет	1 день и более	Нет	1 день и более
1. 30 дней: любой приём алкоголя	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 дней: приём алкоголя до опьянения	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 дней: кокаин	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 дней: марихуана/гашиш	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 дней: героин	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 дней: другие наркотики	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. После выпуска: приём алкоголя до опьянения	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. После выпуска: использование других наркотиков	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 дней: арест за правонарушения, связанные с наркотиками	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 дней: провёл сутки в тюрьме	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 дней: испытал стресс в связи с приёмом наркотиков	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 дней: сократил или прекратил важные виды деятельности	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 дней: пережил эмоциональные проблемы	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Примечание: Числа в скобках представляют собой процент действительных ответов.

Особенно примечательной оказалась возможность получить данные о приёме наркотиков и алкоголя в течение тридцати дней прежними участниками программы, чтобы оценить её эффективность. Здесь, как показано в таблице 5 выше, было обнаружено следующее:

Не употребляли кокаин	92%
Не употребляли марихуану/гашиш	94%
Не употребляли героин	95%
Не употребляли другие наркотики	93%
Не употребляли алкоголь до опьянения	90%
Не употребляли алкоголь	76%

Одной из дополнительных целей ПКР было установить её пригодность при работе с выпускниками программы, чтобы иметь возможность помочь им, в случае если у них возникнут дальнейшие трудности, связанные с употреблением наркотиков или алкоголя. Для этого был добавлен вопрос с целью выявить потребность в услугах по реабилитации после выпуска с программы. Было обнаружено, что только 12% из тех, кто завершил программу, сообщают, что им необходимы дальнейшие услуги по реабилитации.

Данный отчёт показывает пригодность системы планового контроля результатов (ПКР) для применения в наркореабилитационных учреждениях. Контроль выздоровления посредством телефонного опроса может быть направлен на ряд факторов, включая следующие:

- 1) Стабилизация восстановления, согласующаяся с философией индивидуального подхода;
- 2) Любая постыдность, связанная с возвращением в центр после завершения реабилитации;
- 3) Поддержание контакта с клиентами, живущими на большом расстоянии от реабилитационного центра; и
- 4) Потенциальная нагрузка на персонал и финансовое бремя.

Данные, полученные с применением системы ПКР, представляются соответствующими условиям аккредитационных агентств и требованиям к отчётности об использовании грантов. За исключением первого пробного опроса, этот проект постоянно давал репрезентативную выборку, превышающую восемьдесят процентов, и требовал лишь минимального обучения персонала. Верификация путём опроса родственников на ранней стадии проекта показала минимальное искажение результатов из-за «чрезмерно восторженных отзывов» (когда клиент не хотел расстроить консультанта сообщением об отсутствии успехов<sup>39</sup>) – возможно благодаря тому, что опрос проводил персонал, не занимающийся реабилитацией.

Проект был реализован в рамках программы, направленной на постоянное улучшение результатов реабилитации, включая те, которые не соответствовали ожиданиям. Когда сотрудники, занимающиеся реабилитацией, вовлечены в процесс отслеживания их собственных результатов, а полученные данные используются при принятии управленческих решений, это вероятно, повысит ответственность за улучшение результатов реабилитации. Расчёты эффективности реабилитации, производимые в таких целях, как привлечение стороннего финансирования, можно подкрепить верификацией путём независимого проведения ПКР по случайной десятипроцентной выборке.

Этот проект был нацелен только на тех клиентов, которые завершили программу. Процентные данные о повторных контактах и особенно цифры, показывающие результаты, могут быть

обобщены только в отношении тех, кто завершает полный цикл реабилитации. Будущие проекты по дальнейшему совершенствованию ПКР должны исследовать применимость ко всем категориям людей, выписывающихся из центра. Для гарантии качества и улучшения программы важно получать данные от людей, которые уходят с программы до завершения.

Реабилитация должна эффективно изменять модель поведения по отношению к приёму наркотиков после того, как пациент покидает реабилитационное учреждение. Первоначальная задача любой ПКР заключается в том, чтобы постоянно и на долгосрочной основе предоставлять информацию, позволяющую оценить любые изменения в результативности, которые могут отражать изменения качества или искажение терапии.

Полная версия данной работы в формате PDF доступна для скачивания по ссылке:  
<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>



#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

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. Available at: <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](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, Passetti 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](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](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. Carroll ME, Anker JJ, Perry JL. *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.

