

Спрощений метод
ПЛАНОВОГО КОНТРОЛЮ РЕЗУЛЬТАТІВ
після реабілітації
від наркотичної залежності

16 вересня 2013

**Річард Д. Леннокс, Мері А. Стернквіст
і доктор Альфонсо Паредес**



Спрощений метод
ПЛАНОВОГО КОНТРОЛЮ РЕЗУЛЬТАТІВ
після реабілітації
від наркотичної залежності



16 вересня 2013

Річард Д. Леннокс
Chestnut Health Systems
2404, Вестерн-парк-лейн, Хілсборо,
Північна Кароліна, 27278, США

Мері А. Стернквіст
Незалежний консультант з досліджень
14560, Вілд'єн-драйв, Анкорідж,
Аляска 99516, США

Альфонсо Паредес
Заслужений професор психіатрії у відставці
Каліфорнійський університет Лос-Анджелеса

Спрощений метод ПЛАНОВОГО КОНТРОЛЮ РЕЗУЛЬТАТІВ після реабілітації від наркотичної залежності

Річард Д. Леннокс, Мері А. Стернквіст і доктор Альфонсо Паредес
Експертна оцінка і публікація на *Libertas Academica*

РОБОЧЕ РЕЗЮМЕ

Планове збирання результатів реабілітації наркозалежних з метою контролю якості, поліпшення обслуговування пацієнтів і належного виділення ресурсів наразі утруднене з таких причин: 1) проблема контактування клієнтів після завершення реабілітації; і 2) непомірні витрати на здобуття надійної і придатної до використання після реабілітаційної інформації. У даній роботі досліджуються точні методи економічної, здійснюваної співробітниками процедури планового контролю результатів (ПКР) у формі телефонного опитування по 18 пунктах. Така система застосовується в реабілітаційному центрі «Нарконон» (штат Оклахома), який надає стаціонарну програму реабілітації наркозалежних, що включає в себе зміну поведінкових шаблонів і поліпшення навиків спілкування. Дана методика виявилася придатною з психометричної точки зору для вироблення сукупного звіту, і водночас вона дає корисну інформацію про здоров'я пацієнтів.

У даній роботі аналізується розроблена та впроваджена в «Наркононі» (штат Оклахома) процедура, призначена для контролю довгострокових результатів, досягнутих випускниками програми реабілітації від наркотиків і алкоголю. Тут описуються точні методи економічної, здійснюваної співробітниками процедури планового контролю результатів (ПКР) у формі телефонного опитування по 18 пунктах, який використовується в програмі «Нарконон», а також результати застосування даної процедури.

Цілі планового контролю результатів прості: забезпечити повторювану ефективність, постійність результатів і рентабельність, поліпшити загальну якість та забезпечити підзвітність провайдерів послуг охорони здоров'я перед донорами, використовуючи контроль результатів і підтримання якості лікування.

Систематичне відстежування стану клієнтів після завершення повного курсу реабілітації (у період, коли контроль з боку членів сім'ї, співробітників і оточення

мінімальний) – один з найбільш переконливих методів, що показують дійсну ефективність програми з оздоровлення поведінки. Незважаючи на задекларовані цілі по збиранню значимих даних у післяреабілітаційний період, більшість методів контролю все ще перебувають на етапі розробки. Ось моменти, які утруднюють збирання даних: 1) складність відстежування стану клієнтів після того, як вони покидають реабілітаційний центр; 2) залучення персоналу, що займається реабілітацією, до здійснення повторних контактів і збирання даних, тоді як їхня основна робота полягає в наданні послуг позбавлення від хімічної залежності; і 3) залежність від особистих інтерв'ю та інших дій, що забирають багато часу і дорого коштують, вимагають серйозного навчання персоналу і можуть приводити до погіршень і втрат даних через складність забезпечення повторного контакту.

«Нарконон» розробив чітку процедуру планового контролю результатів, яка здійснюється по телефону в рамках післяреабілітаційного обслуговування. Оскільки в ній використовується коротке опитування про результати, вона досить просто вписується в щоденні обов'язки персоналу навіть невеликого центру і має ту додаткову позитивну цінність, що її можуть використовувати люди, не навчені дослідницьких методів. Процедура дозволяє швидко отримувати відгуки про програму і в результаті виявляти клієнтів, які зіткнулися з труднощами після завершення програми, та проводити з ними додаткову роботу. Водночас стає можливим отримувати корисні дані для контролю загального рівня ефективності реабілітації, що дозволяє відповідальним за програму вносити необхідні зміни для підвищення ефективності програми.

Метою даної роботи було оцінити ефективність післяреабілітаційного планового контролю результатів (ПКР) як інструменту для вимірювання й поліпшення результатів послуг з наркореабілітації. Для цього «Міжнародний Нарконон» і корпорація «Психометричні технології» розробили науково обґрунтовану методологію, яка дозволяє отримувати цінні дані для контролю і застосовується разом з уже наявними в «Наркононі» системами для запису на програму, роботи з клієнтами і здійснення повторних контактів. Спочатку було розроблено опитування з 10 пунктів, але згодом його було розширено згідно з рекомендаціями персоналу, що займається роботою з клієнтами і післяреабілітаційним спостереженням. У результаті опитування отримало остаточний вигляд і зараз містить шість питань про факти вживання наркотиків і алкоголю за останні тридцять днів, два питання про факти вживання наркотиків взагалі після реабілітації, п'ять питань про стан різних сфер життя за останні тридцять днів і кілька питань, що оцінюють успішність реінтеграції людини в суспільство.

Для цілей розробки й оцінки цього інструменту та методології ПКР, даний проект був обмежений тими клієнтами, які пройшли повну програму «Нарконон» (так звані «випускниками»). Співробітники «Нарконону» склали список клієнтів, які завершили програму в період з 2004 по 2007 рік.

Потім фахівці з післяреабілітаційного спостереження проводили опитування по телефону відповідно до ПКР. Спочатку на додаток до випускників опитувалися їхні близькі родичі, щоб оцінити надійність отримуваної інформації. Як тільки була виявлена досить точна статистична відповідність між даними від випускників і від їхніх близьких родичів, опитувати родичів стали лише після того, як тричі не вдавалося зв'язатися безпосередньо з випускником.

Всі отримані дані були анонімізовані відповідно до федеральних і місцевих законів про конфіденційність і передані в корпорацію «Психометричні технології» для аналізу.

Дані були отримані від 323 з 419 людей, які повернулися в суспільство; не вдалося отримати дані від 22,9% людей. Від першої вибірки був отриманий недостатній відсоток контактів. Після перегляду успішних дій інших дослідників у цій сфері¹, були зроблені такі вдосконалення: 1) Персонал був навчений використовувати просту форму запису на послуги, щоб отримати кілька телефонів, електронну адресу, а також телефони родичів і адресу проживання; 2) Уся контактна інформація перевірялася й оновлювалася в момент випуску; 3) Був запроваджений письмовий контрольний список для організації кожного кроку повторного контакту. В результаті цих удосконалень число успішних післяреабілітаційних контактів постійно збільшувалося й перевищило 80%.

Дані від випускників та родичів були статистично проаналізовані, і виявилася їхня висока відповідність. Це дозволило зробити висновок про достатню достовірність даних, отримуваних в ПКР від самих клієнтів. Зі всієї сукупності даних 72,1% інформації було отримано безпосередньо від випускників.

Дані були проаналізовані, щоб визначити частоту повторного виникнення проблем з наркотиками серед випускників «Наркокону». Наступні результати отримано в процесі опитування випускників (або родичів) про вживання наркотиків протягом 30 днів, що передували опитуванню:

Таблиця 5. Повторне виникнення проблем, пов'язаних з наркотиками.

Прийом наркотиків і проблеми	Проблеми з наркотиками після програми			
	Випускник (N = 238)		Родич (N = 94)	
	Ні	1 день і більше	Ні	1 день і більше
1. 30 днів: будь-який прийом алкоголю	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 днів: прийом алкоголю до сп'яніння	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 днів: кокаїн	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 днів: марихуана/гашиш	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 днів: героїн	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 днів: інші наркотики	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. Після випуску: прийом алкоголю до сп'яніння	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. Після випуску: прийом інших наркотиків	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 днів: арешт за правопорушення, пов'язані з наркотиками	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 днів: провів добу у в'язниці	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 днів: зазнав стресу у зв'язку з прийомом наркотиків	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 днів: скоротив або припинив важливі види діяльності	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 днів: переживав емоційні проблеми	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Примітка: Числа в дужках є відсотком дійсних відповідей.

Особливо примітною виявилася можливість отримати дані про прийом наркотиків і алкоголю протягом тридцяти днів колишніми учасниками програми, щоб оцінити її ефективність. Тут, як показано в таблиці 5 вище, було виявлене таке:

Не вживали кокаїн	92%
Не вживали марихуану/гашиш	94%
Не вживали героїн	95%
Не вживали інші наркотики	93%
Не вживали алкоголь до сп'яніння	90%
Не вживали алкоголь	76%

Однією з додаткових цілей ПКР було встановити її придатність для роботи з випускниками програми, щоб мати можливість допомогти їм у випадку, якщо в них виникнуть подальші труднощі, пов'язані із вживанням наркотиків чи алкоголю. Для цього було додано запитання з метою виявити потребу в послугах з реабілітації після випуску з програми. Було виявлено, що лише 12% з тих, хто завершив програму, повідомляють, що їм необхідні подальші послуги з реабілітації.

Даний звіт показує придатність системи планового контролю результатів (ПКР) для використання в наркореабілітаційних установах. Контроль відновлення пацієнтів, здійснюваний за допомогою телефонного опитування, може бути направлений на ряд чинників, зокрема:

- 1) Стабілізація відновлення, що узгоджується з філософією індивідуального підходу;
- 2) Будь-яке почуття ганьби, пов'язане з поверненням у центр після завершення реабілітації;
- 3) Підтримання контакту з клієнтами, що живуть на великій відстані від реабілітаційного центру;
- 4) Потенційне навантаження на персонал і фінансовий тягар.

Дані, отримані із застосуванням системи ПКР, видаються відповідними умовам акредитаційних агентств і вимогам до звітності про використання грантів. За винятком першого пробного опитування, цей проект постійно давав репрезентативну вибірку, що перевищувала вісімдесят відсотків, і вимагав лише мінімального навчання персоналу. Верифікація шляхом опитування родичів на ранній стадії проекту показала мінімальне спотворення результатів через «надмірно захоплені відгуки» (коли клієнт не хотів засмутити консультанта повідомленням про відсутність успіхів³⁹) – можливо завдяки тому, що опитування проводив персонал, який не займається реабілітацією.

Проект був реалізований у межах програми, направленої на постійне поліпшення результатів реабілітації, включаючи ті, які не відповідали очікуванням. Коли співробітники, що займаються реабілітацією, залучені до процесу відстежування їхніх власних результатів, а отримані дані використовуються при ухваленні управлінських рішень, це, ймовірно, підвищить відповідальність за поліпшення результатів реабілітації. Розрахунки ефективності реабілітації, що робляться з такими цілями, як залучення стороннього фінансування, можна підкріпити верифікацією шляхом незалежного проведення ПКР по випадковій десятивідсотковій вибірці.

Цей проект був націлений лише на тих клієнтів, які завершили програму. Процентні дані про повторні контакти та особливо цифри, що показують результати, можуть бути узагальнені лише відносно тих, хто завершив повний цикл реабілітації. Майбутні проекти для подальшого вдосконалення ПКР повинні досліджувати його застосовність до всіх категорій людей, що виписуються з центру. Для гарантії якості й поліпшення програми важливо отримувати дані від людей, які йдуть з програми до завершення.

Реабілітація повинна ефективно змінювати модель поведінки стосовно прийому наркотиків після того, як пацієнт залишає реабілітаційну установу. Первинне завдання будь-якого ПКР полягає в тому, щоб постійно й на довгостроковій основі надавати інформацію, котра дозволяє оцінити будь-які зміни в результативності, які можуть відображати зміни якості чи свідчити про спотворення терапії.

Повна версія даної роботи у форматі PDF доступна для стягування за посиланням:
<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

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. 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. 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. 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. Modeling risk factors for nicotine and other drug abuse in the preclinical laboratory. *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.

