E/CN.7/2016/CRP.4

11 marca 2016 r

**Komisja Środków Odurzających**

**pięćdziesiąt dziewiąta sesja;**

Wiedeń, 14-22 marca 2016 r.,

punkt 9 wstępnego porządku obrad\*

**Opracowanie do udostępnienia na specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego w sprawie światowego problemu narkotyków, która odbędzie się w 2016 r.**

**Międzynarodowe standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wytyczne do wykorzystania w praktyce**

Międzynarodowe standardy (Standardy) leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych zostały przygotowane przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) i Światową Organizację Zdrowia (WHO) w celu wspierania państw członkowskich w opracowywaniu i rozszerzaniu zakresu usług terapeutycznych oferujących leczenie skuteczne i zgodne ze standardami etycznymi. Celem takiego leczenia jest odwrócenie negatywnego wpływu, jaki wywierają na jednostkę utrzymujące się zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych oraz pomoc osobom dotkniętym takimi zaburzeniami w osiągnięciu możliwie pełnego stanu zdrowienia i prowadzeniu produktywnego życia w społeczeństwie.

Niniejsze standardy zostały opracowane w ramach programu UNODC-WHO w zakresie opieki i leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, w oparciu o dostępną literaturę. Dostarczają one państwom członkowskim ONZ praktyczne i kompleksowe narzędzie techniczne, które jest pomocne w kierowaniu opracowywaniem polityki; planowaniu, organizowaniu i zarządzaniu usługami leczenia uzależnień w ramach systemu opieki zdrowotnej i poza nim, a także w rozwijaniu potencjału zasobów ludzkich i ocenie interwencji na poziomie usług i całego systemu. Standardy zostaną udostępnione Komisji do rozpatrzenia na jej pięćdziesiątej dziewiątej sesji.

UNODC WHO

[logo] [logo]

MIĘDZYNARODOWE STANDARDY LECZENIA ZABURZEŃ SPOWODOWANYCH UŻYWANIEM SUBSTNACJI PSYCHOAKTYWNYCH

***WYTYCZNE DO WYKORZYSTANIA W PRAKTYCE***

***marzec 2016***

**Podziękowania**

Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) pragnie podziękować następującym osobom i instytucjom za nieoceniony wkład w proces publikowania niniejszych standardów:

Grupie międzynarodowych ekspertów za dostarczenie odpowiednich dowodów naukowych, doradztwo techniczne i opracowanie głównego projektu standardów, do której należą (w kolejności alfabetycznej):

Dr David Basangwa, Uganda; Dr Adam Bisaga, Stany Zjednoczone; Dr Willem Van Den Brink, Holandia; Dr Sandra Brown, Stany Zjednoczone; Pan Thom Browne, Stany Zjednoczone; Dr Kathleen Carroll, Stany Zjednoczone; Pan Humberto Carvalho, Stany Zjednoczone; Dr Michael Clark, Stany Zjednoczone; Dr Steve Gust, Stany Zjednoczone; Dr Loretta Finnegan, Stany Zjednoczone; Dr Gabriele Fischer, Austria; Dr Hendree Jones, Stany Zjednoczone; Dr Martien Kooyman, Holandia; Dr Evgeny Krupitsky, Rosja; Dr Otto Lesch, Austria; Dr Icro Maremanni, Włochy; Dr Douglas Marlowe, Stany Zjednoczone; Dr Andrew Thomas McLellan, Stany Zjednoczone; Dr Edward Nunes, Stany Zjednoczone; Dr Isidore Obot, Nigeria; Dr John Strang, Wielka Brytania; Dr Emilis Subata, Litwa; Dr Marta Torrens, Hiszpania; Dr Roberto Tykanori Kinoshita, Brazylia; Dr Riza Sarasvita, Indonezja; Dr Lucas George Wiessing, Holandia.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), w szczególności dr Marica Ferri; Amerykański Narodowy Instytut Nadużywania Leków (National Institute of Drug Abuse, NIDA); Międzyamerykańska Komisja Kontroli Nadużywania Narkotyków (Inter-American Drug Abuse Control Commission, CICAD), w szczególności Pani Alexandra Hill; Agencja ds. Usług w zakresie Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Substancji (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA); Plan Colombo, w szczególności Pani Veronica Felipe, Pan Bian How Tay i Pani Winona Pandan.

Dr Vladimir Poznyak, WHO, i Dr Gilberto Gerra, UNODC, którzy koordynowali wspólny wysiłek UNODC i WHO w ramach programu UNODC-WHO w zakresie opieki i leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Personel WHO, w szczególności Dr Nicolas Clark, który okazał pełne wsparcie oraz przeprowadził ocenę standardów; Dr Shekhar Saxena któremu dziękujemy za wkład w opracowywanie standardów i Pan Cesar Leos Toro, konsultant, któremu dziękujemy za wsparcie.

Następujący pracownicy UNODC, którym dziękujemy za zaangażowanie i wkład merytoryczny oraz pomoc we wprowadzeniu niniejszego dokumentu w życie (w kolejności alfabetycznej): Pani Anja Busse, Pani Giovanna Campello, Dr Igor Koutsenok, Pani Elizabeth Mattfeld, Dr Elizabeth Saenz, a także konsultantki: Pani Christina Gamboa i Pani Olga Parakkal.

Następujące pracownice UNODC, którym dziękujemy za poświęcenie i wsparcie organizacyjne podczas całego procesu opracowywania Międzynarodowych Standardów: Pani Caecilia Handayani-Hassmann, Pani Emilie Finkelstein i Pani Nataliya Graninger.

Personel UNODC w biurach terenowych i eksperci na całym świecie, którzy zapewnili nam wsparcie merytoryczne.

Spis treści

[Rozdział 1: Wstęp 5](#_Toc779388)

[Rozdział 2: Kluczowe zasady i standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 12](#_Toc779389)

[Rozdział 3: Modele leczenia i interwencje 22](#_Toc779390)

[3.1 Zewnętrzne działania pomocowe w środowisku 22](#_Toc779391)

[3.2 Badanie przesiewowe, krótkie interwencje i skierowanie na leczenie 26](#_Toc779392)

[3.3 Krótkoterminowe leczenie stacjonarne 31](#_Toc779393)

[3.4 Leczenie ambulatoryjne 40](#_Toc779394)

[3.5 Długoterminowe leczenie stacjonarne 54](#_Toc779395)

[3.6 Wsparcie w procesie zdrowienia 66](#_Toc779396)

[Rozdział 4: Grupy szczególne 71](#_Toc779397)

[4.1 Leczenie kobiet w ciąży 71](#_Toc779398)

[4.2 Leczenie noworodków biernie narażonych na opioidy w okresie płodowym 77](#_Toc779399)

[4.3 Dzieci i młodzież z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji 78](#_Toc779400)

[4.4 Leczenie w ramach systemu sądownictwa karnego 83](#_Toc779401)

[Rozdział 5: Charakterystyka skutecznego systemu świadczenia usług w zakresie leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 91](#_Toc779402)

[Bibliografia 104](#_Toc779403)

# Rozdział 1: Wstęp

* 1. **Wprowadzenie**

Szacuje się, że w 2013 r. 246 milionów ludzi w wieku od 15 do 64 lat zażyło nielegalny środek odurzający - to 1 na 20 osób. Około jedna na dziesięć osób używających nielegalnych substancji psychoaktywnych cierpi na zaburzenia z tym związane. Prawie połowa osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wstrzykuje je, a ponad 10% z nich to nosiciele wirusa HIV. Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych są poważnym problemem zdrowotnym na całym świecie.

Zaburzenia te to poważny problem zdrowotny stanowiący duże obciążenie dla dotkniętych nimi osób i ich rodzin. Pociągają one również znaczne koszty, które ponosi społeczeństwo na skutek m.in. utraty produktywności, wyzwań związanych z bezpieczeństwem, przestępczością i bezprawiem, zwiększonych kosztów opieki zdrowotnej i niezliczonych negatywnych konsekwencji społecznych. Opieka nad osobami z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych stanowi poważne obciążenie dla systemów publicznej opieki zdrowotnej państw członkowskich, a zatem możliwie największe udoskonalenie systemów leczenia przyniosłoby niewątpliwie korzyści nie tylko osobom dotkniętym chorobą, ale także społecznościom, w których żyją, i całemu społeczeństwu.

Z powodu wielu nieprecyzyjnych interpretacji dokonywanych w przeszłości, uzależnienie od substancji psychoaktywnych uznawano za problem społeczny, moralną porażkę, skrzywienie charakteru, występek, który należy ukarać, lub prosty wynik niewłaściwej ekspozycji na substancje powodujące uzależnienie. Takie uproszczone i ideologiczne podejście zaproponowano zanim jeszcze uzyskano naukowe wyjaśnienie mechanizmów pracy mózgu, które odgrywają istotną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się behawioralnych objawów zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Dzięki wieloletnim badaniom medycznym uzależnienie od substancji psychoaktywnych zostało bardzo dobrze poznane i wiadomo, że jest to złożone wieloczynnikowe zaburzenie biologiczne i behawioralne. Doniesienia naukowe pozwalają opracować metody leczenia, które pomagają normalizować funkcjonowanie mózgu osób dotkniętych tymi zaburzeniami i wspierać je w zmienianiu zachowań. Oferowanie terapii opartych na dowodach naukowych pomaga teraz milionom dotkniętych chorobą osób odzyskać kontrolę nad życiem i zacząć funkcjonować bez uzależnienia.

Niestety w wielu częściach świata utrzymują się nieaktualne przekonania na temat zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Napiętnowanie i dyskryminacja, które są powszechne w stosunku do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i do specjalistów z nimi współpracujących, znacznie utrudniają wdrażanie wysokiej jakości interwencji terapeutycznych w tej dziedzinie, osłabiając rozwój ośrodków leczenia, szkolenia pracowników służby zdrowia i inwestycji w programy w zakresie zdrowienia. Chociaż dowody wyraźnie wskazują, że zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych najlepiej zajmować się w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, podobnie jak w przypadku innych problemów medycznych, takich jak zakażenie wirusem HIV lub nadciśnienie, włączenie leczenia uzależnień do systemu opieki zdrowotnej jest nadal bardzo trudne w wielu krajach, w których istnieje ogromna luka między nauką, polityką i praktyką kliniczną.

W wielu częściach świata starsze spojrzenie na uzależnienia wiąże się z tym, że za opiekę nad osobami dotkniętymi tymi zaburzeniami odpowiada nie Ministerstwo Zdrowia, lecz inne instytucje. Powierzanie opieki nad osobami z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych agencjom Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Sprawiedliwości lub Ministerstwa Obrony, bez nadzoru lub zaangażowania Ministerstwa Zdrowia nie daje szans na doprowadzenie do długotrwałych korzystnych skutków. Tylko leczenie, którego podstawę stanowi rozumienie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jako przede wszystkim zaburzenia behawioralnego, które można leczyć metodami medycznymi i psychologicznymi, może zwiększyć szanse na wyleczenie. Korzystanie jedynie ze strategii i metod egzekwowania prawa prawdopodobnie nie przyniesie trwałych pozytywnych efektów.

Obecnie dane UNODC przedstawione w Światowym Raporcie o Narkotykach wskazują, że w skali świata tylko 1 na 6 osób potrzebujących leczenia uzależnienia ma dostęp do programów leczenia; tylko 1 na 11 w Ameryce Łacińskiej i 1 na 18 w Afryce. Leczenie w wielu krajach jest dostępne tylko w dużych miastach i brakuje go w innych rejonach, szczególnie na obszarach wiejskich. Niestety, w wielu miejscach leczenie jest często nieskuteczne, nie poparte dowodami naukowymi, a czasami nie jest zgodne z zasadami praw człowieka i nie jest dobrowolne. Dotyczy to również krajów wysoko rozwiniętych, gdzie dostępność programów leczenia opartych na dowodach naukowych jest często niewystarczająca.

**1.2 Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych**

Stosowanie środków odurzających i substancji psychotropowych bez nadzoru medycznego do celów niemedycznych może być niebezpieczne. Z tego powodu kontrolę produkcji, sprzedaży, dystrybucji i stosowania tych substancji regulują traktaty międzynarodowe (konwencje z 1961 r., 1971 r., 1988 r.), co ma na celu uniknięcie negatywnych konsekwencji, które mogłyby znacząco zaszkodzić zdrowiu i bezpieczeństwu.

U około 10% osób, które zaczynają używać substancji psychoaktywnych, z czasem rozwijają się zmiany w zachowaniu i inne objawy, których występowanie pozwala na rozpoznanie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych według klasyfikacji diagnostycznej DSM 5 lub zespołu uzależnienia i szkodliwego używania substancji psychoaktywnej według klasyfikacji ICD-10.

Istotą zespołu uzależnienia od substancji psychoaktywnej jest silne i przemożne pragnienie używania danej substancji i niemożność kontrolowania przyjmowanej ilości, prowadzące do stosowania nadmiernych dawek i spędzania znacznej ilości czasu na działaniach związanych z substancjami psychoaktywnymi. Pragnienie używania substancji psychoaktywnej może utrzymywać się lub być łatwo reaktywowane nawet po okresie abstynencji i doprowadzić do wznowienia regularnego stosowania, pomimo silnego życzenia, aby tego nie robić, i pomimo częstego pragnienia zaprzestania stosowania. Z biegiem czasu stosowanie substancji nabiera znacznie wyższego priorytetu dla danej osoby, zastępując inne czynności, które kiedyś miały większą wartość. Osoby z tym zaburzeniem często tracą zainteresowanie i zaniedbują życie rodzinne i społeczne, edukację, pracę i rekreację. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych stosują je pomimo nawracających problemów społecznych lub interpersonalnych oraz innych uporczywych problemów spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, angażują się też w zachowania ryzykowne. Niektóre substancje mogą wreszcie w miarę upływu czasu dawać słabsze efekty po przyjęciu tej samej powtarzanej dawki lub może dojść do wykształcenia tolerancji na substancję lub zespołu abstynencyjnego - zespołu charakterystycznych objawów awersyjnych, kiedy dawka przyjmowanej substancji jest zmniejszona lub zaprzestano używania tej substancji.

U podstawy tych objawów i zachowań znajduje się zakłócenie aktywności w obszarach mózgu, regulujących motywację i nastrój, doświadczanie przyjemności i dobrego samopoczucia, pamięć, uczenie się i zdolność tłumienia niechcianych impulsów.

Posiadana obecnie dogłębna wiedza pozwala zrozumieć, jak zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu powodują rozwój zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Czynniki dziedziczne lub genetyczne odgrywają rolę w zwiększaniu ryzyka uzależnienia w następnym pokoleniu. O tym ryzyku świadczy odmienna reakcja na początkowe dawki substancji u osób z grupy zwiększonego ryzyka; więcej pozytywnych skutków, mniej negatywnych skutków i zdolność do tolerowania znacznie większych dawek niż obserwowane u osób nie obciążonych genetycznymi czynnikami ryzyka. Ryzyko genetyczne może być modyfikowane przez doświadczenia wczesnego życia, które mogą mieć działanie ochronne, ale także szkodliwe. Wczesna trauma, deprywacja i uporczywy stres mogą sprawić, że dana osoba będzie bardziej podatna na rozwój zaburzeń w obrębie mózgu po ekspozycji na substancję na wczesnym etapie. U osób podatnych ekspozycja na substancje wyzwala przyjmowanie patologicznych mechanizmów nagrody i zaburza wcześniej wyuczone reakcje na inne nagrody, takie jak poszukiwanie żywności lub interakcje społeczne. Ten nowy rodzaj wyuczonych reakcji jest bardzo stabilny i może trwać do końca życia, podobnie jak inne wyuczone zachowania, takie jak jazda na rowerze. Kiedy pojawia się substancja psychoaktywna, uprzednio neutralne środowisko staje się silnie związane z doświadczeniem używania substancji i może później niezależnie wyzwalać jej pożądanie i stymulować dążenie do zdobycia narkotyku. Pożądanie narkotyku może również pojawiać się w wyniku ekspozycji na stres lub nawet niewielkie ilości innych środków odurzających, takich jak alkohol. Z biegiem czasu wspomnienia doświadczeń związanych z substancjami psychoaktywnymi stają się bardzo silne i trwałe, chęć zażycia substancji może zostać łatwo wywołana, a zdolność do kontrolowania i stłumienia impulsu do użycia zmniejsza się, więc osoba dotknięta uzależnieniem zaczyna ponownie używać substancji psychoaktywnych pomimo wcześniejszego silnego pragnienia, aby tego nie robić.

Niestety nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu u osób dotkniętych chorobą ma głęboki wpływ na ich życie, powodując podejmowanie decyzji katastrofalnych w skutkach dla ich zdrowia oraz dobrobytu ich rodzin, jak również angażowanie się w przestępcze i niemoralne działania, nawet gdy wcześniej standardy moralne i etyczne tych osób były wysokie. Nielegalne zachowania obserwowane u większości osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych przede wszystkim spowodowane są potrzebą finansowania zakupu substancji. Umiejętność swobodnego dokonywania właściwych wyborów jest poważnie osłabiona u osób dotkniętych chorobą, chociaż nadal mogą one decydować o poszukiwaniu leczenia, postępowaniu zgodnie z zaleceniami i rozpoczęciu pozytywnych zmian w życiu.

Osiągnięcia naukowe i działania w zakresie edukacji społeczeństwa zaczynają zmieniać postrzeganie uzależnienia od substancji psychoaktywnej we wszystkich państwach członkowskich, w społeczeństwach obywatelskich. Coraz powszechniej uznaje się, że zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych stanowią złożony problem zdrowotny z uwarunkowaniami psychospołecznymi, środowiskowymi i biologicznymi, który wymaga interdyscyplinarnych i kompleksowych działań różnych współpracujących instytucji. Zarówno twórcy polityki, jak i same społeczeństwa zaczynają dostrzegać, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych nie jest po prostu „złym nawykiem” wynikającym ze złej woli lub wyboru, ale wynikiem całej kaskady czynników biologicznych i środowiskowych, niekorzystnych warunków i przeciwności, którym można zapobiegać i które można leczyć. Identyfikowane są czynniki ryzyka w grupach szczególnie narażonych w krajach rozwiniętych, jak i w krajach rozwijających się. W krajach rozwiniętych do rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych i problemów zdrowia psychicznego przyczyniają się następujące czynniki: zaniedbanie i bycie ofiarą znęcania się w dzieciństwie, brak silnego wsparcia rodzinnego, niewydolność wychowawcza rodziców, brak wsparcia emocjonalnego i osobistego zaangażowania nauczycieli, dysfunkcje rodziny, wykluczenie społeczne i izolacja. W krajach rozwijających się te same czynniki są dodatkowo skomplikowane przez ekspozycję na skrajne ubóstwo, zamieszkanie na zdegradowanych obszarach, przemieszczenie, wyzysk, przemoc, głód i przeciążenie pracą, co zwiększa jeszcze ryzyko wystąpienia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

Oprócz objawów zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, osoby dotknięte tą złożoną chorobą bardzo często mają też inne problemy zdrowotne lub psychiatryczne. Są narażone na zakażenia krwiopochodne (wirusem HIV, HCV) i gruźlicę, są w grupie ryzyka chorób układu krążenia i schorzeń wątroby, częściej uczestniczą w wypadkach drogowych, częściej doświadczają przemocy. Na przykład u osób używających opioidów wskaźnik śmiertelności jest 6,5 razy wyższy niż wskaźnik oczekiwany w populacji ogólnej, a śmierć występuje najczęściej w młodym wieku, skracając potencjalną długość życia średnio o 44 lata. Przedawkowanie, niezamierzone obrażenia (wypadki i przemoc) oraz samobójstwa są najczęstszymi przyczynami śmierci. Związek między zaburzeniami psychiatrycznymi a zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych jest bardzo złożony. Często zaburzenie psychiczne występuje przed rozpoczęciem używania substancji, co naraża chorych na większe ryzyko rozwoju zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Zaburzenia psychiczne mogą również rozwijać się w następstwie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, ze względu na zmiany biologiczne w mózgu wynikające z długotrwałego używania substancji psychoaktywnych. Ryzyko wystąpienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych i powikłań psychiatrycznych jest szczególnie wysokie u dzieci i młodych dorosłych narażonych na działanie substancji psychoaktywnych zanim mózg osiągnął pełną dojrzałość, czyli przed osiągnięciem wieku dwudziestu-kilku lat. Osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych mają znacznie niższą oczekiwaną długość życia.

Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych są na ogół przewlekłe, ponieważ nieprawidłowości w mózgu leżące u podstaw ich objawów są względnie stabilne, podobnie jak inne umiejętności i zachowania, które rozwinęły się w procesie uczenia się (np. jazda na rowerze). Z tego powodu ryzyko nawrotu objawów, takie jak powrót do używania substancji psychoaktywnych, utrzymuje się przez wiele lat, w niektórych przypadkach nawet po wielu latach całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych. Z tego powodu usługi terapeutyczne dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych powinny być przystosowane do pracy z pacjentem w długim okresie czasu, dbać o utrzymanie kontaktu i zapewniać możliwość monitorowania przez lata, czasami przez całe życie. Podobnie jest w przypadku systemu opieki nad pacjentami z innymi chorobami przewlekłymi (cukrzyca, astma, wysokie ciśnienie krwi), obejmującej postępowanie w okresach remisji objawów, ale także zaostrzenia, gdzie intensywność interwencji jest dostosowywana do nasilenia problemów bez oczekiwania, że chorobę można całkowicie wyleczyć po krótkotrwałym epizodzie leczenia. Świadomość, że zaburzenie ma charakter przewlekły i nawrotowy i utrzymuje się nawet pomimo leczenia nie powinna prowadzić do wniosku, że leczenie jest nieskuteczne czy niepotrzebne. Wręcz przeciwnie, właściwe leczenie stosowane wielokrotnie mimo nawrotu objawów jest niezbędne w celu zagwarantowania poprawy jakości i długości życia pomimo utrzymującego się, poważnego problemu zdrowotnego, przy jednoczesnym maksymalnym zwiększeniu szans na długoterminową poprawę i życie bez objawów.

**1.3 Nowe trendy w stosowaniu substancji psychoaktywnych**

Stosowane od dawna substancje psychoaktywne, takie jak kokaina, heroina i konopie indyjskie, to substancje pochodzenia roślinnego. Ostatnio szeroko dostępne są amfetamina i podobne stymulanty syntetyzowane w nielegalnych laboratoriach, a najnowszą tendencją jest nielegalne rozpowszechnianie i nadużywanie leków na receptę sklasyfikowanych jako substancje kontrolowane, takie jak syntetyczne leki przeciwbólowe, leki uspokajające o działaniu nasennym lub leki psychostymulujące. Leki te mają legalne zastosowanie pod nadzorem lekarza, ale ich stosowanie może szybko stać się problemowe, jeśli zostaną użyte niezgodnie z przeznaczeniem.

Aby ominąć obostrzenia prawne w zakresie kontrolowania dystrybucji substancji psychoaktywnych, co roku syntetyzowane są, a następnie rozpowszechniane i nadużywane setki nowych substancji psychoaktywnych (NSP), których stosowanie wiąże się z nieprzewidywalnymi i często dramatycznymi negatywnymi konsekwencjami dla użytkowników. Monitorowanie i kontrolę NSP utrudnia fakt, iż substancje te po wyprodukowaniu są udostępniane w handlu internetowym. W nielicznych krajach istnieje system wczesnego ostrzegania w celu gromadzenia i udostępniania informacji na temat tych nowych substancji. Jednocześnie mechanizm kontroli opiera się na ustawodawstwie krajowym, które zwykle zakłada długotrwały proces prowadzący do objęcia nowych substancji międzynarodową kontrolą Konwencji. Wspomniana ekspansja NSP będzie nadal nakładać dodatkowe obciążenia na już i tak przeciążone systemy opieki zdrowotnej.

Ze względu na pojawienie się NSP i zmiany w ścieżkach dystrybucji tradycyjnych substancji psychoaktywnych w wielu krajach i częściach świata, instytucje opieki zdrowotnej są słabo przygotowane i mniej zdolne do odpowiedniego reagowania na pojawianie się nowych problemów behawioralnych i medycznych u osób stosujących substancje psychoaktywne. Na przykład w niektórych częściach świata, gdzie wcześniej stosowano opioidy, obecnie obserwuje się duży wzrost częstości występowania zaburzeń spowodowanych używaniem psychostymulantów, więc system leczenia opracowany w celu postępowania z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów nie jest w stanie odpowiednio zareagować na potrzeby nowego typu pacjentów. Co więcej, tendencja do używania substancji psychoaktywnych wśród młodych konsumentów, łącząca „tradycyjne” narkotyki, leki na receptę, alkohol i nowe substancje psychoaktywne, nakreśliła jeszcze bardziej dramatyczny obraz, który wymaga pilnych inwestycji w programy leczenia i zasoby ludzkie.

**1.4 Międzynarodowe standardy leczenia**

W 2009 r., aby pomóc państwom członkowskim w opracowaniu odpowiedniego systemu reagowania i usług opartych na dowodach naukowych w pracy z osobami z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, UNODC i WHO stworzyły szeroko zakrojony wspólny Światowy program leczenia i opieki dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (ang. Global Program for Drug Dependence Treatment and Care). Głównym celem tego międzyinstytucjonalnego programu jest rozpowszechnianie dobrych praktyk opartych na nauce i zasad etycznych, gwarantujących osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych takie same standardy jakości i takie możliwości, jakie zapewnia system opieki zdrowotnej w przypadku każdej innej choroby przewlekłej.

Międzynarodowe standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych *(Standardy)* zostały przygotowane w celu wspierania państw członkowskich w opracowywaniu i rozszerzaniu zakresu usług medycznych pozwalających na skuteczne i etyczne leczenie. Celem takiego leczenia jest odwrócenie negatywnego wpływu utrzymujących się zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, jakiego doświadczają osoby chore oraz pomoc im w osiągnięciu możliwie pełnego stanu zdrowienia i w prowadzeniu produktywnego życia w społeczeństwie.

Opracowane przez UNODC-WHO Międzynarodowe standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych podsumowują dostępne obecnie dowody naukowe dotyczące skutecznych interwencji i metod leczenia. Dokument ten wskazuje główne elementy i cechy skutecznego systemu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, wraz z opisami lub interwencjami terapeutycznymi opartymi na dowodach naukowych odpowiadającymi potrzebom osób dotkniętych chorobą w różnym stopniu.

W przeszłości UNODC i WHO opracowały Zasady leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych *(Zasady)* (ang. Principles of Drug Dependence Treatment */Principles/*), które nakreślają nadrzędną politykę i zalecenia. Niniejsze *Standardy* zawierają opis konkretnych praktyk i procedur, które pomagają ustanowić, utrzymać i wspierać *Zasady*. Standardy określają zasady lub minimalne wymagania dotyczące praktyki klinicznej, ogólnie przyjęte zasady zarządzania pacjentami w systemie opieki zdrowotnej, które powinny być zawsze przestrzegane.

Opracowanie to opiera się na pracy wielu innych organizacji (np. EMCDDA, CICAD, NIDA, SAMHSA), które wcześniej stworzyły standardy i wytyczne dotyczące różnych aspektów leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz uczestniczyły w opracowywaniu niniejszego dokumentu dotyczącego standardów.

Mamy nadzieję, że niniejsze *Standardy* wskażą politykom i pracownikom społecznym oraz służby zdrowia na całym świecie kierunek w opracowywaniu zasad i usług leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz rozwoju zasobów ludzkich w celu wspierania usług terapeutycznych. *Standardy* będą również pomocne w ocenie i ciągłym doskonaleniu usług. Mamy nadzieję, że nowe reguły postępowania i systemy leczenia opracowane dzięki *Standardom* będą naprawdę skuteczną inwestycją w przyszłość osób dotkniętych zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, ich rodzin, społeczności i społeczeństw.

# **Rozdział 2: Kluczowe zasady i standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych**

Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych można skutecznie leczyć za pomocą szeregu metod leczenia farmakologicznego i psychospołecznego. Metody te zostały opracowane na podstawie dowodów naukowych, a ich skuteczność została przetestowana przy użyciu standardów naukowych stosowanych w opracowywaniu metod leczenia innych zaburzeń medycznych. Celem leczenia jest: 1) zmniejszenie intensywności chęci używania i redukcja używania substancji psychoaktywnych, 2) poprawa funkcjonowania i dobrego samopoczucia chorego oraz 3) zapobieganie przyszłym szkodom przez zmniejszenie ryzyka powikłań i nawrotów.

Wiele metod powszechnie stosowanych w pracy z osobami dotkniętymi chorobą nie spełnia wymogu naukowego potwierdzenia skuteczności leczenia. Metody te są nie tylko nieskuteczne, lecz nawet mogą być szkodliwe. Rozróżnienie między skuteczną a nieskuteczna metodą leczenia ma poważne konsekwencje finansowe. W wielu krajach nakłady na pracę z osobami dotkniętymi chorobą są ograniczone, dlatego priorytety dotyczące alokacji zasobów muszą zostać starannie ocenione. Standard naukowy można wykorzystać do istotnego odróżnienia interwencji, które warto wspierać, od tych, których nie należy rekomendować. Oznacza to określenie, jakie działania należy rozwijać, które działania należy traktować jako priorytety w finansowaniu ze środków publicznych oraz których działań nie należy finansować, ponieważ nie spełniają one minimalnych standardów skutecznego leczenia.

Poniższe trzy pytania mogą pomóc w tych ważnych ustaleniach dotyczących finansowania:

1. Czy istnieją dowody na to, że proponowane działanie powoduje lub przyczynia się do zmniejszenia kompulsywnego stosowania substancji psychoaktywnych (zmniejszenie objawów) lub zmniejsza ryzyko powrotu do stosowania substancji psychoaktywnych u osoby, której udało się zaprzestać używania substancji psychoaktywnych?

2. Czy istnieją dowody na to, że takie działanie powoduje poprawę funkcjonowania fizycznego, psychicznego i/lub społecznego oraz dobrego samopoczucia lub przyczynia się do takiej poprawy?

3. Czy istnieją dowody na to, że takie działanie może zmniejszyć ryzyko lub przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia konsekwencji zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych?

Oprócz tych kryteriów, które mają znaczenie kliniczne, działanie powinno być zgodne z międzynarodowymi standardami etycznymi:

1. Musi być zgodne z Deklaracją Praw Człowieka ONZ i obowiązującymi konwencjami ONZ

2. Musi mieć na celu promowanie bezpieczeństwa indywidualnego i społecznego

3. Musi mieć na celu promowanie osobistej niezależności

4. Będzie czerpać z dotychczasowych doświadczeń zgodnie ze standardami opracowanymi w oparciu o dowody naukowe

Międzynarodowe standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych określają zestaw wymagań i atrybutów (standardów), które muszą być obecne, aby zainicjować jakąkolwiek formę pomocy, leczenia, rehabilitacji lub zdrowienia, niezależnie od przyjętej filozofii leczenia i środowiska, w którym ma funkcjonować. Jest to niezwykle ważne, ponieważ osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych zasługują na opiekę zgodną ze standardami etycznymi i standardami opartymi na dowodach naukowych, podobnymi do standardów stosowanych w leczeniu innych chorób przewlekłych.

**Zasada 1. Leczenie musi być dostępne, przystępne, atrakcyjne i dostosowane do potrzeb**

**Opis:** Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych mogą być skutecznie leczone w większości przypadków, w których jest dostęp do szerokiego zakresu usług, obejmujących całe spektrum potrzeb pacjentów. Usługi terapeutyczne muszą odpowiadać indywidualnym potrzebom pacjenta w określonej fazie jego zaburzenia, obejmując inicjowanie kontaktu, badania przesiewowe, leczenie szpitalne i ambulatoryjne, długoterminowe leczenie stacjonarne, rehabilitację i usługi wsparcia w procesie zdrowienia. Usługi te powinny być atrakcyjne, dostępne zarówno w środowisku miejskim, jak i wiejskim oraz przystępne cenowo oraz czasowo; z szerokim zakresem godzin otwarcia i minimalnym czasem oczekiwania. Należy zminimalizować wszelkie bariery ograniczające dostęp do odpowiednich usług. Usługi powinny nie tylko obejmować leczenie uzależnień, ale także zapewniać wsparcie społeczne i ochronę oraz ogólną opiekę medyczną. Ramy prawne nie powinny zniechęcać osób dotkniętych zaburzeniami do uczestniczenia w programach leczenia. Środowisko terapeutyczne powinno być przyjazne, wrażliwe kulturowo i koncentrować się na specyficznych potrzebach oraz poziomie gotowości każdego pacjenta. Środowisko powinno zachęcać, a nie zniechęcać do udziału w programie.

**Standardy:**

1.1. Podstawowe usługi leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny być udostępniane poprzez organizację interwencji terapeutycznych na różnych poziomach systemów opieki zdrowotnej: od podstawowej opieki zdrowotnej po specjalistyczne usługi zdrowotne i specjalistyczne programy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

1.2. Dostępne powinny być podstawowe usługi terapeutyczne obejmujące krótką interwencję, ocenę diagnostyczną, poradnictwo ambulatoryjne, ambulatoryjno-psychospołeczne i oparte na dowodach leczenie farmakologiczne w kierunku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, pomocowe działania zewnętrzne i usługi w zakresie leczenia ostrych stanów klinicznych wywołanych przez substancje psychoaktywne, takich jak przedawkowanie, zespoły abstynencyjne i psychozy indukowane tymi substancjami.

1.3. Podstawowe usługi leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny być zlokalizowane w zasięgu transportu publicznego i dostępne dla osób mieszkających na obszarach miejskich i wiejskich.

1.4. Aby dotrzeć do „ukrytych” populacji, najbardziej dotkniętych następstwami używania substancji psychoaktywnych, często niemających motywacji do leczenia lub będących w trakcie nawrotu po programie leczenia, potrzebne są usługi o niskim progu dostępu, a także usługi świadczone w środowisku w ramach kontinuum opieki.

1.5. W ramach kontinuum opieki osoby z zaburzeniami związanymi ze stosowaniem substancji psychoaktywnych powinny mieć dostęp do usług leczenia w różnych placówkach.

1.6. Podstawowe usługi leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych i zaburzeń spowodowanych przez substancje psychoaktywne powinny być dostępne w dostatecznie szerokim zakresie godzin otwarcia, aby zapewnić dostęp do usług zarówno osobom zatrudnionym jak i pełniącym obowiązki rodzinne.

1.7. Podstawowe usługi terapeutyczne powinny być dostępne dla klientów z różnych grup społeczno-ekonomicznych, o różnych poziomach dochodów przy zminimalizowanym ryzyku nadmiernych obciążeń finansowych dla odbiorców usług.

1.8. Usługi terapeutyczne powinny być dostosowane do płci oraz do potrzeb kobiet, w tym do potrzeb w czasie ciąży i w zakresie opieki nad dziećmi.

1.9. Usługi terapeutyczne powinny umożliwiać dostęp do wsparcia społecznego, ogólnej opieki medycznej i skierowań do wyspecjalizowanych usług zdrowotnych w związku z leczeniem złożonych schorzeń współistniejących.

1.10. Usługi leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny być ukierunkowane na potrzeby docelowych populacji, z należytym poszanowaniem norm kulturowych i z zaangażowaniem użytkowników usług w projektowanie, rozwój i ocenę usług.

1.11. Informacje na temat dostępności i przystępności podstawowych usług leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny być łatwo dostępne za pośrednictwem wielu źródeł informacji, w tym Internetu, drukowanych materiałów i ogólnodostępnych usług informacyjnych.

**Zasada 2: Zapewnienie standardów etycznych w usługach leczniczych**

**Opis:** Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinno opierać się na uniwersalnych standardach etycznych - poszanowaniu praw człowieka i godności. Obejmuje to poszanowanie prawa do utrzymania możliwie najwyższego poziomu zdrowia i dobrego samopoczucia, wyeliminowanie dyskryminacji i usuwanie piętna. Decyzję o rozpoczęciu leczenia należy pozostawić danej osobie. Leczenie nie powinno być wymuszane lub niezgodne z wolą i autonomią pacjenta. Przed podjęciem jakichkolwiek interwencji terapeutycznych należy uzyskać zgodę pacjenta. Należy zachować dokładną i aktualną dokumentację medyczną oraz zagwarantować poufność zapisów dotyczących leczenia. Nie należy dopuszczać rejestracji pacjentów rozpoczynających leczenie poza dokumentacją medyczną. Należy unikać interwencji, które wiążą się z karaniem, upokarzaniem lub poniżaniem. Osobę dotkniętą zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych należy uznać za osobę cierpiącą na problemy zdrowotne i zasługującą na leczenie, tak jak pacjenci z innymi problemami psychicznymi lub medycznymi.

**Standardy:**

2.1 Usługi leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny w każdym przypadku być zgodne z prawami człowieka i przebiegać z poszanowaniem godności pacjentów. Nigdy nie należy stosować upokarzających lub poniżających interwencji terapeutycznych.

2.2 Przed rozpoczęciem leczenia należy uzyskać świadomą zgodę pacjenta i zagwarantować możliwość wycofania się z leczenia w dowolnym momencie.

2.3 Dane pacjentów powinny być ściśle poufne. Nie należy w żadnym przypadku dopuszczać rejestracji pacjentów rozpoczynających leczenie poza dokumentacją medyczną. Poufność danych pacjentów powinna być zapewniona i chroniona za pomocą środków legislacyjnych i wspierana odpowiednimi szkoleniami personelu oraz zasadami i przepisami dotyczącymi usług.

2.4 Personel zaangażowany w prowadzenie terapii powinien być odpowiednio przeszkolony w zakresie leczenia w pełnej zgodności ze standardami etycznymi i zasadami praw człowieka, a także związanymi z nimi normami oraz okazywać pełne szacunku, niepiętnujące i niedyskryminujące podejście do pacjentów.

2.5 Obowiązujące procedury świadczenia usług zobowiązują pracowników do odpowiedniego informowania pacjentów o procesach i procedurach leczenia, w tym także o prawie do wycofania się z leczenia w dowolnym momencie.

2.6 Wszelkie badania dotyczące usług leczenia z udziałem ludzi powinny podlegać kontroli komisji etycznych, a udział pacjentów w badaniu powinien być dobrowolny, przy czym we wszystkich przypadkach należy upewnić się, że świadoma zgoda została udzielona pisemnie.

**Zasada 3: Promowanie leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych poprzez skuteczną koordynację między systemem sądownictwa karnego a usługami zdrowotnymi i społecznymi**

**Opis:** Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych powinny być postrzegane przede wszystkim jako problem zdrowotny, a nie jako zachowanie przestępcze, a wszędzie, gdzie to możliwe, osoby używające substancji psychoaktywnych powinny być włączane w system opieki zdrowotnej, a nie w system sądownictwa karnego. Mimo że osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych mogą popełniać przestępstwa, są to zazwyczaj przestępstwa o niskim poziomie szkodliwości popełniane w celu uzyskania środków do finansowania zakupu substancji psychoaktywnych, a zachowanie to zanika wraz ze skutecznym leczeniem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Z tego powodu system sądownictwa karnego powinien ściśle współpracować z systemem opieki zdrowotnej i społecznej, oferując wybór rozpoczęcia leczenia jako alternatywę dla postępowania karnego lub pozbawienia wolności. Specjaliści w zakresie egzekwowania prawa, pracownicy zaangażowani w postępowania sądowe oraz funkcjonariusze systemu sądownictwa karnego powinni być odpowiednio przeszkoleni, aby skutecznie angażować się w działania związane z leczeniem i rehabilitacją. Jeżeli wymierzona zostaje kara pozbawienia wolności, więźniowie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych powinni mieć możliwość podjęcia leczenia w czasie ich pobytu w więzieniu i po jego zakończeniu, ponieważ skuteczne leczenie zmniejszy ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa po zwolnieniu. Ciągłość opieki po odzyskaniu wolności ma kluczowe znaczenie i powinna być zapewniona lub ułatwiona. We wszystkich przypadkach, gdy osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych są powiązane z wymiarem sprawiedliwości należy zapewnić leczenie i opiekę na poziomie oferowanym osobom w populacji ogólnej.

**Standardy:**

3.1 Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinno odbywać się przede wszystkim w ramach systemów opieki zdrowotnej i społecznej, a także powinny istnieć skuteczne mechanizmy koordynacji z systemem sądownictwa karnego, które ułatwią dostęp do leczenia i usług socjalnych.

3.2 Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinno być dostępne dla przestępców cierpiących na zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych oraz, w stosownych przypadkach, stanowić częściową lub całkowitą alternatywą dla kary pozbawienia wolności lub innych sankcji karnych.

3.3 Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych jako alternatywa dla pozbawienia wolności lub leczenie w placówkach systemu sądownictwa karnego powinno być wspierane przez odpowiednie ramy prawne.

3.4 Ustawodawstwo w sprawach karnych powinno zapewniać osobom z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych możliwość leczenia i opieki zdrowotnej, które są zagwarantowane w systemach opieki zdrowotnej i społecznej w danej społeczności.

3.5 Nie należy wdrażać leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych u osób z takimi zaburzeniami w ramach systemu sądownictwa karnego wbrew ich woli.

3.6 Podstawowe usługi profilaktyczne i terapeutyczne powinny być dostępne dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w placówkach systemu sądownictwa karnego, z uwzględnieniem usług zapobiegania przenoszeniu zakażeń krwiopochodnych, farmakologicznego i psychospołecznego leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i współistniejących chorób, usług rehabilitacyjnych i kontaktu z publiczną opieką zdrowotną oraz usługami społecznymi w ramach przygotowań do opuszczenia zakładu karnego.

3.7 Należy wprowadzić odpowiednie programy szkoleniowe dla pracowników systemu sądownictwa karnego, w tym dla funkcjonariuszy organów ścigania i funkcjonariuszy systemu penitencjarnego oraz profesjonalistów zaangażowanych w postępowanie sądowe, w celu umożliwienia identyfikacji medycznych i psychospołecznych potrzeb związanych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych oraz wspierania działań związanych z leczeniem i rehabilitacją.

3.8 Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w ramach systemu sądownictwa karnego powinno być zgodne z takimi samymi wytycznymi opartymi na dowodach naukowych oraz standardami etycznymi i zawodowymi, jakie obowiązują w całym społeczeństwie.

3.9 We wszystkich przypadkach należy zapewniać ciągłość leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych poprzez skuteczną koordynację usług zdrowotnych i socjalnych w społecznościach i w placówkach systemu sądownictwa karnego.

**Zasada 4: Leczenie musi być oparte na dowodach naukowych i odpowiadać na szczególne potrzeby osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych**

**Opis:** Podstawę dla postępowania w zaburzeniach spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych oraz inwestycji w ich leczenie powinny stanowić praktyki oparte na dowodach oraz wiedzy naukowej na temat charakteru tych zaburzeń. W leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych należy stosować tak samo wysoką jakość standardów, jaka obowiązuje podczas zatwierdzenia i wdrażania protokołów postępowania farmakologicznego lub psychospołecznego w innych dziedzinach medycyny. W miarę możliwości należy stosować tylko takie metody farmakologiczne oraz psychospołeczne, których skuteczność została dowiedziona naukowo, lub które zostały pozytywnie zaopiniowane przez międzynarodowe organizacje ekspertów. Czas i intensywność (dawkę) w danym postępowaniu należy określić zgodnie z wytycznymi opartymi na dowodach. Międzydyscyplinarne zespoły powinny łączyć różne interwencje, dostosowując je indywidualnie do każdego pacjenta. Organizacja leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinna opierać się na filozofii opieki nad przewlekle chorymi, a nie na doraźnych interwencjach kryzysowych. Ciężkie zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych są bardzo podobne w swoim przebiegu i rokowaniu do innych chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, zakażenie wirusem HIV, rak lub nadciśnienie. Długoterminowy model leczenia i opieki ma największe szanse dawać trwałe, utrzymujące się przez resztę życia wyniki w postaci zdrowienia, trwałego zaprzestania używania substancji psychoaktywnych, braku problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi oraz poprawy zdrowia fizycznego, psychicznego, zawodowego i duchowego a także relacji międzyludzkich. Interwencje powinny być dostosowane do sytuacji kulturowej i finansowej kraju i jednocześnie zgodne z kluczowymi dla skuteczności zasadami wynikającymi z dowodów naukowych. Tradycyjne systemy leczenia mogą być unikatowe dla danego kraju lub otoczenia, a dowody potwierdzające ich skuteczność poza doświadczeniem pacjentów i ich lekarzy mogą być ograniczone. Takie systemy powinny włączać do swoich programów i adaptować do swoich warunków jak najwięcej istniejących interwencji opartych na dowodach. Należy też podjąć wysiłki, aby formalnie ocenić, czy dane leczenie jest skuteczne i czy ryzyko, które niesie, jest akceptowalne.

**Standardy:**

4.1 Alokacja zasobów w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinna być oparta na istniejących dowodach skuteczności i efektywności kosztowej postępowania profilaktycznego oraz leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

4.2 Na różnych poziomach systemów opieki zdrowotnej i opieki społecznej stosuje się szereg opartych na dowodach terapii o różnym nasileniu, z odpowiednim połączeniem interwencji farmakologicznych i psychospołecznych.

4.3 Pracownicy służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej są przeszkoleni w zakresie rozpoznawania i postępowania z najczęstszymi zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych.

4.4 W leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych pracownicy służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej powinni być wspierani przez specjalistyczne zespoły zajmujące się tymi zaburzeniami na zaawansowanym poziomie opieki zdrowotnej, w szczególności w przypadku ciężkich zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych oraz pacjentów z chorobami współistniejącymi.

4.5 Organizacja specjalistycznych usług w zakresie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinna opierać się na międzydyscyplinarnych zespołach odpowiednio przeszkolonych w zakresie prowadzenia terapii opartych na dowodach, z kompetencjami w zakresie leczenia uzależnień, psychiatrii, psychologii klinicznej i pracy socjalnej.

4.6 Czas leczenia zależy od indywidualnych potrzeb i nie ma ustalonych z góry limitów leczenia ani nie ma ograniczeń, których nie można zmienić w zależności od potrzeb pacjenta.

4.7 Szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie identyfikacji, diagnostyki i leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w oparciu o dowody naukowe powinno mieć miejsce na różnych poziomach kształcenia i szkolenia pracowników służby zdrowia, w tym w ramach programów uniwersyteckich i programów kształcenia ustawicznego.

4.8 Wytyczne, procedury i normy dotyczące leczenia są regularnie aktualizowane zgodnie z zebranymi dowodami potwierdzającymi skuteczność terapii oraz wiedzą na temat potrzeb pacjentów i osób korzystających z usług, a także z wynikami badań ewaluacyjnych.

4.9 Usługi i interwencje terapeutyczne w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny być dostosowane do środowiska społeczno-kulturowego, w którym są stosowane.

**Zasada 5: Reagowanie na potrzeby specjalnych podgrup i szczególne warunki**

**Opis:** Niektóre podgrupy w obrębie większej populacji osób dotkniętych zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych wymagają szczególnej uwagi i często specjalistycznej opieki. Grupy o szczególnych potrzebach to między innymi młodzież, osoby starsze, kobiety, kobiety w ciąży, osoby świadczące usługi seksualne, mniejszości seksualne i płciowe, mniejszości etniczne i religijne, osoby objęte systemem sądownictwa karnego oraz osoby marginalizowane społecznie. Praca z tymi szczególnymi grupami wymaga zróżnicowanego i zindywidualizowanego planowania leczenia uwzględniającego ich wyjątkowe potrzeby i zagrożenia, na które są narażone. W przypadku niektórych z tych podgrup należy wziąć pod uwagę szczególne uwarunkowania w na każdym etapie procesu leczenia.

W szczególności nie należy prowadzić terapii dzieci i młodzieży w tym samym miejscu, w którym leczeni są dorośli pacjenci, lecz w placówce przystosowanej do radzenia sobie z innymi problemami, z którymi zmagają się ci pacjenci, z uwzględnieniem szerszego kontekstu zdrowotnego, szkolnego i społecznego, we współpracy z rodziną, szkołą i opieką społeczną. Kobiety rozpoczynające leczenie także powinny otrzymać specjalną ochronę i usługi. Kobiety są narażone na ryzyko doświadczenia przemocy w rodzinie i wykorzystywania seksualnego, a ich dzieci mogą być narażone na znęcanie, dlatego pomocna może być współpraca z organizacjami społecznymi chroniącymi prawa dzieci i kobiet. Leczenie nakierowane na potrzeby kobiet może przynieść najlepsze efekty, jeśli będzie przebiegać w bezpiecznym otoczeniu tylko tej samej płci. Programy lecznicze powinny być w stanie uwzględniać potrzeby dzieci i umożliwiać rodzicom opiekującym się dziećmi leczenie, wspierając dobre rodzicielstwo i dobre praktyki opieki nad dzieckiem. Kobiety mogą potrzebować edukacji i wsparcia, na przykład w zakresie zdrowia seksualnego, antykoncepcji.

**Standardy:**

5.1 Potrzeby szczególnych podgrup, a także wyjątkowe warunki, znajdują odzwierciedlenie w protokołach świadczenia usług i leczenia, uwzględniających potrzeby kobiet, nastolatków, kobiet w ciąży, mniejszości etnicznych i zmarginalizowanych grup, takich jak osoby bezdomne.

5.2 Należy wprowadzić specjalne usługi i programy leczenia dla młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, aby uwzględnić potrzeby specyficzne dla wieku leczonych osób oraz aby uniemożliwić kontakty z pacjentami w bardziej zaawansowanych stadiach zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych; należy również rozważyć osobne lokalizacje ośrodków leczenia młodzieży, gdy tylko jest to możliwe.

5.3 Usługi terapeutyczne i programy dotyczące zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych muszą być dostosowane do potrzeb kobiet, w tym także kobiet w ciąży we wszystkich aspektach planowania i świadczenia, z uwzględnieniem lokalizacji, personelu, opracowywania programów, przyjazności dla dzieci oraz rodzaju tych usług i programów.

5.4 Usługi terapeutyczne są dostosowane do potrzeb osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych z grup mniejszościowych. Gdy jest to konieczne, dostępni są mediatorzy kulturowi i tłumacze w celu zminimalizowania barier kulturowych i językowych.

5.5 Do programów terapeutycznych dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych które mieszkają na ulicy, są bezrobotne, bezdomne i odrzucone przez rodziny należy włączyć pakiet pomocy i wsparcia społecznego, aby zapewnić środki niezbędne do życia.

5.6 Należy zapewnić działania pomocowe w środowisku w celu nawiązania kontaktu z osobami, które być może nie szukają leczenia z powodu stygmatyzacji i marginalizacji.

**Zasada 6: Zapewnienie dobrego zarządzania klinicznego usługami i programami leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.**

**Opis:** Dobra jakość i skuteczność leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wymaga weryfikowalnej i skutecznej metody zarządzania klinicznego, która ułatwia osiągnięcie celów leczenia. Zasady leczenia, programy, procedury i mechanizmy koordynacji powinny być zdefiniowane z wyprzedzeniem i wyjaśnione wszystkim członkom zespołu terapeutycznego, administracji oraz populacji docelowej. Organizacja usług musi odzwierciedlać bieżące dowody naukowe i reagować na potrzeby beneficjentów usług. Leczenie osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, które często mają wiele problemów psycho-społecznych i czasami także problemów ze zdrowiem fizycznym, stanowi wyzwanie zarówno dla poszczególnych pracowników, jak i instytucji. W tym obszarze widoczna jest rotacja pracowników, instytucje muszą dysponować rozmaitymi środkami, które umożliwią wspieranie personelu i wspieranie świadczenia dobrych usług.

**Standardy:**

6.1 Zasady leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych są oparte na zasadach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, najlepszych dostępnych dowodach i opracowane przy aktywnym zaangażowaniu kluczowych zainteresowanych podmiotów, w tym populacji docelowej, członków społeczności (rodzin), organizacji pozarządowych, organizacji religijnych.

6.2 Zasady świadczenia usług i protokoły leczenia są dostępne na piśmie dla wszystkich pracowników i stanowią wytyczne do świadczenia usług terapeutycznych i interwencji.

6.3 Personel świadczący specjalistyczne usługi w zakresie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinien mieć odpowiednie kwalifikacje i na bieżąco mieć dostęp do szkoleń opartych na dowodach naukowych, certyfikacji, wsparcia i superwizji. Superwizja i inne formy wsparcia są potrzebne w celu zapobiegania wypaleniu wśród pracowników.

6.4 Zasady i procedury dotyczące selekcji personelu, rekrutacji, zatrudnienia i monitorowania jakości świadczonych usług są jasno określone i znane wszystkim zaangażowanym stronom.

6.5 Dostępne jest trwałe źródło finansowania na odpowiednim poziomie i funkcjonują odpowiednie mechanizmy zarządzania finansami i weryfikacji. O ile to możliwe, koszty związane z kształceniem personelu i ewaluacją powinny być uwzględnione w odpowiednim budżecie.

6.6 Usługi w zakresie leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny być połączone z odpowiednimi ogólnymi i specjalistycznymi usługami zdrowotnymi i socjalnymi, aby zapewnić kontinuum kompleksowej opieki pacjentom.

6.7 Wprowadzono odpowiednie systemy rejestracji w celu zapewnienia weryfikacji i ciągłości leczenia i opieki.

6.8 Programy, zasady i procedury są okresowo weryfikowane na podstawie ciągłej ewaluacji, monitoringu i oceny, a także stale aktualizowanych danych na temat tendencji używania substancji psychoaktywnych w populacjach.

**Zasada 7. Zintegrowane strategie leczenia, usługi, procedury, metody i powiązania między usługami muszą być stale monitorowane i oceniane**

**Opis:** W odpowiedzi na złożony i wieloaspektowy problem zdrowotny należy wdrożyć kompleksowe systemy ułatwiające skuteczne leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Postępowanie powinno uwzględniać różnorodne usługi, a także włączenie w główny nurt świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej oraz działania wielodyscyplinarne. Zespół koordynujący powinien uwzględniać opiekę psychiatryczną i psychologiczną, lokalną pomoc socjalną, wsparcie mieszkaniowe i pomoc w zdobywaniu umiejętności zawodowych lub zatrudnienia, pomoc prawną i specjalistyczną opiekę zdrowotną (zakażenie wirusem HIV, zapalenie wątroby, inne infekcje). System leczenia musi być stale monitorowany, oceniany i dostosowywany. Wymaga to stopniowego planowania i wdrażania usług w logicznej kolejności, która zapewnia siłę powiązań między (a) polityką leczenia, (b) oceną potrzeb, (c) planowaniem leczenia, (d) wdrażaniem usług, (e) monitorowaniem usług, (f) oceną wyników i (g) poprawą jakości.

**Standardy:**

7.1 Polityka leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinna być formułowana przez odpowiednie organy rządowe w oparciu o zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, najlepsze dostępne dowody i przy aktywnym zaangażowaniu kluczowych zainteresowanych podmiotów, w tym populacji docelowej, członków społeczności (rodzin), organizacji pozarządowych, organizacji religijnych.

7.2 Ustalono i wdrożono powiązania między profilaktyką używania substancji psychoaktywnych, leczeniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zapobieganiem zdrowotnym i społecznym skutkom używania substancji psychoaktywnych

7.3 Planowanie leczenia opiera się na szacunkach i opisach charakteru oraz zakresu problemu związanego z używaniem substancji, a także cech charakterystycznych potrzebującej grupy.

7.4 Określono role krajowych, regionalnych i lokalnych instytucji w różnych sektorach odpowiedzialnych za terapię zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i rehabilitację oraz ustalono mechanizmy skutecznej koordynacji.

7.5 Ustanowiono standardy jakości usług w zakresie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, a do uzyskania akredytacji wymagana jest zgodność z tymi standardami.

7.6 Stosuje się mechanizmy zarządzania klinicznego, monitorowania i oceny, z uwzględnieniem weryfikacji klinicznej, stałego monitoringu zdrowia i dobrostanu pacjentów oraz okresowej oceny zewnętrznej.

7.7 W celu planowania i rozwoju zbierane są informacje na temat liczby dostępnych i świadczonych usług w systemie leczenia, ich rodzaju i rozmieszczenia.

# Rozdział 3: Modele leczenia i interwencje

## 3.1 Zewnętrzne działania pomocowe w środowisku

**3.1.1 Miejsce**

Zewnętrzne działania pomocowe w środowisku odnoszą się do działań i organizacji, które docierają do osób używających substancji psychoaktywnych w danej społeczności i podejmują starania w celu poprawy ich stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia oraz zmniejszenia ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych. Ta strategia różni się od strategii podejmowanych w przypadku grup, które są już w kontakcie z ośrodkami lub korzystają z innych modeli opieki. Często pracownicy mogą sami mieć doświadczenia stosowania substancji psychoaktywnych w przeszłości lub nie byli użytkownikami substancji psychoaktywnych, ale mają bliskie powiązania z grupami, z którymi pracują, i używanie substancji psychoaktywnych przez inne osoby ma lub miało na nich wpływ. Pracownicy i osoby z doświadczeniem używania substancji psychoaktywnych, które udzielają wsparcia posiadają zazwyczaj zestaw konkretnych strategii edukacyjnych opracowanych i wdrożonych przez członków subkultury, społeczności lub grupy ludzi dla jej członków, gdzie pożądanym rezultatem jest wykorzystanie wzajemnego wsparcia członków grupy oraz ich kultury do wprowadzenia i podtrzymania zmiany w zachowaniu.

Modele zewnętrznej pracy pomocowej w środowisku zmieniały się z upływem czasu. Pierwotnie działania skierowane były do ​​byłych i/lub obecnych użytkowników substancji psychoaktywnych, co pozwalało dotrzeć do trudno dostępnych lub ukrytych populacji, których członkowie nie byli leczeni, ponieważ leczenie było niedostępne, nieprzystępne albo po prostu dane osoby nie chciały korzystać z istniejących usług. Nowsze działania uwzględniają innych członków społeczności i miejsca, w których przebywają osoby stosujące substancje psychoaktywne, aby ułatwić dostęp do usług. Działania zewnętrzne w środowisku uwzględniają również rolę dynamiki sieci społecznych w przypadku osób doświadczających zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i osoby je realizujące mają świadomość, że sieci te są ważnymi czynnikami warunkującymi ryzyko negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych oraz że można wykorzystywać je do wzmacniania wpływu i promowania zdrowych zachowań. Wiele modeli informacyjnych wykorzystuje szereg ukierunkowanych zindywidualizowanych interwencji, a także wykorzystuje interwencje oparte na sieci społecznej do osiągnięcia swoich celów.

**3.1.2 Grupa docelowa**

Zewnętrzne działania pomocowe w środowisku skierowane są przede wszystkim do osób, które używają substancji psychoaktywnych w szkodliwy sposób lub są na to narażone i które obecnie nie są leczone w kierunku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, z uwzględnieniem osób, w których otoczeniu są osoby stosujące substancje psychoaktywne (np. partner seksualny, osoby, które używają tych samych igieł, inne ważne osoby itd.).

**3.1.3 Cele**

Początkowe działania mają na celu zidentyfikowanie grup docelowych, nawiązanie i podtrzymanie kontaktu i zapewnienie niezbędnego wsparcia w celu zapewnienia opieki środowiskowej lub skierowania do bardziej intensywnych form leczenia. Ogólnym celem programu jest zapobieganie i ograniczanie potencjalnej zachorowalności i śmiertelności w społecznościach dotkniętych problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi.

Zewnętrzna praca pomocowa w środowisku jest możliwa wszędzie, jednak bariery stanowić mogą dostęp do finansowania i ingerencja władz lokalnych. Programy edukacyjne są niezbędne dla ogółu społeczności, w których podejmowane są działania w celu podkreślenia korzyści płynących z programów pomocowych realizowanych w środowisku oraz poważnych skutków braku reakcji dla całej społeczności.

**3.1.4 Charakterystyka**

Programy pomocy zewnętrznej stanowią jedną z najbardziej rozpowszechnionych form terapii ze względu na możliwość ich realizacji w populacjach, które zwykle nie mają kontaktu z formalnym leczeniem klinicznym i opieką z różnych powodów.

Biorąc pod uwagę często ukrytą naturę tych populacji, ważne jest, aby pracownicy mieli wiedzę na temat społeczności, z którymi pracują. Osoby pracujące bezpośrednio z daną społecznością muszą posiadać:

• Podstawowe szkolenie w zakresie budowania relacji opartych na zaufaniu i identyfikacji źródeł rzetelnych informacji

• Podstawowe szkolenie w zakresie identyfikacji i reagowania na sytuacje kryzysowe

• Podstawowe szkolenie w zakresie odpowiedniej edukacji zdrowotnej: objawy i reakcje na przedawkowanie, zapobieganie i leczenie zakażenia wirusem HIV, gruźlicy, zapalenia wątroby, zdrowie psychiczne i wzorce zachowań samobójczych

• Znajomość usług zdrowotnych i socjalnych w społeczności

Program pomocy zewnętrznej zależy od pracowników pierwszego kontaktu, kluczowych osób, wymagających odpowiedniego szkolenia okresowego i dostępu do usług w zakresie zdrowia psychicznego i innych środków wsparcia dla siebie.

Sam program powinien być elastyczny, z możliwością adaptacji, mieć wyraźną deklarację misji, mechanizmy monitorowania i oceny, a także klarowną dokumentację.

**3.1.5 Modele i metody leczenia**

Programy pomocy zewnętrznej różnią się znacznie w zależności od sytuacji lokalnej. Zwykle program musi oferować coś, co jest wartościowe dla osób stosujących substancje psychoaktywne. Mogą to być działania od dystrybucji sterylnego sprzętu do wstrzykiwania na ulicy, poprzez omawianie zasad bezpiecznego wstrzykiwania i zapobiegania przedawkowaniu, aż po umożliwienie szczepień i dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, podstawowego poradnictwa (nawet poradnictwa grupowego), bezwarunkowe rozdawanie żywności i zapewnianie schronienia.

**Rodzaje stosowanych metod**

Program pomocy zewnętrznej powinien być w stanie zapewnić przynajmniej następujące „usługi podstawowe”:

1. Podstawowe wsparcie (bezpieczeństwo, żywność, schronienie, higiena i odzież)

2. Edukację na temat skutków używania substancji psychoaktywnych i zagrożeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

3. Badanie przesiewowe pod kątem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji

4. Krótką interwencję mającą na celu zmotywowanie do zmian we wzorze używaniu substancji

5. Skierowanie na leczenie uzależnienia od substancji

6. Wymianę igieł i dystrybucję prezerwatyw

Zewnętrzne działania pomocowe mogą być realizowane w rożny sposób i przy wykorzystaniu różnych rodzajów interwencji, takich jak:

*• Sesje indywidualne*

*• Programy zwiększające świadomość*

*• Krótkie leczenie*

*- Interwencje farmakologiczne*

*- Samopomoc*

*• Rozwój kompetencji osobistych*

Pracownicy zewnętrzni często odgrywają zasadniczą rolę we wstępnej identyfikacji problemów zdrowotnych osób używających substancji psychoaktywnych i ułatwiają im uzyskanie skierowania, jeśli potrzebna jest dodatkowa pomoc. Poniżej znajduje się lista częstych wyzwań dotyczących zdrowia użytkowników substancji psychoaktywnych:

• Częste problemy zdrowotne o charakterze lekkim (np. infekcje dróg oddechowych, infekcje dróg moczowych, choroby skóry).

• Pilne i poważniejsze problemy zdrowotne, takie jak gruźlica, choroby przenoszone drogą płciową, infekcje, w tym ropnie i owrzodzenia, urazy i problemy dentystyczne.

• Problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak lęk, depresja i psychoza.

• Zatrucia substancjami lub objawy abstynencyjne takie jak pobudzenie i drgawki.

• Przewlekłe choroby, takie jak cukrzyca, zakażenie wirusem HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C.

• Usługi w nagłych wypadkach związanych z przedawkowaniem.

• Testy na obecność wirusa HIV lub zapalenia wątroby i immunizacje (np. przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B).

• Trudności związane z wypełnianiem formalności administracyjnych (np. formalności niezbędne do uzyskania świadczeń rządowych).

**3.1.6 Ocena mocy dowodów**

Skuteczność programów pomocy zewnętrznej skierowanych do populacji używających substancji psychoaktywnych, często obejmujących interwencje ograniczające ryzyko w zakresie przedawkowania, zakażenia wirusem HIV, wirusowego zapalenia wątroby i innych zakażeń, jest poparta głównie wynikami badań quasi-eksperymentalnych i dużych badań obserwacyjnych.[[1]](#footnote-1)

**3.1.7 Zalecenia**

• Identyfikowanie w miejscach publicznych osób odurzonych wymagających leczenia z powodu intoksykacji i zespołu abstynencyjnego.

• Wprowadzenie porozumienia pomiędzy personelem ochrony zdrowia i organami ścigania w celu zapewnienia, że ​​usługi związane z używaniem substancji psychoaktywnych są dostępne w ośrodkach detencyjnych.

• Promowanie wczesnej interwencji w przypadku problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

• Promocja w miejscach innych niż tylko ośrodki zdrowia oferujące programy wczesnej interwencji.

• Promowanie programów wczesnej interwencji wśród określonych podgrup populacji (np. kobiet w ciąży, osób świadczących usługi seksualne, młodzieży, osób bezdomnych).

• Promowanie dobrowolnego poszukiwania sposobów leczenia problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

• Przekazywanie informacji na temat procedur oceny i możliwości leczenia osobom, które stanowią pierwszy kontakt dla potencjalnych pacjentów.

• Opracowanie procedur w zakresie poradnictwa dla rodzin, pracodawców i osób, które szukają pomocy we włączaniu do leczenia osób używających substancji psychoaktywnych

• Rejestr skierowań na dalsze leczenie prowadzony w celu zapewnienia ciągłości terapii

• Szkolenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, innej opieki zdrowotnej, personelu opieki społecznej i policji, w trakcie edukacji, w zakresie rozpoznawania, podstawowego postępowania i kierowania osób z niepełnosprawnościami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.

**Personel**

• Dostawca usług opracował system, w którym ​​metoda wyboru, zatrudniania i szkolenia pracowników odpowiada obowiązującym normom prawnym i ustalonym wewnętrznym zasadom.

• Organizacja posiada zasady, którymi personel kieruje się, gdy obowiązujące ustawodawstwo jest zbyt ogólne.

• Struktura organizacji i zarządzania jest ustalona i jasno określa kompetencje dla poszczególnych stanowisk.

• Dostawca usług określił strukturę i liczbę stanowisk, profile stanowisk, wymagane kwalifikacje oraz czynniki osobowe i etyczne. Struktura i liczba stanowisk uwzględniają potrzeby i aktualną liczbę użytkowników usługi, ich potrzeby i działania organizacyjne. Personel zespołu i osoby współpracujące są dobierani pod kątem tych potrzeb.

• Wdrożono działania zabezpieczające przed ryzykiem związanym z pracą.

• Przypadki, w których prawa pacjenta/klienta zostały naruszone przez pracownika, i podjęte działania, są udokumentowane w aktach osobowych.

• Opiekę specjalistyczną (medyczną, psychologiczną, psychoterapeutyczną, społeczną, edukacyjną itp.) sprawuje personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

## 3.2 Badanie przesiewowe, krótkie interwencje i skierowanie na leczenie

**3.2.1 Krótka definicja i opis**

Badania przesiewowe i krótka interwencja mogą być bardzo użyteczne w identyfikowaniu osób z zaburzeniami związanymi z stosowaniem substancji (w niespecjalistycznych zakładach opieki zdrowotnej, tj. w placówkach opieki podstawowej, w placówkach opieki w nagłych wypadkach, u pacjentów hospitalizowanych, w placówkach opieki przedporodowej, w placówkach opieki społecznej, w szkolnych służbach zdrowia, w usługach leczenia w więzieniach itp.). Te punkty kontaktowe mogą być przydatne w promowaniu działań propagujących zdrowie i w zmniejszaniu negatywnych konsekwencji zdrowotnych zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Badania przesiewowe i krótkie interwencje przeprowadzone w tych miejscach mogą mieć znaczący wpływ na zwiększenie motywacji do zmiany, poprzez zmianę wzorców używania substancji oraz, jeśli to wskazane, włączenie osób ryzykownie używających substancji lub osób z wysokim ryzykiem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji do leczenia. Badania przesiewowe, krótkie interwencje i skierowanie na leczenie mogą być realizowane w szybki i opłacalny sposób, co powoduje minimalną ingerencję w świadczenie innych usług (WHO, 2012).

**Oparte na dowodach zalecenia programu WHO mhGAP dotyczące postępowania w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w niespecjalistycznych ośrodkach opieki zdrowotnej: krótkie interwencje psychospołeczne**

Osobom używającym substancji takich jak konopie indyjskie i psychostymulanty, po potwierdzeniu takiego stosowania w niewyspecjalizowanych zakładach opieki zdrowotnej, należy udostępnić krótką interwencję. Krótka interwencja powinna obejmować pojedynczą sesję trwającą od 5 do 30 minut, uwzględniającą zindywidualizowane informacje zwrotne i porady dotyczące ograniczenia lub zaprzestania konsumpcji konopi indyjskich lub psychostymulantów oraz propozycję wizyty kontrolnej.

W przypadku osób z utrzymującymi się problemami spowodowanymi używaniem konopi indyjskich lub psychostymulantów, u których krótkie interwencje nie przynoszą pożądanego efektu, należy rozważyć skierowanie do ośrodka w celu przeprowadzenia specjalistycznej oceny.

WHO, 2012

**3.2.2 Cele**

Rutynowe badania przesiewowe w niespecjalistycznych ośrodkach mogą umożliwić wczesną identyfikację osób doświadczających problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zapewnienie krótkich interwencji, co może przyczynić się do zapobiegania eskalacji używania substancji psychoaktywnych w kierunku występowania zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Badanie przesiewowe i następująca po nim, w przypadku wyniku pozytywnego, krótka interwencja, motywująca i przeprowadzona bez oceniania, mogą skutecznie zmienić drogę, którą mogłyby podążać osoby z grupy ryzyka rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub innych poważnych negatywnych powikłań spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem.

W badaniu przesiewowym można również identyfikować mniejszą grupę osób doświadczających już bardziej znaczących, przewlekłych lub złożonych problemów spowodowanych używaniem substancji, które będą wymagać szerszej oceny i skierowania do formalnego leczenia.

**3.2.3 Typy osób, dla których taka forma interwencji jest najbardziej odpowiednia**

Identyfikacja osób doświadczających zaburzeń spowodowanych używaniem substancji występuje w szeregu różnych miejsc; oddziałach ratunkowych, placówkach podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki społecznej i w wielu innych. Pierwszy kontakt na ogół nie będzie miał miejsca w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, a personel udzielający pomocy, oraz sami pacjenci, mogą nie rozpoznać problemowego używania substancji. Jednak miejsca te często oferują bardzo dobre możliwości przeprowadzenia badania przesiewowego, interwencji i łagodzenia czynników przyczyniających się do pojawienia się, obecności lub utrudnienia leczenia zaburzeń związanymi z używaniem substancji.

Kandydaci do rutynowych badań przesiewowych, krótkiej interwencji i skierowania na leczenie to:

• Pacjenci opieki ogólnej/ podstawowej/ psychiatrycznej

• Pacjenci hospitalizowani

- Pacjenci w oddziałach ratunkowych,

- Pacjenci w oddziałach chirurgii plastycznej,

- Pacjenci w oddziałach chirurgii ortopedycznej

• Osoby korzystające ze wsparcia instytucji opieki i pomocy społecznej

- Grupy doświadczające problemów mieszkaniowych

- Grupy żyjące i pracujące na ulicy

- Osoby opuszczające instytucjonalne formy wsparcia

• Pacjenci w ośrodkach leczenia chorób zakaźnych

• Osoby korzystające z zewnętrznych działań pomocowych w środowisku

Osoby, które popełniły przestępstwa lub wykroczenia związane z alkoholem lub substancjami psychoaktywnymi (np. prowadzenie pojazdu pod wpływem niedozwolonej substancji)

**3.2.4 Stosowane modele i metody leczenia**

**Badania przesiewowe**

Badanie przesiewowe jest zwykle definiowane jako wstępna ocena wskazująca na prawdopodobieństwo wystąpienia określonego stanu. Podstawowym celem modelu SBIRT (ang. *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*) jest wykrywanie problemów zdrowotnych lub czynników ryzyka przed wystąpieniem poważnych chorób.

Personel pracujący w różnych sektorach (np. edukacja, usługi socjalne itp.) może zostać przeszkolony, aby w ramach swoich obowiązków zawodowych skutecznie stosować walidowane, znormalizowane narzędzia przesiewowe. Narzędzia przesiewowe można podzielić na dwie kategorie: narzędzia samoopisowe (wywiady, kwestionariusze samoopisowe) i markery biologiczne (alkomat, stężenie alkoholu we krwi, badanie śliny lub moczu, badanie na obecność substancji w surowicy).

*Narzędzia do samoopisu* mają tę zaletę, że są fizycznie nieinwazyjne, niedrogie i skuteczne w wykrywaniu potencjalnych problemów spowodowanych używaniem substancji.

Dobre narzędzie do samoopisu jest krótkie (10 lub mniej pytań), elastyczne, łatwe do przeprowadzenia, łatwe dla pacjenta, nakierowane na alkohol i inne substancje, w razie potrzeby wskazuje na konieczność dalszej oceny lub interwencji, oraz ma klinicznie akceptowalny stopień wrażliwości i swoistości.

Dokładność samoopisu może zostać zwiększona, gdy pacjent otrzymuje pisemne zapewnienie poufności, gdy wywiad odbywa w warunkach, które zachęcają do rzetelnych odpowiedzi, gdy pacjent otrzymuje jasno sformułowane i obiektywne pytania oraz gdy pacjent otrzymuje pomoce pamięciowe (kalendarze, karty odpowiedzi). Co ważne, samoopis może dać bardzo błędny obraz, jeśli pacjent jest pod wpływem substancji psychoaktywnych podczas odpowiadania na pytania, nie powinno to jednak wykluczać wstępnego procesu przesiewowego.

*Markery biologiczne* mogą być przydatne, gdy pacjent nie jest w stanie uczestniczyć w wywiadzie, a potrzebne są informacje pozwalające na przeprowadzenie diagnostyki różnicowej (tj. nieprzytomny pacjent na oddziale intensywnej terapii). W przypadku świadomych pacjentów zalecane jest pytanie o używanie substancji psychoaktywnych.

Dostawcy usług powinni korzystać z walidowanych narzędzi przesiewowych w celu identyfikacji potencjalnie niebezpiecznego używania substancji i związanych z nim zachowań ryzykownych, takich jak zachowania zwiększające ryzyko zakażenia wirusem HIV, przemoc, myśli samobójcze i nieostrożne kierowanie pojazdem. Narzędzia przesiewowe powinny być krótkie i zapewniać jasne wytyczne dla usługodawców.

*Oparte na dowodach naukowych samoopisowe narzędzia przesiewowe - wybór*

Przy selekcji narzędzia przesiewowego, należy wybrać takie narzędzie, które jest standaryzowane i empirycznie walidowane do użytku w danej grupie. Gdy wyniki badań przesiewowych wskazują na potencjalnie poważny problem, dalsza ocena powinna być przeprowadzona po skierowaniu do specjalistów ds. zaburzeń związanych z używaniem substancji w celu zapewnienia odpowiedniej kontynuacji opieki.

**ASSIST** (Test przesiewowy dotyczący używania alkoholu, palenia tytoniu i używania substancji, ang. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) został opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Składa się z 8 pytań dotyczących alkoholu, tytoniu i używania substancji psychoaktywnych (w tym dożylnego podawania substancji psychoaktywnych). Pytania umożliwiają zebranie informacji na temat niebezpiecznego lub szkodliwego używania lub uzależnienia, a także dożylnego podawania substancji psychoaktywnych. Został opracowany specjalnie do stosowania w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i jest zalecany do używania w formie wywiadu (WHO, 2010)

**3.2.5 Krótka interwencja**

Według *Leksykonu terminów - alkohol i narkotyki* (WHO 1994, wydanie polskie 1997[[2]](#footnote-2)) krótka interwencja to:

„strategia lecznicza, oferująca ustrukturyzowaną, krótką (z reguły 5-30 minut) terapię, której celem jest pomoc w zaprzestaniu lub zredukowaniu używania substancji psychoaktywnej lub (rzadziej) w radzeniu sobie z innymi problemami życiowymi. Opracowana została przede wszystkim z myślą o lekarzach i innych pracownikach podstawowej opieki zdrowotnej.”

Krótkie interwencje często obejmują badanie przesiewowe prowadzone w celu zidentyfikowania niebezpiecznego i szkodliwego używania substancji, jak również udzielanie prostych porad dotyczących powiązanych problemów zdrowotnych, przedstawianych w niekonfrontacyjny sposób, a także motywowanie i wspieranie klienta/pacjenta w kierunku myślenia o zmianie zachowania związanego ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. Dokładna ocena jest kluczowa dla wykrywania problemów, które mogą powstać w związku z używaniem substancji psychoaktywnych.

W zależności od potrzeb i możliwości pacjent może zostać skierowany na 1-2 dodatkowe sesje lub spotkania kontrolne w celu sprawdzenia, czy konieczne jest dalsze leczenie.

Osoba z personelu medycznego lub inny pracownik prowadzący krótkie interwencje powinien zostać przeszkolony w zakresie stosowania technik motywacyjnych w celu budowania relacji, unikania defensywności i zwiększania wewnętrznej motywacji do zaprzestania ryzykownego używania substancji zanim jeszcze wystąpią poważniejsze problemy. Krótkie interwencje skoncentrowane są na kliencie i jego wewnętrznej sile, stanowiąc podejście, które umożliwia pacjentowi wzięcie odpowiedzialności za proces zmiany.

Elementy skutecznych krótkich interwencji można opisać w ramach modelu FRAMES (Miller and Rollnick, 2002):

• Przekazywane są informacje zwrotne dotyczące osobistego ryzyka lub zaburzenia

• Odpowiedzialność za zmianę spoczywa na kliencie

• Prowadzący interwencje zachęca do zmiany

• Oferowany jest szeroki wybór możliwości samopomocy lub leczenia

• Porady są udzielane z empatią

• Rozwija się poczucie własnej skuteczności lub optymistyczne wzmocnienie

Skuteczna krótka interwencja składa się z kilku podstawowych kroków. Najpierw omawiana jest kwestia używania substancji psychoaktywnych w kontekście zdrowia i samopoczucia pacjenta, w kontekście wyzwania, które doprowadziło do obecnej sesji. Ponieważ pacjent znajduje się w centrum rozmowy, osoba prowadząca interwencję słucha, podsumowuje i komentuje, dostarczając w ten sposób informacji zwrotnych. Pacjent jest zachęcany do rozmowy o zmianie i ustalenia realistycznych celów. Pod koniec sesji osoba prowadząca interwencję podsumowuje i przekazuje pacjentowi pozytywne informacje zwrotne, zachęcając go w ten sposób do dalszego brania odpowiedzialności za zmianę swoich zachowań.

**3.2.6 Skierowanie na leczenie**

Osoby, które przeszły badanie przesiewowe, a następnie zostały ocenione jako mające klinicznie istotne zaburzenie spowodowane używaniem substancji lub poważne współistniejące schorzenia, powinny być niezwłocznie skierowane na leczenie do najbardziej odpowiedniego ośrodka lub specjalisty. Osoba kierująca powinna być gruntownie przeszkolona w stosowaniu technik, dzięki którym pacjent rzeczywiście zostanie przyjęty do odpowiedniej placówki. Obejmują one strategie, takie jak umówienie wizyty w ośrodku leczenia w obecności pacjenta, korzystanie z pomocy „pilotów pacjentów”, którzy mogą towarzyszyć pacjentowi w drodze do ośrodka leczenia, nawiązanie kontaktu z pacjentem po przyjęciu do programu leczenia i inne techniki „kierowania w przyjaznej atmosferze”. Inicjowanie i zapewnianie leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji w miejscu, w którym stosowany jest model SBIRT jest kolejną ważną strategią poprawy wyników w modelu SBIRT u osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych.

**3.2.7 Kryteria ukończenia programu i wskaźniki skuteczności**

Głównym celem modelu SBIRT jest dotarcie do dużej liczby osób wykazujących ryzykowne zachowania związane z używaniem substancji lub zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, które w innym wypadku nie zostałyby zdiagnozowane, zachęcone do zmiany zachowań ani podjęcia leczenia. Wskaźniki realizacji dotyczące wdrożenia modelu SBIRT mogą obejmować wskaźniki badań przesiewowych wykonanych przez każdą przeszkoloną osobę w miejscu świadczenia usług lub opieki, odsetek osób, które wykazały pozytywny wynik (wyjątkowo wysoka lub niewielka liczba wyników pozytywnych może wskazywać na problem), odsetek osób z wynikiem pozytywnym, które otrzymały co najmniej jedną motywacyjną sesję interwencyjną, odsetek osób z wynikami badań przesiewowych wskazujących na bardziej poważny problem, które zostały poddane formalnej ocenie i skierowane na leczenie, oraz odsetek osób skierowanych na leczenie, które je rozpoczęły.

**3.2.8 Ocena mocy dowodów**

Istnieją dowody pochodzące z niewielkiej liczby randomizowanych badań klinicznych wskazujące, że badania przesiewowe i krótka interwencja są skuteczne w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych u osób nieuzależnionych od substancji psychoaktywnych.[[3]](#footnote-3)

**3.2.9 Zalecenia**

• Przeprowadzanie wstępnej oceny w celu ustalenia priorytetów interwencji w skoordynowanym planie leczenia

• Przeprowadzanie oceny w celu wykrycia komplikujących zaburzeń fizycznych i neurologicznych

• Przeprowadzanie oceny psychiatrycznej/psychologicznej w celu wykrycia zaburzeń komplikujących (np. depresji), które mogą mieć wpływ na postępowanie z pacjentem

• Przeprowadzanie oceny sytuacji społecznej pacjenta (np. rodziny, zatrudnienia, mieszkania, sytuacji finansowej i prawnej)

• Używanie metod szybkiej identyfikacji używanych substancji, dostępnych w postaci testów laboratoryjnych (np. mocz, krew) lub innych procedur

• Zapewnienie dostępności laboratorium i innych instrumentów umożliwiających ocenę stanu fizycznego i psychiatrycznego/psychicznego

• Przeprowadzanie oceny pacjentów przy pomocy standaryzowanych instrumentów i procedur, a także uznanych systemów klasyfikacji (np. ICD-10).

**Personel**

• Dostawca usług opracował system, w którym ​​metoda wyboru, zatrudniania i szkolenia pracowników odpowiada obowiązującym normom prawnym i ustalonym wewnętrznym zasadom.

• Organizacja posiada zasady, którymi personel kieruje się, gdy obowiązujące ustawodawstwo jest zbyt ogólne.

• Struktura organizacji i zarządzania jest ustalona i jasno określa kompetencje dla poszczególnych stanowisk.

• Dostawca usług określił strukturę i liczbę stanowisk, profile stanowisk, wymagane kwalifikacje oraz czynniki osobowe i etyczne. Struktura i liczba stanowisk uwzględniają potrzeby i aktualną liczbę użytkowników usługi, ich potrzeby i działania organizacyjne. Personel zespołu i osoby współpracujące są dobierani pod kątem tych potrzeb.

• Wdrożono działania zabezpieczające przed ryzykiem związanym z pracą.

• Przypadki, w których prawa pacjenta/klienta zostały naruszone przez pracownika, i podjęte działania, są udokumentowane w aktach osobowych.

• Opiekę specjalistyczną (medyczną, psychologiczną, psychoterapeutyczną, społeczną, edukacyjną itp.) sprawuje personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

## 3.3 Krótkoterminowe leczenie stacjonarne

**3.3.1 Krótka definicja i opis**

Krótkoterminowe leczenie stacjonarne to leczenie w warunkach, w których dostępna jest całodobowa opieka na poziomie umożliwiającym opanowanie objawów i potencjalnych powikłań, które mogą towarzyszyć zespołowi abstynencyjnemu.

Krótkoterminowe leczenie stacjonarne zapewnia czasową ulgę dla osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, jednocześnie minimalizując dyskomfort związany z zaprzestaniem stosowania substancji. Długość pobytu waha się od 1 do 4 tygodni, zależnie od lokalnych praktyka i potrzeby klinicznej. Przyjęcie do leczenia stacjonarnego pozwala na monitorowanie i stabilizację odpowiednich wskaźników fizjologicznych i emocjonalnych, a także tymczasowe odseparowanie pacjenta od środowiska, w którym miało miejsce używanie substancji. Biorąc pod uwagę, że zespoły abstynencyjne i ich leczenie mogą stanowić znaczące zagrożenie dla zdrowia, krótkoterminowe leczenie stacjonarne wymaga wyższego stopnia nadzoru medycznego niż długoterminowe leczenie stacjonarne, które następuje po ostrej fazie zespołu abstynencyjnego (patrz rozdział 7).

**3.3.2 Cele**

Głównym celem krótkoterminowego leczenia stacjonarnego jest ustabilizowanie stanu fizjologicznego i emocjonalnego pacjenta/klienta, odseparowanie pacjenta/klienta od środowiska, w którym substancje używane są w niebezpieczny sposób; zmniejszenie nasilenia ewentualnych objawów abstynencyjnych w bezpieczny i empatyczny sposób; angażowanie i motywowanie pacjenta/klienta do dalszego leczenia. Zazwyczaj krótkoterminowe leczenie stacjonarne stanowi pierwszy krok do zaprzestania używania substancji psychoaktywnych i leczenia zespołu abstynencyjnego. Czasami może też zostać wykorzystane do rozpoczęcia leczenia podtrzymującego. U pacjentów, którzy wyrażają zainteresowanie kolejnym etapem planowania opieki i wykazują zaangażowanie w odpowiednią formę kontynuowania leczenia należy w miarę możliwości rozpocząć rehabilitację.

Usługi detoksykacyjne są ważnym aspektem inicjowania leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, często służącym jako punkt wejścia w kontinuum opieki. Usługi detoksykacyjne są także okazją do zaangażowania, edukacji i nawiązania kontaktu z odpowiednimi systemami wsparcia, wspomagającą przymierze terapeutyczne i promowanie środowiska sprzyjającego lepszemu zdrowiu. Medycznie wspomagana detoksykacja może być również przeprowadzana w warunkach ambulatoryjnych, co jest mniej kosztowne, ale tempo realizacji detoksykacji jest niższe (WHO, 2009). Ryzyko nawrotu jest wysokie niezależnie od postaci detoksykacji, czego efektem jest zwiększone ryzyko przedawkowania po leczeniu.

**3.3.3 Typy osób, dla których taka forma interwencji jest najbardziej odpowiednia**

Każda osoba z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych może odnieść korzyści z krótkotrwałego leczenia stacjonarnego, chociaż osoby najbardziej potrzebujące tej formy interwencji to pacjenci u których może wystąpić ciężki zespół abstynencyjny po zaprzestaniu używania substancji psychoaktywnych oraz osoby, dla których ich obecny wzorzec używania substancji psychoaktywnych może byś szkodliwy. Ogólnie, osoby uzależnione od opioidów osiągają lepsze wyniki po długoterminowym leczeniem agonistami receptorów opioidowych, takimi jak metadon lub buprenorfina, i są narażone na zwiększone ryzyko przedawkowania, jeśli przeprowadzona zostanie tylko detoksykacja. Podczas kwalifikacji pacjentów do krótkoterminowego leczenia stacjonarnego, pierwszeństwo mają zazwyczaj pacjenci z większym nasileniem używania substancji i związanych z nim problemów zdrowotnych i społecznych, którzy prawdopodobnie nie zaprzestaną stosowania substancji i nie rozpoczną terapii oraz rehabilitacji bez pomocy medycznej i separacji od środowiska, w którym miało miejsce używanie substancji psychoaktywnych.

Przy podejmowaniu decyzji, czy dla danego pacjenta wskazane jest krótkoterminowe leczenie stacjonarne lub inne leczenie, należy wziąć pod uwagę następujące czynniki:

*Rodzaj stosowanych substancji i prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu abstynencyjnego*

Po zaprzestaniu stosowania substancji uspokajających i opioidów mogą wystąpić ciężkie objawy abstynencyjne, które są wysoce prawdopodobne w przypadku osób stosujących duże dawki w dłuższych okresach czasu.

*Nasilenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji*

Do określenia poziomu nasilenia zaburzeń można wykorzystać kryteria ICD, sumując liczbę spełnionych kryteriów, a także określając stopień nasilenia objawów w ramach każdego kryterium. Ponadto można również stosować skale, takie jak skala uzależnienia.

*Nasilenie współistniejących problemów medycznych i psychiatrycznych*

Zaburzenia psychiatryczne, w tym depresja, lęk, zespół stresu pourazowego, schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne są związane ze zwiększonym nasileniem występującego zaburzenia związanego ze stosowaniem substancji psychoaktywnych i mogą wpływać na zaangażowanie w leczenie. Objawy psychiatryczne, w tym depresja, lęk i psychoza, mogą być spowodowane przez substancje i ustępować po zaprzestaniu używania substancji.

Krótkoterminowe leczenie stacjonarne daje możliwość zaobserwowania, czy objawy psychiatryczne ustąpiły po osiągnięciu abstynencji od substancji oraz możliwość rozpoczęcia leczenia medycznego lub psychospołecznego w przypadku zaburzeń, które utrzymują się po zaprzestaniu stosowania substancji.

Kompleksowa ocena pacjenta/klienta dokonana przy przyjęciu na leczenie powinna być możliwie wyczerpująca i obejmować wywiad chorobowy, obecność przewlekłych i ostrych chorób oraz powiązanych terapii farmakologicznych, a także dokumentację chorób zakaźnych z uwzględnieniem zakażenia wirusem HIV, gruźlicy, zapalenia wątroby itp.

*Doświadczenia z wcześniejszego leczenia*.

Historia wcześniejszych prób podjęcia leczenia jest przydatna w projektowaniu strategii, która uwzględnia pomyślne próby i w oparciu o nie wskazuje formy leczenia lepiej dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta/klienta.

**3.3.4 Stosowane modele i metody leczenia**

Osiągnięcie celów terapeutycznych krótkoterminowego leczenia stacjonarnego zazwyczaj wymaga połączenia farmakoterapii, poradnictwa motywacyjnego, psychoedukacji dotyczącej skutków używania substancji i wsparcia w radzeniu sobie z zespołem abstynencyjnym. Można również prowadzić inne interwencje, takie jak wprowadzenie do terapii behawioralnej, grupy samopomocy, usługi socjalne oraz umiejętność uzyskania odpowiednich skierowań w celu kontynuowania opieki po wypisie. Poszczególne rodzaje, ilość i czas trwania tych elementów terapeutycznych różnią się w zależności od charakteru, złożoności i czasowego wzorca używania substancji, jak również występowania dodatkowych problemów fizycznych i psychiatrycznych.

**3.3.5 Leczenie objawów abstynencyjnych**

Objawy abstynencyjne to grupa objawów o zmiennej konfiguracji i zmiennym stopniu nasilenia, które występują po zaprzestaniu lub zmniejszeniu używania substancji psychoaktywnej, która była wielokrotnie stosowana, zwykle przez dłuższy czas i/lub w dużych dawkach. Objawom tym mogą towarzyszyć objawy zaburzeń fizjologicznych. Zespół abstynencyjny jest jednym ze wskaźników zespołu uzależnienia. Jest również cechą definiującą uzależnienie w jego węższym, psychofarmakologicznego ujęciu.

Występowanie i przebieg zespołu abstynencyjnego są ograniczone w czasie i są związane z rodzajem stosowanej substancji i dawkowaniem bezpośrednio przed zaprzestaniem lub ograniczeniem stosowania substancji. Zazwyczaj cechy zespołu abstynencyjnego są przeciwieństwem cech ostrego zatrucia substancją psychoaktywną.

Leczenie zespołu abstynencyjnego jest zwykle istotnym problemem u pacjentów z wywiadem wskazującym na długotrwałe, ciężkie i niedawne stosowania opioidów, alkoholu, benzodiazepin lub barbituranów. W takich przypadkach stosowane są ustalone metody postępowania, zwykle z zastosowaniem farmakoterapii w połączeniu z odpoczynkiem, odżywianiem i poradami motywacyjnymi. Nierozpoznane i nieleczone objawy abstynencyjne mogą doprowadzić pacjenta do rezygnacji z leczenia. Dlatego pracownicy krótkoterminowych programów leczenia stacjonarnego uzależnień muszą posiadać wiedzę na temat możliwych postaci zespołu abstynencyjnego oraz przygotowanie do udzielenia wsparcia psychologicznego i motywowania pacjenta do przejścia przez fazę zespołu abstynencyjnego, jak również możliwość przepisania skutecznych terapii lekowych wskazanych w leczeniu tego zespołu.

*Opioidowy zespół abstynencyjny*

Leczenie farmakologiczne opioidowego zespołu abstynencyjnego obejmuje krótkotrwałe leczenie metadonem i buprenorfiną, agonistami receptorów alfa-2 (klonidyną lub lofeksydyną).

*Zespół abstynencyjny po lekach uspokajających i nasennych*

Pacjenci przyjęci do krótkoterminowego programu leczenia stacjonarnego powinni zostać zapytani o stosowanie alkoholu i środków uspokajających, monitorowani pod kątem pojawienia się objawów abstynencyjnych lub leczeni profilaktycznie, jeśli są w grupie wysokiego ryzyka (intensywne, regularne stosowanie lub wcześniejsze epizody zespołu abstynencyjnego w wywiadzie).

Zespół abstynencyjny po lekach uspokajających i nasennych można skutecznie leczyć długodziałającymi benzodiazepinami, rozpoczynając od dawki wystarczającej do złagodzenia objawów abstynencyjnych, która następnie jest stopniowo redukowana w ciągu kilku dni lub tygodni. Pacjenci muszą być monitorowani pod kątem pojawienia się ciężkich objawów odstawienia alkoholu lub leków uspokajających i nasennych, w tym napadów drgawkowych, niestabilności sercowo-naczyniowej i zaburzeń świadomości. Należy zachować ostrożność, aby leczenie nie polegało jedynie na przedłużaniu używania leków uspokajająco-nasennych.

W ramach krótkoterminowych programów leczenia stacjonarnego możliwe musi być leczenie medyczne tych ciężkich objawów lub przeniesienie takich pacjentów do szpitala.

*Inne zespoły abstynencyjne*

Zespół abstynencyjny po stymulantach jest mniej wyraźnie zdefiniowany niż zespoły abstynencyjne po substancjach działających depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, widoczna jest depresja, której towarzyszy złe samopoczucie, bezwład i niestabilność.

Leczenie farmakologiczne zespołów abstynencyjnych po stymulantach i przetworach konopi uzależnione jest od wystąpienia objawów.

**3.3.6 Ocena i rozpoczęcie leczenia współwystępujących zaburzeń psychiatrycznych i medycznych**

Krótkoterminowe leczenie stacjonarne rozpoczyna się od wywiadu medycznego i psychiatrycznego, badania stanu fizycznego i psychicznego oraz diagnostyki laboratoryjnej. Jest to okazja do zidentyfikowania i zainicjowania lub stabilizacji leczenia problemów medycznych, które często występują u pacjentów uzależnionych od substancji.

Ostre problemy zdrowotne często występujące przy przyjęciu mogą obejmować: dezorientację, nadmierną sedację, zaburzenia oddychania, omamy, napady drgawkowe, niestabilne ciśnienie krwi lub gorączkę i należy je leczyć przed podjęciem dalszej terapii lub opieki. Zgodnie z lokalnymi warunkami mechanizmy leczenia uzależnienia od opioidów należy łączyć z leczeniem gruźlicy, zakażenia wirusem HIV i zapalenia wątroby, w celu kontynuowania działań przeciwinfekcyjnych. W ramach krótkoterminowego programu leczenia stacjonarnego może nie być dostępna specjalistyczna wiedza medyczna, ani odpowiednia ilość czasu na rozpoczęcie leczenia, ale powinna być dostępna konsultacja i skierowanie do odpowiedniej poradni.

Ból przewlekły to kolejny powszechny problem, który może przyczynić się do używania nielegalnych substancji, w szczególności opioidów, oraz do ryzyka nawrotu. Należy uzyskać skierowanie na dalszą diagnostykę źródła bólu i określić strategie postępowania z bólem.

Współwystępujące zaburzenia psychiczne, w tym depresja, zespół stresu pourazowego i inne zaburzenia lękowe, a także objawy psychotyczne są powszechne u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Krytycznym pierwszym krokiem w dokładnej ocenie objawów psychiatrycznych u osób używających substancji psychoaktywnych jest odróżnienie niezależnych zaburzeń od zaburzeń wywoływanych przez substancje i ustępujących po podjęciu abstynencji. Intensywne i przewlekłe używanie substancji psychoaktywnych oraz zespoły abstynencyjne mogą powodować szereg objawów zaburzeń depresyjnych i lękowych, w tym nastrój depresyjny lub lękowy, utratę zainteresowania, drażliwość, zmęczenie, bezsenność, słabą koncentrację, niski apetyt, utratę wagi.

**3.3.7 Opracowanie planu leczenia po krótkoterminowym leczeniu stacjonarnym**

Rozpoczęcie krótkoterminowego leczenia stacjonarnego w ośrodku to ważny krok w kierunku poprawy stanu zdrowia osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji. Instytucje służby zdrowia współpracują z innymi podmiotami, aby zapewnić pacjentom/klientom niezbędne zasoby, leczenie i opiekę, a także wspomóc ich w poradzeniu sobie z różnymi wyzwaniami i barierami, jakie mogą napotkać na drodze do poprawy stanu zdrowia. Utrzymanie trwałych zachowań zdrowotnych ma szczególne znaczenie po zakończeniu leczenia przez pacjentów/klientów, ponieważ ryzyko nawrotu i przedawkowania znacząco wzrasta w czasie bezpośrednio po wypisie.

Skuteczny plan leczenia w ramach krótkoterminowego leczenia stacjonarnego powinien obejmować kilka strategii mających zmaksymalizować szanse przejścia pacjenta do kolejnego etapu opieki i utrzymania osiągnięć z leczenia stacjonarnego, głównie utrzymania stabilizacji medycznej i psychologicznej oraz abstynencji (zasadniczy cel leczenia związany z zapobieganiem nawrotom). Podczas planowania wypisu z opieki stacjonarnej do ambulatoryjnej lub do długoterminowego programu stacjonarnego należy wziąć pod uwagę następujący wymiar leczenia:

*Dostępność wsparcia społecznego w celu promowania abstynencji, ograniczenia stosowania substancji psychoaktywnych i zdrowienia*

Sieć społeczna może mieć wpływ na wzorce używania substancji psychoaktywnych. Osoby objęte krótkoterminowym leczeniem szpitalnym powinny zostać poinformowane o różnych czynnikach, które mogą przyczyniać się do niebezpiecznego stosowania substancji i powinny dysponować różnymi strategiami kreowania i utrzymywania środowiska promującego zdrowie.

*Długoterminowe leczenie farmakologiczne*

W przypadku uzależnienia od opioidów plan powinien prawie zawsze obejmować długoterminową farmakoterapię (leczenie podtrzymujące metadonem, buprenorfiną lub naltreksonem o przedłużonym uwalnianiu). Agoniści opioidowi (metadon i buprenorfina) ograniczają używanie substancji psychoaktywnych, przestępczość i ryzyko śmierci z powodu uzależnienia od opioidów o około dwie trzecie. Wykazano, że antagonista opioidów, naltrekson, jest bardziej skuteczny niż placebo. Skuteczność tych leków została bardzo dobrze udokumentowana, w tym skuteczność w zapobieganiu nawrotom po leczeniu stacjonarnym. Optymalnie lek powinien zostać włączony podczas leczenia stacjonarnego i kontynuowany w ramach programu ambulatoryjnego.

*Dalsza opieka*

Po krótkoterminowym leczeniu stacjonarnym należy kontynuować opiekę psychologiczną pod kątem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji. W przypadku niektórych pacjentów o większym nasileniu objawów uzależnienia i braku wsparcia społecznego po krótkoterminowym leczeniu stacjonarnym wskazane jest skierowanie na długoterminowe leczenie stacjonarne. W przypadku niektórych pacjentów o mniejszym nasileniu objawów i z lepszym wsparciem społecznym leczenie ambulatoryjne jest logicznym kolejnym krokiem. Pomoc w poruszaniu się w obrębie systemu opieki zdrowotnej i społecznej jest potrzebna, aby pacjent/klient mógł uzyskać pomoc dotyczącą aspektów życia, które mogą wpłynąć na zdolność do utrzymywania sukcesów w leczeniu - szkolenia zawodowego, stabilnych warunków mieszkaniowych itp.

Ważnym celem krótkoterminowego leczenia stacjonarnego jest identyfikacja i rozpoczęcie leczenia współwystępujących zaburzeń. Po wypisie z krótkoterminowego leczenia stacjonarnego należy kontynuować terapię, więc wymagane są odpowiednie skierowania. Optymalnym rozwiązaniem jest leczenie współistniejących zaburzeń medycznych lub psychiatrycznych oferowane w ramach programu leczenia uzależnień. Prawdopodobieństwo utrzymania zaangażowania pacjentów w leczenie jest większe, jeśli całe leczenie zostanie zintegrowane w jednym miejscu.

**3.3.8 Szczególne wymagania (czynności, dokumentacja, personel itp.)**

**Czynności terapeutyczne**

Krótkoterminowe stacjonarne programy leczenia dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych powinny obejmować następujące pozycje:

• Kompleksową diagnozę bio-psychospołeczną przyjmowanego pacjenta

• Plan leczenia, który najlepiej odpowiada potrzebom pacjenta

• Detoksykację wspomaganą farmakologicznie, jeśli jest wskazana

• Rozpoczęcie leczenia podtrzymującego, jeśli jest wskazane

• Strategię wspierania motywacji pacjentów do zmian

• Kontakt z osobami, które są znaczące w sieci społecznej pacjenta, aby zaangażować je w plan leczenia

• Rozpoczęcie behawioralnych strategii leczenia uzależnień

• Rozpoczęcie leczenia współwystępujących zaburzeń medycznych i psychiatrycznych, o ile pozwalają na to czas i zasoby

• Bieżącą ocenę postępów pacjenta w leczeniu i ciągłą ocenę kliniczną, która stanowi część programu

• Planowanie wypisów powiązane z profilaktyką nawrotów i strategiami kontynuacji opieki po leczeniu stacjonarnym, z uwzględnieniem leczenia podtrzymującego, o ile jest wskazane, odpowiedniego zakresu leczenia psychospołecznego uzależnienia oraz stałego leczenia współistniejących problemów medycznych i psychiatrycznych.

Przy przyjęciu do krótkoterminowego leczenia stacjonarnego należy przeprowadzić kompleksową ocenę medyczną i psychospołeczną każdego pacjenta w celu ustalenia indywidualnych potrzeb i planu leczenia dla każdego pacjenta. Ocena powinna obejmować wywiad medyczny i psychiatryczny, ocenę stanu fizycznego i psychicznego. Zalecane jest zapisywanie wniosków, wyników oceny i planów na przygotowanym formularzu oceny.

Odpowiednio wykwalifikowany pracownik może zastosować oparte na dowodach narzędzie oceny, takie jak Wskaźnik Stopnia Uzależnienia (ang. Addiction Severity Index, ASI), oceniający nasilenie problemów spowodowanych używaniem substancji i powiązanych problemów występujących w innych obszarach (medycznych, psychiatrycznych, rodzinnych itp.) Można rozważyć zastosowanie ustrukturyzowanego wywiadu dotyczącego zaburzeń psychiatrycznych, np. MINI, SCID lub CIDI-SAM, szczególnie użytecznego zarówno w identyfikacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, jak i współistniejących zaburzeń psychicznych.

Za zgodą pacjenta, przebieg choroby i potrzeby pacjenta należy omówić z podmiotem kierującym i/lub lekarzem pacjenta, szczególnie jeśli pacjent otrzymuje leki w związku z leczeniem jakiejkolwiek choroby fizycznej lub psychicznej, a także, jeśli to możliwe, z terapeutą, opiekującym się pacjentem poza ośrodkiem leczenia stacjonarnego, jeśli jest on dostępny.

Osoby uzależnione mogą obawiać się krótkich przerw w ciągłości leczenia oraz ryzyka związanego z nimi nawrotu. Pacjenci powinni znać podstawowe opcje i usługi leczenia farmakologicznego (jak opisano w części dotyczącej leczenia ambulatoryjnego), a w leczeniu przedawkowania należy stosować nalokson. Podawanie wyższych dawek leków jest bezpieczniejsze, gdy przebiega w warunkach krótkoterminowego leczenia stacjonarnego niż w warunkach ambulatoryjnych. Czas leczenia jest zazwyczaj krótszy w przypadku stosowania metadonu i buprenorfiny w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego.

*Szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B*

Wirusowe zapalenie wątroby typu B jest powszechne w wielu grupach osób używających substancji psychoaktywnych, w szczególności (ale nie wyłącznie) osób przyjmujących substancje dożylnie. Krótkoterminowe leczenie stacjonarne może być okazją do przeprowadzenia szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. W zależności od czasu trwania leczenia, można zastosować przyspieszony schemat szczepień składający się z 2 lub 3 dawek u osób, które nie przeszły pełnego cyklu szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B przed rozpoczęciem leczenia, bez konieczności przeprowadzenia wcześniejszego badania serologicznego (WHO, 2012).

**3.3.9 Kryteria ukończenia programu i wskaźniki skuteczności**

Natychmiast po przyjęciu do krótkoterminowego leczenia stacjonarnego pacjenci powinni być monitorowani wielokrotnie w ciągu doby w kierunku objawów abstynencyjnych i wszelkich ostrych problemów medycznych lub psychiatrycznych. Po ustabilizowaniu się ostrych problemów codzienne monitorowanie powinno być ukierunkowane na stan zdrowia fizycznego i psychicznego, a także na poziom motywacji i opracowanie celów i planów leczenia po wypisaniu. Głównym długoterminowym celem leczenia jest pomoc pacjentowi w rozwijaniu umiejętności utrzymywania zdrowego trybu życia oraz funkcjonowania bez leków. Bezpośrednim celem podczas leczenia krótkoterminowego jest przygotowanie podstaw i ustalenie długoterminowego planu leczenia, który będzie służył osiągnięciu tych celów.

Pomyślne zakończenie krótkoterminowego leczenia stacjonarnego można ocenić u każdego pacjenta na podstawie kilku parametrów, takich jak:

• Ustąpienie objawów abstynencyjnych

• Zrozumienie przez pacjenta własnego nałogu i związanych z nim problemów

• Rozwój motywacji do kontynuowania leczenia po wypisie

• Poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz rozpoczęcie leczenia i/lub plany związane z wypisem uwzględniające radzenie sobie z problemami w perspektywie długoterminowej

• Złagodzenie głodu narkotyku i początek rozwoju umiejętności kontrolowania czynników wyzwalających (myśli, emocji i zachowań), które prowadzą do używania substancji psychoaktywnych

• Gotowość do kontynuowania leczenia po wypisie w ramach długoterminowej opieki stacjonarnej lub leczenia ambulatoryjnego

Skuteczność programu krótkoterminowego leczenia stacjonarnego może być oceniana za pomocą tzw. miar procesu (tj. jakie usługi są świadczone lub jakie cele osiągają pacjenci podczas pobytu terapeutycznego) lub obiektywnych miar długoterminowego wyniku leczenia po wypisie. Jedną z takich obiektywnych miar wyniku może być odsetek pacjentów, którzy podejmują konkretne leczenie uzależnienia po wypisie. Innym wskaźnikiem wyniku jest abstynencja i inne wskaźniki powrotu do zdrowia obserwowane w perspektywie długoterminowej (np. po upływie 6 miesięcy). Tego typu wskaźnik długoterminowy jest rzadko wykorzystywany, ponieważ wymaga monitorowania i długotrwałej obserwacji pacjentów.

**3.3.10 Ocena mocy dowodów**

• Istnieją dowody pochodzące z randomizowanych badań klinicznych wskazujące, że określone leki skutecznie wspierają detoksykację opioidową.

• Istnieją dowody pochodzące z niewielkiej liczby randomizowanych badań klinicznych wskazujące, że długoterminowe leczenie agonistami jest bardziej skuteczne niż detoksykacja z powodu uzależnienia od opioidów.

• Dane z randomizowanych badań klinicznych wskazują, że wsparcie psychospołeczne poprawia wyniki detoksykacji w uzależnieniu od opioidów.

• Wyniki jednego randomizowanego badania klinicznego, w którym porównywano detoksykację ambulatoryjną z detoksykacją stacjonarną w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego pokazały dwukrotnie wyższe odsetki pacjentów, którzy pomyślnie zakończyli leczenie w grupie osób korzystającej z detoksykacji stacjonarnej.[[4]](#footnote-4)

**3.3.11 Zalecenia**

• Stosowane terapie są regularnie oceniane i modyfikowane przez personel we współpracy z pacjentem w celu zapewnienia właściwego postępowania

• Dostępne są precyzyjne protokoły postępowania dotyczące przepisywania leków i innych interwencji właściwych w przypadku konkretnych potrzeb pacjentów oraz różnych grup leków

• Protokoły są w miarę możliwości oparte na wynikach badań naukowych. Jeśli nie jest to możliwe, są one zgodne z przyjętą praktyką

• Pacjent otrzymuje informację o zakresie dostępnych, odpowiednich opcji leczenia

• Dostępne są laboratoria na miejscu lub poza nim, a także inne możliwości diagnostyczne

• Możliwy jest dostęp do grup samopomocy i innych grup wsparcia

• Bez względu na to, czy celem leczenia jest abstynencja czy nie, podejmowane są działania mające na celu ograniczenie szkodliwości dalszego stosowania substancji psychoaktywnych (dieta zdrowotna, stosowanie sterylnego sprzętu do wstrzyknięć)

• Kiedy rozważana jest procedura o znanym poziomie ryzyka, przeprowadzana jest ostrożna ocena stosunku ryzyka do korzyści, co pozwala wybrać kryteria najmniejszego ryzyka

• Wdrożony jest system zapewniający ciągłość opieki nad pacjentem

• Prowadzona jest systematyczna ocena efektów świadczonych usług w celu oceny ogólnej wydajności i skuteczności (tj. ocena programu)

• Programy leczenia uzależnień są powiązane, a inne usługi umożliwiają interwencje nakierowane na dzieci i innych członków rodziny osób stosujących substancje psychoaktywne, którzy ponoszą koszty psychiczne lub społeczne

• Istnieje możliwość skorzystania z pomocy służb ratunkowych lub transportu w razie zagrażających życiu powikłań spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych lub ich odstawieniem

**Personel**

• Dostawca usług opracował system, w którym ​​metoda wyboru, zatrudniania i szkolenia pracowników odpowiada obowiązującym normom prawnym i ustalonym wewnętrznym zasadom.

• Organizacja posiada zasady, którymi personel kieruje się, gdy obowiązujące ustawodawstwo jest zbyt ogólne.

• Struktura organizacji i zarządzania jest ustalona i jasno określa kompetencje dla poszczególnych stanowisk.

• Dostawca usług określił strukturę i liczbę stanowisk, profile stanowisk, wymagane kwalifikacje oraz czynniki osobowe i etyczne. Struktura i liczba stanowisk uwzględniają potrzeby i aktualną liczbę użytkowników usługi, ich potrzeby i działania organizacyjne. Skład zespołu oraz osoby współpracujące są dobierani pod kątem tych potrzeb.

• Wdrożono działania zabezpieczające przed ryzykiem związanym z pracą.

• Przypadki, w których prawa pacjenta/klienta zostały naruszone przez pracownika, i podjęte działania, są udokumentowane w aktach osobowych.

• Opiekę specjalistyczną (medyczną, psychologiczną, psychoterapeutyczną, społeczną, edukacyjną itp.) sprawuje personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

**Wypis, dalsza opieka i skierowanie**

• Opracowane są kryteria wykluczenia pacjenta z programu z powodu naruszenia zasad obowiązujących w programie leczenia, przemocy, utrzymującego się używania substancji wbrew zaleceniom itp.

• Opracowane są kryteria postępowania w określonych sytuacjach ryzyka (np. intoksykacja, ryzyko samobójstwa)

## 3.4 Leczenie ambulatoryjne

Leczenie ambulatoryjne obejmuje leczenie i opiekę nad osobami, które nie przebywają stale w zakładzie leczniczym. Choć placówka może świadczyć opiekę nocną (tj. szpital), pacjenci mieszkają w swoich domach i przychodzą do placówki leczenia tylko w celu uzyskania świadczeń. Usługi ambulatoryjne różnią się znacznie pod względem swoich komponentów i intensywności. Mogą one obejmować działania w zakresie edukacji zdrowotnej, a także ciągłą opiekę i wsparcie w procesie zdrowienia.

**3.4.1 Grupa docelowa**

Leczenie ambulatoryjne jest najbardziej odpowiednie dla osób, które mają wystarczające wsparcie społeczne oraz zasoby w domu i otoczeniu, aby uczestniczyć w takiej opiece. Leczenie ambulatoryjne jest idealnym rozwiązaniem zapewniającym długoterminową opiekę podtrzymującą nad pacjentami z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji, ponieważ większość problemów spowodowanych używaniem substancji może być leczonych ambulatoryjnie, z zapewnieniem zarówno terapii psychospołecznej jak i farmakologicznej. Grupa docelowa zależy od danego rodzaju interwencji ambulatoryjnej.

**3.4.2 Cele**

Główne cele leczenia ambulatoryjnego to pomoc pacjentom w zaprzestaniu lub ograniczeniu używania substancji psychoaktywnych; minimalizowanie medycznych, psychiatrycznych i społecznych powikłań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych; zmniejszenie ryzyka nawrotu oraz poprawa funkcjonowania w wymiarze osobistym i społecznym w ramach długotrwałego procesu zdrowienia. Kolejnym ważnym celem jest zwiększenie dostępności leczenia i opieki zdrowotnej dla osób w poważnym stanie, które nie chcą zaakceptować hospitalizacji lub leczenia stacjonarnego jako początkowego etapu terapii.

**3.4.3 Charakterystyka**

Programy leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych mogą różnić się w zależności od poziomu intensywności oferowanych usług.

*Interwencje o dużej intensywności*

Programy, takie jak leczenie dzienne o dużej intensywności, mogą wymagać częstych interakcji z pacjentami (np. codziennie lub kilka godzin w ciągu jednego lub więcej dni). Działania w obrębie tych usług obejmują takie elementy jak:

• Kompleksowa diagnoza bio-psychospołeczna nowego pacjenta

• Plan leczenia, który najlepiej odpowiada potrzebom pacjenta

o Pacjent ma wpływ na opiekę, udział jest dobrowolny

• Wspomagana farmakologicznie detoksykacja od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, jeśli jest wskazana

• Rozpoczęcie leczenia podtrzymującego w przypadku uzależnienia od opioidów

• Kontakt z rodziną i innymi osobami w celu zaangażowania ich w trwające leczenie

• Behawioralne i psychospołeczne leczenie uzależnienia i współwystępujących zaburzeń psychiatrycznych

• Leczenie farmakologiczne współistniejących zaburzeń medycznych i psychiatrycznych

• Spisanie kontraktu terapeutycznego, który jasno określa wszystkie procedury leczenia, usługi oraz zasady i regulamin, a także oczekiwania wobec pacjenta

• Bieżąca ocena postępów pacjenta w leczeniu i ciągła ocena kliniczna stanowiąca integralną część programu

• Planowanie wypisów powiązane z profilaktyką nawrotów i strategiami kontynuacji opieki w okresie po leczeniu stacjonarnym, z uwzględnieniem leczenia podtrzymującego, o ile jest wskazane, odpowiedniego poziomu leczenia psychospołecznego uzależnienia oraz stałego leczenia współistniejących problemów medycznych i psychiatrycznych.

*Interwencje o średniej i niskiej intensywności*

Interwencje o niższej intensywności mogą obejmować cotygodniowe sesje wsparcia grupowego, poradnictwo indywidualne lub edukację w zakresie zdrowia i substancji psychoaktywnych.

W trakcie leczenia ambulatoryjnego prowadzący je specjaliści mogą przeprowadzać systematyczne oceny dotyczące używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentów. Niezbędna jest rutynowa współpraca z usługami pokrewnymi. Obejmują one integrację leczenia ambulatoryjnego z usługami zdrowotnymi ukierunkowanymi na pomoc pacjentom z chorobami zakaźnymi, takimi jak zakażenie wirusem HIV, wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica i zakażenia przenoszone drogą płciową. Koordynacja usług powinna też ułatwiać pacjentowi/klientowi poruszanie się w obrębie usług świadczonych w odpowiednich szpitalach psychiatrycznych, jeśli niezbędna jest opieka szpitalna, np. w przypadku psychozy, zachowań samobójczych, detoksykacji.

Leczenie ambulatoryjne musi być połączone rutynową współpracą z instytucjami oferującymi wsparcie społeczne i innymi organizacjami, w tym instytucjami oświatowymi, urzędami pracy, opieką społeczną, usługami oferującymi wsparcie dla osób niepełnosprawnych, instytucjami mieszkaniowymi, sieciami społecznymi lub pomocą prawną.

**3.4.4 Modele i metody**

Cele leczenia są najskuteczniej osiągane poprzez połączenie leczenia farmakologicznego i psychospołecznego. Optymalnie programy ambulatoryjnego leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinny zawierać kompleksową gamę usług odpowiadających na różne problemy dotykające pacjentów/klientów na rozmaitych płaszczyznach życia.

Obecnie nie ma rozstrzygających badań naukowych zalecających jedno konkretne podejście do leczenia osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Elementy opieki muszą być indywidualnie dostosowane do potrzeb każdego pacjenta/klienta. Literatura naukowa wskazuje na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (ang. cognitive behavioral therapy - CBT), wywiadu motywującego (ang. motivational interviewing, MI), terapii wzmacniania motywacji do zmiany (ang. motivation enhancement therapy, MET), terapii rodzinnej (ang. family therapy, FT), programu nagradzania pozytywnych zachowań (ang. contingency management, CM), poradnictwa w zakresie używania substancji psychoaktywnych, programu 12 kroków realizowanego w grupach i innych.

**3.4.5 Interwencje behawioralne i psychospołeczne oparte na dowodach naukowych**

W programach leczenia ambulatoryjnego należy stosować interwencje psychospołeczne ukierunkowane na te czynniki motywacyjne, psychologiczne, społeczne i środowiskowe, które przyczyniają się do używania substancji i takie, które mają wpływ na promowanie abstynencji i zapobieganie nawrotom. Leczenie psychospołeczne może wpłynąć na lepsze przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia i leków.

**Zalecenia WHO:**

W leczeniu uzależnienia od psychostymulantów można stosować interwencje psychospołeczne obejmujące zarządzanie nagrodami i terapię poznawczo-behawioralną (CBT) oraz terapię rodzinną. Chociaż wiele badań naukowych wykorzystuje pieniężne środki motywacji, sposób realizacji programu nagradzania pozytywnych zachowań należy dostosować do danej kultury i populacji oraz uwzględnić uwagi pacjentów.

W leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich można stosować interwencje psychospołeczne oparte na terapii poznawczo-behawioralnej, terapii wzmacniania motywacji do zmiany (MET) lub terapii rodzinnej.

Leczenie zaburzeń zachowania może obejmować interwencje behawioralne dla dzieci i młodzieży oraz szkolenie z zakresu umiejętności opiekuńczych.

W leczeniu uzależnienia od alkoholu można zaproponować interwencje psychospołeczne, w tym terapię poznawczo- behawioralną (CBT), terapię psychodynamiczną, terapię behawioralną, terapię sieci społecznych, terapię par, program nagradzania pozytywnych zachowań (ang. contingency management, CM), interwencje motywujące i program 12 kroków.

**(mhGAP, 2015)**

**Zalecenia WHO dotyczące interwencji psychospołecznych w leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich**

W leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich można stosować interwencje psychospołeczne oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), terapii wzmacniania motywacji do zmiany (MET) lub terapii rodzinnej.

(mhGAP, 2015)

*Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)*

CBT to skuteczne i wartościowe podejście stosowane w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Terapia CBT jest oparta na założeniu, że ​​wzorce i procesy używania substancji psychoaktywnych są wyuczone i mogą być modyfikowane. Podczas leczenia pacjenci poznają nowe umiejętności radzenia sobie i strategie poznawcze, które mają zastąpić dysfunkcyjne zachowania i wzorce myślenia. Sesje terapii CBT są planowane według konkretnych celów realizowanych na każdej sesji, a w centrum uwagi znajdują się najpilniejsze problemy, z którymi boryka się dana osoba. Terapia CBT może być stosowana krótkoterminowo i dostosowana do różnych pacjentów, miejsca leczenia, a także prowadzona zarówno podczas sesji indywidualnych, jak i grupowych. Terapię CBT można łączyć z szeregiem innych terapii psychospołecznych i farmakologicznych.

*Program nagradzania pozytywnych zachowań (CM)*

Program nagradzania pozytywnych zachowań polega na przyznawaniu pacjentom konkretnych nagród niepieniężnych w celu wzmocnienia pozytywnych zachowań, takich jak abstynencja, udział w leczeniu, przestrzeganie zaleceń lekarskich lub realizacja własnych konkretnych celów terapeutycznych. Do osiągnięcia skuteczności programu konieczne są testy toksykologiczne i monitorowane pobieranie moczu z natychmiastową informacją zwrotną. Wyniki testów są wskaźnikiem postępu leczenia i mogą być omawiane podczas poufnych sesji w celu lepszego zrozumienia stanu pacjenta/klienta. Podejście CM jest często stosowane w ramach leczenia koncentrującego się na promowaniu nowych zachowań, które konkurują z używaniem substancji psychoaktywnych i można je łączyć z terapią CBT.

Pacjenci uczestniczący w programie nagradzania pozytywnych zachowań w większym stopniu zachowują abstynencję w trakcie leczenia w porównaniu do pacjentów leczonych zwykłymi metodami. Stwierdzono, że program CM jest szczególnie użyteczny w leczeniu pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem amfetaminy i kokainy, w którym pozwala zmniejszyć liczbę przypadków przerwania leczenia i ograniczyć używanie substancji. Inne badania wykazały, że stosowanie w programach CM bonów, za które można nabyć dobra rzeczowe, w nagrodę za zaangażowany udział w leczeniu skutecznie zwiększało poziom zatrudnienia osób objętych terapią.

*Wywiad motywujący (MI) i terapia wzmacniania motywacji do zmiany (MET)*

Wywiad motywujący jest metodą polegającą na współpracy i wzmacnianiu motywacji przy poszanowaniu autonomii pacjenta. Terapeuta pełni rolę doradczą, a nie autorytatywną, i stara się zrozumieć wartości pacjenta. Jest to proces budujący empatię i wspierający przymierze terapeutyczne stanowiące platformę, na której możliwe będzie wypracowanie zmian w zachowaniu. Wywiad motywujący daje także obiecujące wyniki w ograniczaniu zachowań ryzykownych, takich jak seks bez zabezpieczenia i dzielenie się igłami. Skuteczność wywiadu motywującego potwierdzono w wielu kontrolowanych badaniach klinicznych. Efekty MI utrzymują się do roku po leczeniu.

*Zaangażowanie członków rodziny i innych bliskich*

Stwierdzono, że zorientowanie leczenia na rodzinę skutecznie poprawia zaangażowanie w terapię, ogranicza używanie substancji psychoaktywnych i zwiększa udział w dalszej opiece w porównaniu z terapią koncentrującą się na indywidualnym pacjencie. Podejścia zorientowane na rodzinę są szczególnie przydatne w edukowaniu pacjentów i ich rodzin o charakterze uzależnienia i procesie zdrowienia.

Terapie, które zostały uznane za skuteczne to terapia behawioralna par, krótkoterminowa terapia rodzinna, terapia wielosystemowa i wielowymiarowa terapia rodzinna (ang. Multisystemic Therapy and Multidimensional Family Therapy, MDFT).

Wykazano, że podczas leczenia nastolatków uzależnionych od konopi indyjskich w ośrodkach środowiskowych terapia MDFT jest skuteczna w większej liczbie aspektów niż terapia CBT, chociaż oba modele terapii pozwalają znacznie zmniejszyć spożycie konopi indyjskich i alkoholu.

Praca z rodziną może być również pomocna, gdy pacjent odmawia zaangażowania się w leczenie, z wykorzystaniem metod takich jak terapia z innym członkiem rodziny (ang. Unilateral Family Therapy) lub społecznościowy program wzmacniania motywacji (ang. Community Reinforcement) i szkolenia dla rodzin (ang. Family Training).

**3.4.6 Interwencje farmakologiczne oparte na dowodach naukowych**

Leki mogą być bardzo pomocne w leczeniu różnych zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, a szczególnie w leczeniu intoksykacji i przedawkowania, zespołów abstynencyjnych, i innych zaburzeń, a także powikłań psychiatrycznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Terapie farmakologiczne należy stosować równolegle z interwencjami psychospołecznymi.

**3.4.7. Leczenie farmakologiczne**

*Przedawkowanie opioidów*

Rozpoznanie ustala się na podstawie obecności trzech objawów: 1) szpilkowatych źrenic, 2) utraty przytomności i 3) depresji oddechowej. Przedawkowanie opioidów można leczyć za pomocą naloksonu. Skuteczność kliniczna naloksonu jest znana od wielu lat. Co więcej, środek ten charakteryzuje się niezwykle rzadkimi działaniami niepożądanymi i powinien być dostępny we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej, które mogą zostać poproszone o udzielenie pomocy pacjentowi w sytuacji przedawkowania opioidów.

W niektórych krajach dystrybuuje się ampułkostrzykawki z naloksonem wśród pacjentów i członków rodziny, którzy otrzymują też szkolenie w zakresie resuscytacji, co może zapobiegać przedawkowaniu. Prowadzenie takich systemów dystrybucji zostało pozytywnie ocenione. Dystrybucja naloksonu jest przystępną cenowo metodą zapobiegania przedawkowaniu opioidów, szczególnie tam, gdzie dostępne są niedrogie ampułkostrzykawki. Mimo, że nalokson podawany przez osoby postronne jest potencjalnie ratującym życie środkiem doraźnym podawanym w przedawkowaniu opioidów, nie powinien być postrzegany jako zamiennik kompleksowej opieki medycznej.

**Zalecenia WHO (2014)**

Nalokson powinien być dostępny we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej, które mogą zostać poproszone o udzielenie pomocy pacjentowi w sytuacji przedawkowania opioidów.

Stosowanie różnych metod leczenia uzależnienia od opioidów, w tym wsparcia psychospołecznego, leczenia podtrzymującego opioidami, np. metadonem i buprenorfiną, wspomaganej detoksykacji i leczenia antagonistami receptorów opioidowych, takimi jak naltrekson.

Osoby, które mogą być świadkami przedawkowania opioidów powinny mieć dostęp do naloksonu i do szkoleń w zakresie postępowania podczas przedawkowania opioidów.

*Detoksykacja opioidowa*

Głównym celem detoksykacji jest ustabilizowanie zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta w humanitarny sposób, nienaruszający godności pacjenta podczas usuwania szkodliwej substancji z organizmu. Detoksykacja jest konieczna przed rozpoczęciem dalszego leczenia, przy czym jest to czas szczególnie trudny dla pacjentów, ponieważ ostatnie okresy abstynencji są głównymi czynnikami ryzyka śmiertelnego przedawkowania opioidów na skutek zmniejszenia tolerancji i niewłaściwej oceny dawkowania. Można w sposób bezpieczny i skuteczny stosować detoksykację opioidową, codziennie pod nadzorem zmniejszając dawki metadonu i buprenorfiny w ciągu 1-2 tygodni. Gdy nie jest to możliwe, można stosować niskie dawki klonidyny lub lofeksydyny, lub stopniowo zmniejszać dawki słabszych leków opioidowych wraz z lekami łagodzącymi poszczególne objawy odstawienia opioidów, stosowanymi w miarę ich pojawiania się (tj. leki przeciwwymiotne, leki przeciwbiegunkowe, leki przeciwbólowe, środki uspokajające). Leki te powinny być przepisywane przez lekarza ze wskazaniem stosowania krótkoterminowego, a odpowiedź na leczenie powinna być uważnie kontrolowana, ponieważ ryzyko wystąpienia tolerancji lub niewłaściwego stosowania leków może się zwiększyć w przypadku dłuższego stosowania niektórych leków. Skuteczność terapii i wskaźniki ukończenia leczenia mogą być wyższe, jeśli w trakcie leczenia zespołu abstynencyjnego dostępna jest pomoc psychospołeczna.

**Zalecenia WHO**

**Standardowe zalecenia**

Po odstawienia opioidów należy na ogół stosować stopniowo redukowane dawki agonistów receptorów opioidowych, chociaż można również stosować agonistów receptorów alfa-2 adrenergicznych.

Lekarze nie powinni rutynowo łączyć stosowania antagonistów receptorów opioidowych i minimalnej sedacji w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego.

Farmakologicznemu leczeniu objawów odstawienia opioidów powinny towarzyszyć metody terapii psychospołecznej.

**Silne zalecenie**

Lekarze nie powinni łączyć stosowania antagonistów receptorów opioidowych z silną sedacją w leczeniu opioidowych zespołów abstynencyjnych.

*Zaburzenia spowodowane używaniem opioidów* mają na ogół przewlekły i nawracający przebieg i dlatego należy wdrożyć długoterminowe leczenie zapobiegające nawrotom u osób, które zaprzestają stosowania opioidów i chcą zachować abstynencję. Leczenie zapobiegające nawrotom powinno obejmować połączenie leczenia farmakologicznego i interwencji psychospołecznej. Wynik leczenia obejmującego wyłącznie terapie psychospołeczne jest gorszy od wyniku leczenia obejmującego także odpowiednie leki.

Dwie główne farmakologiczne strategie leczenia uzależnienia od opioidów obejmują:

1. Leczenie długo działającymi opioidami (metadonem lub buprenorfiną).

2. Detoksykację, a następnie leczenie zapobiegające nawrotom za pomocą antagonisty opioidowego (naltreksonu).

*Leczenie agonistami receptorów opioidowych*

**Zalecenia WHO dotyczące leczenia podtrzymującego agonistami receptorów opioidowych.**

**Standardowe zalecenie**

Średnia dawka podtrzymująca buprenorfiny powinna wynosić co najmniej 8 mg na dobę.

Zapas do stosowania samodzielnego można udostępniać pacjentom, gdy korzyści wynikające ze zmniejszonej częstotliwości wizyt pacjenta w ośrodku przewyższają ryzyko przekazania środka lub zastosowania niezgodnie ze wskazaniami. Ryzyko to powinno być poddane systematycznej ocenie.

**Silne zalecenie**

W przypadku leczenia podtrzymującego agonistami receptorów opioidowych zaleca się, aby większość pacjentów stosowała metadon w odpowiednich dawkach zamiast buprenorfiny.

Podczas wprowadzania leczenia metadonem początkowa dzienna dawka powinna zależeć od poziomu neuroadaptacji; na ogół nie powinna wynosić więcej niż 20 mg, a na pewno nie więcej niż 30 mg.

Średnio dawki podtrzymujące metadonu powinny mieścić się w zakresie 60-120 mg na dobę.

Dawki metadonu i buprenorfiny powinny być bezpośrednio nadzorowane we wczesnej fazie leczenia.

W czasie farmakologicznego leczenia uzależnienia od opioidów zawsze powinno być dostępne wsparcie psychospołeczne.

Podstawowym celem leczenia podtrzymującego agonistami receptorów opioidowych (ang. Opioid Agonist Maintenance Treatment, OAMT) jest ograniczenie lub wyeliminowanie nielegalnego stosowania opioidów i utrzymanie abstynencji poprzez zapobieganie objawom abstynencyjnym, ograniczenie głodu narkotyków i zmniejszanie efektów działania dodatkowych opioidów, jeśli pacjent je zastosuje.

*Metadon*

W porównaniu z terapią w której nie są stosowane leki, u pacjentów leczonych metadonem obserwuje się znaczne zmniejszenie stosowania heroiny i używania innych substancji psychoaktywnych, niższą śmiertelność, mniej powikłań medycznych, zmniejszoną aktywność przestępczą i lepsze funkcjonowanie społeczne oraz zawodowe.

Dawkę metadonu należy powoli zwiększać już na początku leczenia, aby zminimalizować ryzyko przedawkowania. Po bezpiecznym rozpoczęciu leczenia celem jest uzyskanie optymalnej dawki do długoterminowego leczenia podtrzymującego, pozwalającej nie dopuścić do odczucia głodu narkotyku i stosowania opioidów (tzw. dawki blokującej). Optymalna dawka podtrzymująca powinna wyeliminować pragnienie opioidów, nie powodując działania uspakajającego ani euforii i umożliwić pacjentom optymalne funkcjonowanie we wszystkich obszarach życia. Codzienne podawanie metadonu jest konieczne w celu utrzymania odpowiedniego stężenia w osoczu i uniknięcia opioidowego zespołu abstynencyjnego.

Skuteczne dawki podtrzymujące metadonu zazwyczaj mieszczą się w zakresie 60-120 mg na dobę, w zależności od indywidualnych potrzeb. Aby ustalić optymalną dawkę, należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki, takie jak zdolność metabolizowania leków i zaburzenia metabolizmu wywołane stosowaniem innych substancji, które mogą zmieniać poziom metadonu we krwi, takich jak leki przyjmowane w związku z zakażeniem wirusem HIV lub leki przeciw gruźlicy, leki psychiatryczne lub nasercowe. Pacjenci powinni być systematycznie monitorowani pod kątem przestrzegania schematu leczenia.

**Zalecenia WHO dotyczące stosowania metadonu w leczeniu podtrzymującym**

Leczenie farmakologiczne agonistami receptorów opioidowych, podtrzymujące i służące łagodzeniu objawów odstawienia opioidów powinno obejmować zarówno metadon jak i buprenorfinę, agonistów alfa-2 adrenergicznych w leczeniu objawów odstawienia opioidów, naltreksonu w celu zapobiegania nawrotom i naloksonu w leczeniu przedawkowania.

Początkowa dawka metadonu powinna wynosić 20 mg lub mniej, w zależności od poziomu tolerancji opioidów, co daje duży margines bezpieczeństwa i zmniejsza możliwość nieumyślnego przedawkowania. Dawkę należy następnie szybko skorygować w górę, jeśli wystąpią utrzymujące się objawy odstawienia opioidów, lub w dół, jeśli wystąpi sedacja.

Stopniowy wzrost do poziomu, w którym ustaje nielegalne stosowanie opioidów, czyli zazwyczaj do dawki w przedziale 60-120 mg metadonu na dzień.

Pacjentów należy monitorować za pomocą oceny klinicznej i testów na obecność substancji psychoaktywnych.

Wszystkim pacjentom należy oferować pomoc psychologiczną.

Na początku stosowanie metadonu powinno przebiegać pod kontrolą.

Stopień kontroli powinien być indywidualnie dopasowany i zgodny z lokalnymi przepisami i tak ustalony, aby umożliwić zrównoważenie korzyści wynikających ze zmniejszenia częstotliwości dawkowania u stabilnych pacjentów oraz ryzyka stosowania dożylnego i przekierowania metadonu na rynek nielegalnych substancji psychoaktywnych.

*Leczenie buprenorfiną oraz buprenorfiną w połączeniu z naloksonem*

Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia objawów abstynencyjnych po rozpoczęciu leczenia buprenorfiną, pierwszą dawkę (2-4 mg) należy podać co najmniej 8-12 godzin po ostatnim użyciu opioidu lub gdy wystąpią obiektywne objawy opioidowego zespołu abstynencyjnego. W przeciwieństwie do podejścia zalecanego w przypadku wprowadzania leczenia metadonem (rozpoczynanie od małych dawek i powolne zwiększanie), wprowadzanie leczenia buprenorfiną powinno przebiegać szybko, ponieważ ryzyko toksyczności jest niskie z uwagi na częściowe działanie agonistyczne.

Cele i zasady leczenia podtrzymującego buprenorfiną są podobne do leczenia podtrzymującego metadonem. Pożądany efekt terapeutyczny można skutecznie osiągnąć przy dawkach buprenorfiny w zakresie 8-24 mg na dobę, przy maksymalnej dziennej zalecanej dawce 32 mg. U pacjentów, którzy wymagają codziennych nadzorowanych dawek, ale nie wymagają dodatkowej dziennej dawki większej niż 32 mg, można rozważyć podawanie buprenorfiny co drugi dzień przy zastosowaniu podwójnej dawki dobowej. W porównaniu do metadonu, buprenorfina wchodzi w mniejszą liczbę niepokojących interakcji z innymi powszechnie stosowanymi lekami.

Buprenorfina występuje także w pojedynczym preparacie złożonym z naloksonem w formie plastra lub tabletki podjęzykowej, co ma na celu ograniczenie możliwości niewłaściwego zastosowania leku przez pacjenta poprzez samodzielne wstrzyknięcie, ponieważ takie zachowania są obserwowane.

**Zalecenia WHO: Buprenorfina w połączeniu z naloksonem**

Dostępne, ograniczone dowody nie dają możliwości potwierdzenia jakichkolwiek zaleceń dotyczących kombinacji buprenorfiny z naloksonem. Połączenie to może jednak mieć podobną skuteczność do samej buprenorfiny

Podczas terapii osób uzależnionych od silnych opioidów na receptę (tj. o działaniu podobnym do morfiny), w czasie leczenia podtrzymującego lub detoksykacji, lekarze mogą zmienić lek na długo działający opioid (taki jak metadon i buprenorfina), który można podawać raz dziennie, i jeśli to konieczne, kontrolując wydawanie leku.

WHO, 2009

Zarówno metadon, jak i buprenorfina są zalecane do codziennego podawania pod nadzorem na początku leczenia, z zastosowaniem dawek domowych wprowadzanych zgodnie z lokalnymi przepisami i indywidualną oceną stosunku ryzyka do korzyści.

*Leczenie antagonistą receptora opioidowego, naltreksonem*

Leczenie naltreksonem można rozpocząć dopiero po detoksykacji u osób, które nie stosowały opioidów przez tydzień lub dłużej (np. u osób kończących leczenie stacjonarne). Naltrekson stosuje się w celu zapobiegania nawrotom. Hamuje działanie opioidów w przypadku ich stosowania, i większość pacjentów, nie odczuwając żadnego działania, rezygnuje z dalszych prób używania i utrzymuje abstynencję.

W przeciwieństwie do metadonu lub buprenorfiny, naltrekson nie jest substancją kontrolowaną, nie stwarza ryzyka przedawkowania, a po zaprzestaniu leczenia nie występują objawy abstynencyjne, ponieważ pacjenci leczeni naltreksonem nie są fizycznie uzależnieni od opioidów. Naltrekson może być użyteczny u pacjentów, którzy: 1) nie mają dostępu do leczenia agonistami, 2) mają wysoką motywację do zachowania abstynencji od wszystkich opioidów, 3) przeszli detoksykację i utrzymują abstynencję, ale są zagrożeni nawrotem (np. zostali wypisani z programu stacjonarnego lub zwolnieni z więzienia), 4) podjęli nieskuteczne leczenie agonistami, i 5) odnieśli korzyści z leczenia agonistami, ale chcieliby je przerwać i zapewnić sobie ochronę przed nawrotem.

Naltrekson jest dostępny jako tabletka doustna, którą można przyjmować codziennie (50 mg/dobę) lub trzy razy w tygodniu (100-150 mg każda dawka), aby utrzymać odpowiedni poziom leku we krwi. Naltrekson jest również dostępny w preparatach o przedłużonym uwalnianiu (podawanych poprzez wstrzyknięcie lub implant), które mogą utrzymywać oczekiwaną skuteczność przez 3-6 tygodni po podaniu pojedynczej dawki.

**Zalecenie WHO dotyczące leczenia antagonistą receptora opioidowego (naltreksonem).**

W przypadku pacjentów uzależnionych od opioidów, którzy nie rozpoczynają leczenia podtrzymującego agonistami receptorów opioidowych, należy po zakończeniu leczenia opioidowego zespołu abstynencyjnego rozważyć leczenie antagonistą z zastosowaniem naltreksonu.

WHO, 2009

*Leczenie farmakologiczne zaburzeń związanych z używaniem substancji psychostymulujących*

Substancje psychostymulujące, takie jak amfetaminy i kokaina, należą do najczęściej nadużywanych i problemowych substancji nielegalnych w wielu częściach świata. Nie ma powszechnie przyjętych sposobów terapii niezmiennie efektywnych w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychostymulujących. Obecnie stosowane są przede wszystkim leki podawane w celu leczenia współwystępujących zaburzeń psychicznych.

W przypadku zaobserwowania zespołu abstynencyjnego od substancji psychostymulujących, można stosować leki łagodzące objawy abstynencyjne zgodnie z potrzebami (tj. leki przeciwwymiotne, leki przeciwbiegunkowe, leki przeciwbólowe, środki uspokajające), jednak lekarze powinni przepisywać te leki ze wskazaniem stosowania krótkoterminowego oraz należy uważnie kontrolować odpowiedź na leczenie, ponieważ ryzyko wystąpienia tolerancji lub niewłaściwego stosowania leków może się zwiększyć w przypadku dłuższego stosowania niektórych leków.

Leki przeciwpsychotyczne i uspokajające mogą być stosowane w leczeniu zespołów psychotycznych wynikających z ostrej intoksykacji. Ponieważ u ponad połowy pacjentów w przebiegu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychostymulujących współwystępują poważne zaburzenia psychiatryczne, takie jak poważne zaburzenie depresyjne, zaburzenie dwubiegunowe lub schizofrenia, odpowiednie leki psychotropowe odgrywają istotną rolę w leczeniu tych pacjentów. Często u pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychostymulujących występują też inne zaburzenia związane z używaniem substancji, takie jak uzależnienie od alkoholu lub opioidów, które powinny być leczone przy wykorzystaniu zarówno terapii farmakologicznych, jak i psychospołecznych.

**Zalecenie WHO dotyczące leczenia uzależnienia od substancji psychostymulujących**

W leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji stymulujących w ośrodkach niespecjalistycznych nie należy stosować deksamfetaminy.

mhGAP, 2012

*Leczenie farmakologiczne zaburzeń związanych z używaniem konopi indyjskich*

Leczenie psychospołeczne pozostaje podstawowym podejściem stosowanym w przypadku zaburzeń związanych z używaniem konopi indyjskich. Do chwili obecnej nie ma zatwierdzonego leczenia farmakologicznego zaburzeń związanych z używaniem konopi indyjskich. W przypadku zaobserwowania zespołu abstynencyjnego od konopi indyjskich, można stosować leki łagodzące objawy abstynencyjne zgodnie z potrzebami (tj. leki przeciwwymiotne, leki przeciwbiegunkowe, leki przeciwbólowe, środki uspokajające), jednak lekarze powinni przepisywać te leki ze wskazaniem stosowania krótkoterminowego oraz należy uważnie kontrolować odpowiedź na leczenie, ponieważ ryzyko wystąpienia tolerancji lub niewłaściwego stosowania leków może się zwiększyć w przypadku dłuższego stosowania niektórych leków.

**Zalecenia WHO dotyczące interwencji psychospołecznych w leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich**

W leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich można stosować interwencje psychospołeczne oparte na terapii poznawczo-behawioralnej, terapii wzmacniania motywacji do zmiany (MET) lub terapii rodzinnej.

mhGAP, 2015

Farmakoterapia współistniejących zaburzeń psychicznych

Wielu pacjentów zgłaszających się w celu leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych również doświadcza silnych objawów psychiatrycznych, takich jak depresja, stres pourazowy, mania lub psychoza. Wielu pacjentów, którzy zaprzestali używania substancji psychoaktywnych, doświadcza lęku lub bezsenności wkrótce po zaprzestaniu używania substancji psychoaktywnych.

Te objawy można łagodzić lekami, jednak leki uspokajające i nasenne, takie jak benzodiazepiny, nie powinny być lekami pierwszego wyboru, ponieważ w ich przypadku występuje większe prawdopodobieństwo nadużywania. Należy stosować leki alternatywne, takie jak uspokajające leki przeciwdepresyjne i neuroleptyki w niskich dawkach, jako uzupełnienie behawioralnych metod terapii, takich jak relaksacja i strategie behawioralno-poznawcze.

**3.4.8 Pomoc w procesie zdrowienia i wsparcie społeczne**

Podejście wspierania procesu zdrowienia obejmuje wiele działań, które promują i wzmacniają wewnętrzne i zewnętrzne zasoby umożliwiające osobom dotkniętym chorobą dobrowolnie rozwiązywać problemy spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i aktywnie pracować nad swoją podatnością na ponowne wystąpienie tych problemów. Niektóre z tych działań są już podejmowane w domu, otoczeniu i społeczności pacjenta, a nad innymi można pracować. Stwierdzono, że następujące czynniki i działania zwiększają nie tylko reintegrację społeczną, lecz także szanse na stabilną remisję zaburzeń związanych z szkodliwym używaniem substancji, jak również utrzymanie stanu zdrowienia:

• Wspierający partner, sieć członków rodziny i przyjaciół, którzy mogą monitorować stabilność procesu zdrowienia, abstynencję od substancji psychoaktywnych i przestrzeganie zasad leczenia

• Stabilne warunki mieszkaniowe

• Praca dająca poczucie sensu i uznanie w miejscu pracy, które zastępuje stygmatyzację i dyskryminację

• Kontakty z osobami oraz sieciami społecznymi przyjaciół i współpracowników, których normy są ukierunkowane na abstynencję, i którzy wspierają cele związane z procesem zdrowienia pacjenta

• Zaangażowanie polityczne, humanitarne i duchowe, które umożliwia przypisanie sensu do sytuacji stresowych i odnalezienie istotniejszego celu w życiu

• Wzmacnianie siły i odporności pacjenta, poczucia własnej skuteczności i pewności siebie, aby radził sobie z codziennymi wyzwaniami i stresem, jednocześnie utrzymując zaangażowanie w proces zdrowienia i unikanie nawrotu do używania substancji

• Zwiększanie integracji i zaangażowania społecznego w celach edukacyjnych lub zawodowych, w tym udział w wolontariacie lub działania na rzecz lokalnej społeczności

• Rozwiązywanie problemów prawnych i finansowych

• Aktywne korzystanie z samopomocy, wsparcia religijnego lub innej formy wsparcia

**3.4.9 Ocena mocy dowodów**

• W licznych randomizowanych badaniach klinicznych porównuje się różne podejścia do pomocy psychospołecznej, jednak większość z nich nie jest w stanie wykazać istnienia różnic. Dostępne są wyniki niewielkiej liczby badań wskazujące, że niektóre terapie są bardziej skuteczne niż inne stosowane terapie lub pacjenci biorący w nich udział osiągają lepsze wyniki w porównaniu do pacjentów oczekujących na leczenie lub niektóre podejścia są tak samo skuteczne jak podejścia, których efektywność wykazano w przeszłości. Dane z randomizowanych badań klinicznych wskazują, że wsparcie psychospołeczne w połączeniu z substytucyjną terapią opioidową (OST) jest bardziej skuteczne niż stosowanie tylko OST[[5]](#footnote-5).

• Dostępne są mocne dowody z badań randomizowanych potwierdzające korzystne efekty leczenia podtrzymującego metadonem i buprenorfiną oraz skuteczność metadonu i buprenorfiny w procesie detoksykacji[[6]](#footnote-6).

• Dostępne są słabe dowody potwierdzające korzystne efekty stosowania doustnego naltreksonu w leczeniu uzależnienia od opioidów[[7]](#footnote-7).

**3.4.10 Zalecenia**

Pacjentom ambulatoryjnym i ich rodzinom należy udzielić informacji o całodobowych placówkach ratowniczych

**Ambulatoryjne leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem opioidów**

* Podstawowe metody farmakoterapii powinny opierać się na leczeniu podtrzymującym agonistami receptorów opioidowych i terapii dotyczącej zespołu abstynencyjnego. W opcji podstawowej powinno stosować się przynajmniej metadon lub buprenorfinę jako leczenie podtrzymujące agonistami receptorów opioidowych i terapię ambulatoryjną związaną z zespołem abstynencyjnym.
* Opcje leczenia farmakologicznego powinny obejmować stosowanie zarówno metadonu jak i buprenorfiny w leczeniu podtrzymującym agonistami receptorów opioidowych i w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego, agonistów alfa-2 adrenergicznych w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego, naltreksonu w profilaktyce nawrotów i naloksonu w leczeniu przedawkowania.
* Usługi związane z leczeniem opioidowego zespołu abstynencyjnego powinny być tak ustrukturyzowane, aby leczenie nie przebiegało oddzielnie, lecz było zintegrowane z wariantami terapii ciągłych
* Dawki do stosowania w domu można zalecić przy ustabilizowanej dawce i sytuacji społecznej oraz gdy istnieje niewielkie ryzyko nieprawidłowego wykorzystania leku w celach nielegalnych
* Przymusowe wypisanie z leczenia jest uzasadnione, gdy służy zapewnieniu bezpieczeństwa personelu i innych pacjentów, ale nieprzestrzeganie samych zasad programu zasadniczo nie powinno być przyczyną takiego wypisu. Przed przymusowym wypisaniem należy podjąć odpowiednie działania w celu poprawy sytuacji, w tym ponowną ocenę rodzaju stosowanej terapii.
* Laboratorium oraz inne instrumenty powinny być dostępne w celu monitorowania postępów i przestrzegania zasad leczenia.

***Ocena i wybór leczenia***

* Wybór odpowiedniego leczenia dla danej osoby powinien opierać się na szczegółowej ocenie potrzeb terapeutycznych, możliwości spełnienia tych potrzeb na drodze danej terapii (ocena trafności powinna być oparta na dowodach), akceptacji pacjenta i dostępności leczenia.
* W ramach indywidualnej oceny powinny być dostępne dobrowolne testy na obecność wirusa HIV i powszechne choroby zakaźne wraz z konsultacją przed testami i po nich
* Optymalnie w czasie wstępnej oceny wszyscy pacjenci powinni być poddani testom dotyczącym niedawnego używania substancji psychoaktywnych.
* Plany leczenia powinny przyjmować perspektywę długoterminową.
* Leczenie opioidowego zespołu abstynencyjnego powinno być planowane w połączeniu z bieżącym leczeniem.

***Zakres oferowanych usług***

* Opcje leczenia farmakologicznego powinny obejmować stosowanie zarówno metadonu jak i buprenorfiny w leczeniu podtrzymującym agonistami receptorów opioidowych i w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego, agonistów alfa-2 adrenergicznych w leczeniu opioidowego zespołu abstynencyjnego, naltreksonu w profilaktyce nawrotów i naloksonu w leczeniu przedawkowania.
* Powinien być dostępny szeroki zakres różnych programów ustrukturyzowanych interwencji psychospołecznych odpowiadających na zróżnicowane potrzeby pacjentów. Interwencje te mogą obejmować m.in. różne formy poradnictwa i psychoterapii oraz pomoc w zakresie potrzeb socjalnych, takich jak mieszkanie, zatrudnienie, edukacja, opieka społeczna i problemy prawne.
* Pacjentom z zaburzeniami psychicznymi należy zapewnić leczenie psychospołeczne i psychiatryczne w ośrodku

***Dostępność leczenia współwystępujących chorób***

* W przypadku znacznej liczby uzależnionych od opioidów pacjentów z wirusem HIV, zapaleniem wątroby lub gruźlicą leczenie uzależnienia od opioidów powinno być zintegrowane z opieką zdrowotną obejmującą te choroby
* W przypadku pacjentów z gruźlicą, zapaleniem wątroby lub HIV i uzależnieniem od opioidów, agonistów receptorów opioidowych należy podawać w połączeniu z leczeniem medycznym; nie jest konieczne czekania na abstynencję od opioidów, aby rozpocząć leczenie gruźlicy, zapalenia wątroby lub podawanie leków przeciwretrowirusowych.

W ramach leczenia powinno być dostępne szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u wszystkich pacjentów uzależnionych od opioidów.

* Powinna być prowadzona okresowa lub ciągła ocena zarówno procesu, jak i wyników leczenia.

**Personel**

* Dostawca usług opracował system, w którym ​​metoda wyboru, zatrudniania i szkolenia pracowników odpowiada obowiązującym normom prawnym i ustalonym wewnętrznym zasadom.
* Organizacja posiada zasady, którymi personel kieruje się, gdy obowiązujące ustawodawstwo jest zbyt ogólne.
* Struktura organizacji i zarządzania jest ustalona i jasno określa kompetencje dla poszczególnych stanowisk.
* Dostawca usług określił strukturę i liczbę stanowisk, profile stanowisk, wymagane kwalifikacje oraz czynniki osobowe i etyczne. Struktura i liczba stanowisk uwzględniają potrzeby i aktualną liczbę użytkowników usługi, ich potrzeby i działania organizacyjne. Skład zespołu oraz osoby współpracujące są dobierani pod kątem tych potrzeb.
* Wdrożono działania zabezpieczające przed ryzykiem związanym z pracą.
* Przypadki, w których prawa pacjenta/klienta zostały naruszone przez pracownika, i podjęte działania, są udokumentowane w aktach osobowych.
* Opiekę specjalistyczną (medyczną, psychologiczną, psychoterapeutyczną, społeczną, edukacyjną itp.) sprawuje personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

**Wypis, dalsza opieka i skierowanie**

* Opracowane są kryteria wykluczenia pacjenta z programu z powodu naruszenia zasad obowiązujących w programie leczenia, przemocy, utrzymującego się używania substancji wbrew zaleceniom itp.
* Opracowane są kryteria postępowania w określonych sytuacjach ryzyka (np. intoksykacja, ryzyko samobójstwa)
* Przygotowano plany opieki, które wyznaczają alternatywne ścieżki postępowania, którymi można podążać w przypadku częściowego lub całkowitego niepowodzenia pierwotnego planu lub wydalenia z programu leczenia uzależnień

## 3.5 Długoterminowe leczenie stacjonarne

**3.5.1 Krótka definicja i opis**

Długoterminowe leczenie stacjonarne odnosi się do opieki w placówce terapeutycznej, w której pacjenci przebywają do 24 godzin na dobę przez dłuższy czas, zwykle od 6 do 24 miesięcy. Terapia stacjonarna w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych może mieć różne formy, które rozwijały się niezależnie od siebie w różnych ośrodkach.

Terapię stacjonarną, której celem jest zmiana terapeutyczna, należy odróżnić od form mieszkań wspomaganych, które stanowią przede wszystkim interwencję skierowaną na zapewnienie miejsca zamieszkania, a nie aktywnego leczenia. Niniejszy rozdział nie dotyczy długoterminowego programu mieszkań wspomaganych, który jest opisany w części poświęconej leczeniu ambulatoryjnemu.

Głównym celem leczenia jest opanowanie przez uczestników umiejętności kontrolowania impulsów w celu utrzymania abstynencji i rozwijanie nowych umiejętności interpersonalnych, osobistej odpowiedzialności, wiarygodności i poprawa poczucia własnej wartości. Długoterminowe programy leczenia stacjonarnego działają według zasad umożliwiających pomoc uczestnikom w zakresie analizy dysfunkcyjnych przekonań o sobie i o innych oraz destrukcyjnych wzorców zachowań, a także pomoc w wypracowaniu nowych i bardziej skutecznych sposobów interakcji z innymi. W takim otoczeniu mogą być świadczone kompleksowe usługi, w tym szkolenia w zakresie rozwijania umiejętności i szkolenia zawodowe oraz leczenie zaburzeń psychicznych.

Mimo że leczenie długoterminowe może odbywać się w szpitalu, zazwyczaj w szpitalu psychiatrycznym, najczęstszą formą leczenia stacjonarnego jest model społeczności terapeutycznej (TC), połączenie terapii i życia w społeczności, opracowany na podstawie programów życia w społeczności wolnego od substancji psychoaktywnych oraz filozofii samopomocy. Opracowano także inne formy długoterminowego leczenia stacjonarnego pozwalające na ukierunkowane postępowanie ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi. Formy te są zbliżone do ośrodków psychiatrycznych i medycznych i zapewniają zintegrowaną psychoterapię, terapię rodzinną i interwencje farmakologiczne.

Długotrwały udział w programie stacjonarnym pozwala odseparować pacjentów od chaotycznego i stresującego środowiska, które może przyczyniać się do ciągłego używania substancji psychoaktywnych, a tym samym utrudniać abstynencję od substancji psychoaktywnych. W nowym środowisku terapeutycznym, wolnym od substancji psychoaktywnych pacjenci nie są już narażeni na typowe impulsy, które prowokują do poszukiwania okazji użycia substancji psychoaktywnych i mogą łatwiej utrzymać abstynencję oraz pracować w procesie zdrowienia.

Nie każda grupa ludzi mieszkających razem w celu stworzenia środowiska wspierającego osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych kwalifikuje się jako placówka opieki zdrowotnej, nie musi też spełniać standardów opieki zdrowotnej. Jednak gdy placówka informuje o korzyściach płynących z opieki zdrowotnej oraz gdy otrzymuje finansowanie na cele terapeutyczne, przekracza granicę obszaru pojęcia zakładu opieki zdrowotnej, ze wszystkimi oczekiwaniami opisanymi w części poświęconej zakładom opieki zdrowotnej świadczącym usługi zdrowotne. Wyróżniającą cechą społeczności terapeutycznej jest to, że choć spełnia standardy zakładu opieki zdrowotnej, charakteryzuje się korzystnym wpływem życia w społeczności.

W programach społeczności terapeutycznej cała objęta nimi społeczność, w tym inni mieszkańcy, personel i otoczenie społeczne stanowią aktywne elementy leczenia. Środowisko jest „wolne od substancji psychoaktywnych”, co oznacza, że ​​mieszkańcy zgadzają się nie przynosić ani nie używać substancji psychoaktywnych (w tym zazwyczaj alkoholu) na terenie społeczności ani też w innych miejscach, gdy pozostają członkami społeczności. Często wykluczano też leki psychotropowe, chociaż obecnie zmienia się to w wielu społecznościach terapeutycznych.

Chociaż tradycyjny model leczenia długoterminowego obejmuje tylko metody leczenia psychospołecznego, nowoczesne podejście może uwzględniać też stosowanie leków w celu zmniejszenia głodu narkotyków i złagodzenia współistniejących objawów psychiatrycznych. Podobnie, konfrontacyjny styl interakcji obowiązujący dawniej w społecznościach terapeutycznych został zastąpiony terapią skupiającą się na poprawie relacji z innymi, wzmacnianiu zdrowych, adaptacyjnych myśli i zachowań pacjenta oraz na wzmacnianiu motywacji do zmiany zachowania.

Intensywna opieka i wsparcie oferowane pacjentom w leczeniu stacjonarnym to odpowiednia odpowiedź na osobiste doświadczenia pacjentów, w których często występuje niedostateczna opieka rodzicielska, zaniedbanie emocjonalne, znęcanie fizyczne lub wykorzystywanie seksualne, trauma, przemoc i wykluczenie społeczne. Ponadto, uporządkowane działania i zasady programu stacjonarnego pomagają pacjentom pracować nad kontrolą impulsów i opóźnianiem gratyfikacji, a jednocześnie uczyć się umiejętności radzenia sobie z frustracją i ze stresem. Podejmowanie konkretnych zobowiązań pomaga rozwijać odpowiedzialność i oceniać własne postępy poprzez wymierne osiągnięcia.

Chociaż model społeczności terapeutycznej jest jednym z najstarszych modeli leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji i jest przyjęty w wielu krajach, trudno go przetestować w badaniach klinicznych. Na przykład, przegląd Cochrane dotyczący społeczności terapeutycznych (*The Cochrane Review on Therapeutic Communities*) wskazuje dowody potwierdzające ich skuteczność tylko w więzieniu. Nie ma konkretnych wytycznych WHO dotyczących społeczności terapeutycznych. W związku z tym, w niniejszym rozdziale nie jest omawiana skuteczność modelu wspólnoty terapeutycznej w porównaniu z innymi metodami leczenia, ale przedstawione zostaną standardy oczekiwane w przypadku długoterminowego leczenia stacjonarnego z uwzględnieniem społeczności terapeutycznych.

**3.5.2 Cele**

Główne cele długoterminowego leczenia stacjonarnego to:

• zmniejszenie ryzyka powrotu do aktywnego używania substancji psychoaktywnych

• pomoc pacjentom w odzyskaniu lub poprawie zdrowia oraz w funkcjonowaniu w rodzinie, pracy i społeczeństwie.

• umożliwienie pacjentom rozwijania skutecznych relacji interpersonalnych z innymi mieszkańcami i personelem, przy jednoczesnym zdobywaniu nowych umiejętności społecznych, budowaniu pewności siebie i zyskiwaniu przychylności otoczenia ze względu na dobre zachowanie

• pomoc pacjentom w nabywaniu nowych nawyków, które ułatwiają prowadzenie zdrowszego stylu życia, obejmującego dobre odżywianie, regularne godziny snu i czuwania, rutynowe monitorowanie stanu zdrowia i przestrzeganie zasad leczenia.

• umożliwienie pacjentom ukończenia edukacji i rozwinięcia umiejętności zawodowych w celu stopniowego odzyskania kontroli nad życiem po powrocie do swojej społeczności.

W modelu stacjonarnym cele te są osiągane przy zapewnieniu możliwości leczenia zaburzeń psychiatrycznych i uzależnień za pomocą leków i terapii. Model ten także pomaga rozwijać:

1) umiejętności radzenia sobie z pragnieniami i stresorami życiowymi bez substancji psychoaktywnych,

2) umiejętności interpersonalne i komunikacyjne w celu zbudowania sieci przyjaciół-abstynentów,

3) nowe nawyki prowadzące do zdrowszego i wydajniejszego trybu życia: dobre odżywianie, stałe godziny snu i czuwania, monitorowanie stanu zdrowia i przestrzeganie zasad leczenia.

**3.5.3 Grupa docelowa**

Grupa docelowa to pacjenci, którzy nie utrzymają abstynencji poza ustrukturyzowanym miejscem, w którym poprawią jakość swojego życia lub wezmą udział w integracji zdrowotnej i społecznej. Długoterminowe programy stacjonarne są najbardziej korzystne dla osób wymagających intensywnego i ciągłego leczenia, które obejmie pacjenta całościowo, ze szczególnym uwzględnieniem złożonych problemów psychologicznych i społecznych związanych z nałogiem oraz inicjowania zmian w wielu dziedzinach życia w celu ułatwienia przejścia do procesu zdrowienia.

Usługi w zakresie leczenia stacjonarnego są zwykle wskazane dla następujących grup pacjentów:

• Osób doświadczających narastających trudności związanych z substancjami psychoaktywnymi, np. pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych i pokrewnymi problemami, które znacząco zmniejszają ich możliwości edukacji i zatrudnienia, a także utrudniają proces integracji społecznej,

• Osób z doświadczeniem nieskutecznego leczenia, niereagujących na leczenie farmakologiczne i psychospołeczne w programach ambulatoryjnych lub krótkoterminowych ośrodkach stacjonarnych,

• Osób o ograniczonych zasobach osobistych i pozostających w zmarginalizowanych rolach

• Osób doświadczających poważnych problemów społecznych i rodzinnych, z nieuporządkowanym życiem rodzinnym, ograniczonym wsparciem społecznym i doświadczających izolacji społecznej

• Osób dotkniętych ciężkimi współistniejącymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, które mogą poważnie wpłynąć na ich zdrowie i bezpieczeństwo, jeśli przebywają poza ustrukturyzowanym ośrodkiem (chociaż ta grupa może wymagać hospitalizacji, a nie przebywania w społeczności terapeutycznej)

• Osób mających trudności z przerwaniem przynależności do grup przestępczych i sieci zajmujących się handlem substancjami psychoaktywnymi

• Osób, które czują potrzebę znaczącej zmiany stylu życia i uzyskania nowych kompetencji oraz umiejętności i są na to przygotowane

**3.5.4 Podejścia stosowane w leczeniu**

W różnych programach leczenia można zaobserwować własne nieco odmienne modyfikacje. Leczenie może rozpocząć się od okresu detoksykacji lub detoksykacja może zostać przeprowadzona przed przyjęciem. Zwykle program społeczności terapeutycznej obejmuje zarówno terapię grupową, jak i indywidualną, a członkowie społeczności dzielą się zadaniami codziennego życia również w ramach terapii. Niektóre metody opierają się na programie 12 kroków, inne wykorzystują ustrukturyzowane podejścia psychospołeczne, takie jak terapia CBT, a jeszcze inne używają dobrze zdefiniowanej zbiorowej mądrości. Mieszkańcy zasadniczo wspierają się wzajemnie, ale w większości społeczności zakres wymiany informacji zwrotnych jest ograniczony, co może powodować rozbieżności we wzajemnym sposobie postrzegania siebie przez mieszkańców.

**3.5.5 Metody terapeutyczne**

*Ocena*

W programach leczenia stacjonarnego należy przeprowadzić kompleksową ocenę psychospołeczną każdego pacjenta rozpoczynającego leczenie, aby określić jego indywidualne potrzeby i zakres, w jakim ta forma leczenia jest odpowiednia dla pacjenta. Pacjenci z większymi problemami psychicznymi i fizycznymi mogą wymagać terapii w ośrodku o odpowiednim poziomie opieki medycznej lub psychiatrycznej. Przed oceną dokonywaną podczas spotkania, może zostać przeprowadzona wstępna ocena telefoniczna. Wstępne spotkanie umożliwia personelowi poznanie potencjalnego pacjenta i stanowi pierwszy krok w nawiązaniu przymierza terapeutycznego. Podczas tego pierwszego spotkania potencjalni mieszkańcy często podejmują ostateczną decyzję o przystąpieniu do programu, a akceptująca i przyjazna atmosfera może wpłynąć na tę decyzję. Za zgodą pacjenta, potrzeby pacjenta należy skonsultować z podmiotem kierującym lub lekarzem pacjenta, szczególnie jeśli pacjent otrzymuje leki w związku z leczeniem chorób fizycznych lub psychicznych.

Wszystkie osoby przyjęte do programu leczenia stacjonarnego powinny przejść kompleksową ocenę, stanowiącą podstawę do opracowania planu leczenia najlepiej odpowiadającego ich potrzebom. Ocena może obejmować narzędzie takie jak Wskaźnik Stopnia Uzależnienia (ASI) lub Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny - Nadużywanie Substancji (ang. Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module, CIDI-SAM).

Ważne obszary oceny to:

• Wcześniejsze krótkoterminowe i długoterminowe leczenie oraz postrzeganie tego leczenia przez pacjenta

• Aktualne warunki życia, w tym bezpieczne warunki mieszkaniowe, system wsparcia w domu

• Życie rodzinne, w tym związki z rodziną pochodzenia, związki intymne i dzieci, które pozostają na utrzymaniu

• Przyjaźnie, w tym sieć koleżeńskich relacji, pozytywne lub negatywne wpływy oraz osoby, które potencjalnie mogą wspierać długoterminowe utrzymanie trzeźwości

• Ogólny stan zdrowia, w tym wszelkie aktualne problemy zdrowotne, fizyczne, sensoryczne lub kognitywne

• Zdrowie psychiczne, w tym doświadczenie traumy, przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej, agresywne zachowania i ryzyko samobójstwa, obecne funkcjonowanie psychologiczne i interpersonalne

• Edukacja i praca, w tym przebieg kształcenia i pracy, poziom wykształcenia zawodowego oraz potrzeby, dochody (legalne i nielegalne)

• Problemy prawne, w tym działalność przestępcza i wszelkie powiązania z używaniem substancji psychoaktywnych

• Zajęcia rekreacyjne, hobby

Wyjątkowe warunki terapii stacjonarnej, które umożliwiają obserwację pacjenta przez dłuższy czas, pozwalają na przeprowadzenie gruntownej oceny. Dzięki takim warunkom możliwa jest także ocena po wstępnym okresie abstynencji w celu sprawdzenia, czy na wyniki oceny nie wpływały skutki intoksykacji lub zespołu abstynencyjnego, a pacjent w pełni rozumie naturę leczenia i jest w stanie się na nie zgodzić. Życie z innymi mieszkańcami i personelem umożliwia ocenę cech temperamentu i osobowości, co może być bardzo pomocne w indywidualizacji leczenia prowadzącego do kształtowania umiejętności budowania relacji i zarządzania nimi po wypisie.

W każdym programie należy prowadzić dokumentację procedury naboru, potwierdzającą, że przyjęcie do programu jest dobrowolne (pisemna zgoda pacjenta) i wolne od jakichkolwiek form wymuszania. Taka procedura jasno określa kryteria kwalifikacji i wykluczenia. Ponadto w programach powinny być stosowane udokumentowane na piśmie procedury naboru/adaptacji stosowane podczas każdego przyjęcia. Podczas procedury przyjmowania nowi mieszkańcy powinni zostać wyczerpująco poinformowani i otrzymywać pisemne informacje o programie, jego celach, stosowanych metodach leczenia i zasadach programu. Pacjenci powinni być informowani o swoich obowiązkach, prawach i szczegółach dotyczących prywatności, ochronie przed dyskryminacją i poufności. Pacjenci powinni być informowani o roli personelu, fundamentalnych zasadach kształtujących środowisko leczenia oraz o oczekiwaniach wobec odwiedzających (jasne informacje na temat wizyt). Podczas wstępnej procedury przyjmowania należy też omówić szczegóły administracyjne, takie jak koszt programu i metody płatności. Personel programu powinien dobrze znać powyższe zasady i procedury.

*Nieprzyjęcie do programu*

W razie nieprzyjęcia do programu, należy podać potencjalnemu mieszkańcowi oraz, w miarę możliwości, instytucji kierującej wyczerpujące uzasadnienie odmowy, ustnie oraz na piśmie. Jeśli dana osoba nie zostanie przyjęta, należy wydać jej odpowiednie skierowanie. Personel dokonujący oceny przed przyjęciem musi znać odpowiednie alternatywne usługi, do których może kierować takie osoby, a sieć usług musi być ustalona z góry.

**Zaangażowanie w leczenie**

Wyższy poziom zaangażowania w terapię może prognozować bardziej pozytywne wyniki leczenia. Czynniki, które sprzyjają utrzymaniu w programie leczenia obejmują zmienne dotyczące klienta i programu, takie jak:

• Poziom motywacji przed leczeniem

• Poziom konsumpcji substancji psychoaktywnych lub alkoholu przed leczeniem

• Liczba aresztowań przed leczeniem

• Siła relacji terapeutycznej

• Postrzegana pomoc otrzymywana w ramach leczenia i przydatność leczenia

• Empatia personelu

• Włączenie szkolenia w zakresie profilaktyki nawrotów.

Pierwsze dni leczenia są kluczowym momentem, w którym należy skoncentrować się na zaangażowaniu klientów i zapewnić, że pozostaną w leczeniu, ponieważ w tym okresie ryzyko przerwania leczenia i nawrotu jest najwyższe. Podczas pierwszych trzech tygodni leczenia decyzje o opuszczeniu programu są częste. W tym czasie wiele osób może nadal odczuwać cierpienie psychiczne związane z przedłużającym się zespołem abstynencyjnym (bezsenność, lęk, drażliwość, głód substancji), a także mieć ambiwalentne odczucia w kwestii rezygnacji z używania substancji i trudności w dostosowaniu się do zasad programu. Dlatego ważne jest, aby uwaga, która poświęcana jest mieszkańcom, była zindywidualizowana i skupiona na zwiększeniu motywacji do kontynuacji leczenia. Na wczesnych etapach leczenia stacjonarnego można wspierać utrzymanie w programie również poprzez edukację pacjenta na temat leczenia, zmniejszając w ten sposób naturalny niepokój o to, „co się stanie”. Sesje informacyjne powinny obejmować tematy takie jak: filozofia programu i oczekiwania, podejście do leczenia i zdrowienia, utrzymanie w programie i stan zdrowia, a także często spotykane obawy, jakie mieszkańcy mają na wczesnych etapach leczenia.

W sytuacji wahań poziomu motywacji do leczenia i ambiwalencji dotyczącej zmian, pracownicy programu powinni wdrożyć następujące działania:

• Utrzymanie przyjaznej atmosfery

• Nawiązanie jak najwcześniej przymierza terapeutycznego opartego na zaufaniu

• Szybkie reagowanie na prośby o leczenie w celu zmaksymalizowania motywacji klienta

• Koncentrowanie się na bezpośrednich obawach klienta, a nie na problemach dotyczących programu

• Zapewnienie bardziej intensywnego wsparcia klientom podczas ich pierwszych 72 godzin w leczeniu za pomocą metod takich jak bliższa obserwacja, zwiększona interakcja ogólna i korzystanie z systemu „kumplowskiego” (łączenie nowych mieszkańców w pary z mieszkańcami o ustalonej pozycji)

• Troskliwe i pełne szacunku podejście we wszystkich aspektach programu leczenia, ponieważ konfrontacja często powoduje gniew i wczesne przerwanie leczenia

• Podawanie obiektywnych informacji zwrotnych na temat problemu i procesów zmian, w celu budowania wiarygodności i zaufania

• Opracowanie strategii motywacyjnych skupionych na indywidualnym pacjencie

• Opracowanie realistycznych i spersonalizowanych celów leczenia, które są dostosowane do etapu zmiany, na którym znajduje się klient i które są na tyle elastyczne, aby można było je modyfikować wraz z postępem czynionym przez klienta

• Podejście uwzględniające świadomość, że klienci nie stanowią jednorodnej grupy, szczególnie w procesie terapii grupowej

• Określenie wielorakich strategii dla klientów z wieloma problemami

• Prowadzenie wczesnej interwencji w celu ograniczenia nieporozumień, wyjaśnienia oczekiwań i ról

• Zarządzanie umożliwiające zindywidualizowane, holistyczne i ciągłe wsparcie dla klientów.

**Interwencje terapeutyczne**

Długoterminowe leczenie stacjonarne (głównie oparte na modelu społeczności terapeutycznej) powinno spełniać następujące minimalne warunki: oferować środowisko wolne od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, wybór regularnych spotkań grupowych (np. spotkania poranne, niekonfrontacyjne spotkania grupowe, specjalne grupy dla kobiet, grupy wzajemnej oceny), a także, w razie potrzeby, możliwość indywidualnego wsparcia psychospołecznego. Zasady programu powinny zawierać jasne procedury przyjmowania i wypisywania oraz konsekwencje w przypadku negatywnych zachowań, a także jasną strukturę działań i obowiązków w ramach programu. Szpitalne programy stacjonarne powinny zapewniać opiekę medyczną i psychiatryczną, terapię indywidualną i grupową oraz sesje z członkami rodziny.

Długoterminowe programy stacjonarne mogą obejmować szeroki zakres metod terapeutycznych, takich jak indywidualna i grupowa interwencja psychospołeczna, trening umiejętności życiowych, możliwości zatrudnienia lub szkolenia oraz zajęcia rekreacyjne. Poszczególne metody leczenia psychospołecznego, które można wykorzystać, obejmują: terapię poznawczo-behawioralną, terapię wzmacniania motywacji do zmiany, trening umiejętności społecznych i techniki restrukturyzacji poznawczej. Ustrukturyzowana profilaktyka nawrotów oraz aktywne działania przeciwdziałające nawrotom są podstawowymi elementami terapii w ramach przygotowań do reintegracji pacjentów ze społeczeństwem. Interwencje oparte na dowodach, które są rutynowo stosowane w leczeniu ambulatoryjnym, można dostosować i stosować w programach długoterminowego leczenia stacjonarnego (patrz rozdziały 6.4.2 i 6.4.3). Interwencje terapeutyczne, takie jak terapia poprzez sztukę, terapia ruchowa, medytacje, relaksacja i aktywność fizyczna (ćwiczenia fizyczne i sporty grupowe) mogą pomóc pacjentom odkryć i rozwinąć nowe hobby i zajęcia rekreacyjne, które mogą kontynuować po powrocie do społeczeństwa, wspomagając w ten sposób utrzymanie abstynencji.

Ze względu na to, że zatrudnienie ma kluczowe znaczenie dla zdrowienia, wiele długoterminowych programów obejmuje interwencje mające na celu przygotowanie mieszkańców do pracy, oferując usługi edukacyjne, doradztwo zawodowe i szkolenia. Młodzi dorośli mogą mieć możliwość ukończenia ogólnego programu nauczania lub uczenia się nowych zawodów. Doradztwo zawodowe obejmują porady zawodowe, konsultacje coachingowe, pisanie CV, składanie ofert pracy lub stażu. Szkolenie zawodowe umożliwia mieszkańcom zdobywanie umiejętności i rozwijanie pewności siebie. Programy leczenia wykorzystują pracę i naukę nowych umiejętności, jako interwencje terapeutyczne zintegrowane z innymi metodami, co pomaga w przygotowaniu do ponownego wejścia do społeczeństwa po pomyślnym ukończeniu leczenia.

Interwencje, których należy unikać to ostre, werbalne konfrontacje lub techniki zawstydzające, karzące lub restrykcyjne (w tym ograniczenia fizyczne), podejścia, takie jak przeciwwarunkowanie, interwencje karzące lub terapia szokowa, oraz wszelkie inne interwencje, które zagrażają indywidualnemu bezpieczeństwu lub godności,

**Długość leczenia**

Wymagany jest taki czas trwania i taka intensywność leczenia, które będą wystarczające do zapewnienia, że ​​zmiany w zachowaniu zostały utrwalone i zinternalizowane, a mieszkańcy są przygotowani do powrotu do społeczeństwa. Ten czas jest różny dla każdego mieszkańca. Osoby, które przebywają co najmniej 3 miesiące w długoterminowym leczeniu stacjonarnym, zazwyczaj uzyskują lepsze wyniki po zakończeniu leczenia.

Jeżeli w programie leczenia stacjonarnego występują problemy z utrzymaniem klientów, należy wprowadzić takie zmiany, które wprowadzą ocenę krótkoterminową i okres adaptacyjny przed podjęciem decyzji o podjęciu długoterminowego leczenia stacjonarnego. Ponadto, czas trwania leczenia można skrócić, wprowadzając podejście stopniowego zmniejszania zakresu opieki z opcją zamieszkania do określonego momentu, umożliwiając w ten sposób stałą opiekę, którą można połączyć z leczeniem ambulatoryjnym. Konieczne jest również zapewnienie wsparcia członkom rodziny, z uwzględnieniem usług przystosowanych do opieki nad dziećmi i usług psychospołecznych integrujących odpowiednich członków rodziny.

**3.5.6 Szczegółowe wymagania programu**

Długoterminowe stacjonarne programy leczenia dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychotropowych powinny obejmować następujące komponenty:

• Kompleksową diagnozę bio-psychospołeczną przyjmowanego mieszkańca

• Plan leczenia, który najlepiej odpowiada potrzebom pacjenta

• Kontrakt terapeutyczny, który jasno określa wszystkie procedury leczenia, usługi oraz zasady i regulamin, a także oczekiwania wobec pacjenta

• Bieżącą ocenę postępów pacjenta w leczeniu i ciągłą ocenę kliniczną stanowiącą integralną część programu

• Planowanie wypisu powiązane z profilaktyką nawrotów i strategiami kontynuacji opieki w okresie po leczeniu stacjonarnym

**Dokumentacja**

Pisemna lub elektroniczna dokumentacja wszystkich ocen powinna być objęta poufnością i przechowywana w bezpiecznym miejscu, dostępna wyłącznie dla pacjenta i personelu bezpośrednio zaangażowanego w leczenie. Właściwie prowadzona dokumentacja powinna zawierać co najmniej:

• Zgodę na terapię i zgodę na przestrzeganie zasad programu, z podpisem osoby przystępującej do programu, gdy zostanie przyjęta

• Podpisany dokument zawierający politykę poufności i etyki

• Odpowiednie plany leczenia i postępowania dla każdej osoby objętej programem, opracowane na podstawie informacji od zespołu terapeutycznego i od pacjentów

• Dokumentację osób objętych programem aktualizowaną regularnie odnośnie szczegółów leczenia, postępów i zmian pierwotnie zakładanych celów

• Podsumowanie ukończenia leczenia po zakończeniu programu (przygotowane w konsultacji z mieszkańcem)

**Personel**

Wymagany jest nadzór medyczny nad terapeutycznymi aspektami programów społeczności terapeutycznych i innych długoterminowych terapii stacjonarnych. W zależności od wielkości społeczności, zwykle niezbędny jest zespół wyszkolonych specjalistów i wolontariuszy w celu zapewnienia optymalnej opieki w długoterminowym programie leczenia stacjonarnego. Terapeuci, pielęgniarki i pracownicy socjalni powinni zawsze być obecni w programie.

Lekarze, w tym także w miarę możliwości psychiatrzy, powinni być dostępni na wezwanie lub pełnić dyżury przez określoną liczbę godzin w tygodniu. W stacjonarnych ośrodkach oferujących leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych opieka medyczna powinna być dostępna na miejscu codziennie w ciągu dnia i na wezwanie w nocy.

Osoby, które są w stanie zdrowienia, np. byli uczestnicy podobnego programu, mogą być cennymi wzorami do naśladowania. Mogą zostać zatrudnieni jako personel, korzystne byłoby, gdyby mieli wcześniejsze doświadczenie zawodowe zdobyte poza programem leczenia. Powinni również odbyć profesjonalne szkolenie w zakresie prowadzenia terapii lub pracy z grupą. Osoby rozpoczynające pracę w społeczności terapeutycznej powinny spędzać w niej czas przed zatrudnieniem lub zaraz po nim, w miarę możliwości jako mieszkaniec. Pracowników powinien obowiązywać ścisły kodeks etyczny. Personel nie powinien stosować upokarzających lub poniżających środków wobec mieszkańców, ani forsować swoich przekonań osobistych. W optymalnych warunkach zewnętrzna komisja powinna pełnić nadzór, zapewniający że w społeczności terapeutycznej nie dochodzi do nadużyć władzy ze strony kierownictwa.

**Wymogi bezpieczeństwa**

Wszystkie programy terapii stacjonarnej muszą zapewniać pracownikom i mieszkańcom środowisko życia i nauki bezpieczne pod względem psychologicznym i fizycznym.

Fizyczne otoczenie, w którym osadzony jest program, i w którym mieszkańcy przebywają przez wiele miesięcy, jest ważne. Miejsce to nie powinno przypominać więzienia czy szpitala, lecz dom. Abstynencja od alkoholu i substancji psychoaktywnych powinna być obowiązkiem i prawem. Jednak nie należy bez wskazań medycznych przerywać farmakoterapii zaburzeń psychicznych lub uzależnień przy użyciu leków psychoaktywnych stosowanych pod nadzorem lekarza, np. metylofenidatu, leków przeciwdepresyjnych, metadonu lub buprenorfiny. Należy określić procedury wydawania i podawania przepisanych leków.

Niektóre zachowania są niedopuszczalne w programie stacjonarnym i mogą być podstawą do usunięcia z programu. Zwykle obejmuje to używanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, przemoc, kradzież i aktywność seksualną między mieszkańcami. W ramach programu mogą zostać wprowadzone regularne badania toksykologiczne z dodatkowymi badaniami przesiewowymi po powrocie z przepustki poza ośrodkiem i przy podejrzeniu używania substancji psychoaktywnych. Należy określić procedury zgłaszania niebezpiecznych incydentów, takich jak przemoc fizyczna lub seksualna. Należy określić przejrzyste procedury reagowania na naruszenie zasad i wartości programu, z różnymi poziomami reakcji, odzwierciedlającymi różne okoliczności. Kontakt z odwiedzającymi powinien być monitorowany lub nadzorowany i ewentualnie ograniczony, szczególnie na wczesnych etapach leczenia.

**3.5.7 Kryteria ukończenia programu i wskaźniki skuteczności**

Podczas leczenia mieszkańcy są regularnie monitorowani i poddawani okresowej ocenie, co pozwala zapewnić mieszkańcom informacje zwrotne na temat postępów w realizacji celów leczenia i gotowości do ukończenia programu.

Skuteczność leczenia stacjonarnego i gotowość do opuszczenia programu można ocenić u każdego pacjenta na podstawie kilku parametrów, takich jak:

• Poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego

• Zrozumienie czynników, w tym czynników wyzwalających, które mogą przyczyniać się do nawrotu, a także wykazanie umiejętności ich rozpoznawania oraz umiejętności radzenia sobie z głodem narkotyku

• Poprawa funkcjonowania społecznego i chęć odejścia od sieci osób używających substancji psychoaktywnych na rzecz sieci społecznych ceniących abstynencję i zdrowienie

• Nowe hobby i zainteresowania, kontynuowane po wypisie

• Gotowość do kontynuowania leczenia i procesu zdrowienia po wyjściu z programu

• Zdolność i motywacja do zaangażowania się w pracę i działanie na rzecz społeczeństwa

Niektóre długoterminowe programy leczenia stacjonarnego oferują etap leczenia przejściowego lub powrotu, podczas którego mieszkańcy stopniowo spędzają coraz więcej czasu w społeczeństwie zewnętrznym (kontynuując naukę w szkole lub pracując), ale nadal mieszkają w ośrodku. Ten okres zwiększonego kontaktu z szerszą społecznością, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa, stabilności i wsparcia zapewnianego przez program, daje mieszkańcom możliwość ćwiczenia nowo nabytych umiejętności w celu utrzymania abstynencji, rozwijania nowych relacji i wspierających sieci przyjaźni oraz, w stosownych przypadkach, odbudowania relacji z najbliższą rodziną, w ramach sieci wsparcia programu. Celem tego okresu leczenia jest przygotowanie mieszkańców do ostatecznego wypisania z programu.

**3.5.8 Ocena mocy dowodów**

Istnieje bardzo ograniczona liczba rygorystycznie kontrolowanych badań oceniających skuteczność długoterminowego leczenia stacjonarnego, a zwłaszcza modelu społeczności terapeutycznej. W ostatnim przeglądzie Cochrane nie przedstawiono dowodów na to, że model społeczności terapeutycznej jest bardziej lub mniej skuteczny niż inne metody leczenia, z wyjątkiem modelu społeczności terapeutycznej realizowanego w więzieniach, który uznano za skuteczny.[[8]](#footnote-8)

**3.5.9 Zalecenia**

**Standardy społeczności terapeutycznych**

• Społeczność posiada zaplanowany program terapeutyczny

• Opracowany został ustrukturyzowany i spójny dzienny harmonogram działań grupowych

• Wszyscy członkowie posiadają plan opieki sporządzony na piśmie

• Społeczność przygotowuje swoich członków do samodzielnego życia w społeczeństwie zewnętrznym

• W społeczności określono klarowną hierarchię odpowiedzialności klinicznej

• Określono w przejrzysty sposób przywileje wraz z uzasadnieniem i procesem ich przydzielania

• Społeczność bierze odpowiedzialność za poprawę i utrzymanie zdrowia fizycznego klientów

• Jeśli klientom oferuje się terapię farmakologiczną, sporządzony został dokument zawierający zasady stosowania terapii oraz istnieje odpowiedni nadzór kliniczny

• Zarejestrowane domy opieki spełniają minimalne krajowe standardy.

**Personel**

• Dostawca usług opracował system, w którym ​​metoda wyboru, zatrudniania i szkolenia pracowników odpowiada obowiązującym normom prawnym i ustalonym wewnętrznym zasadom.

• Organizacja posiada zasady, którymi personel kieruje się, gdy obowiązujące ustawodawstwo jest zbyt ogólne.

• Struktura organizacji i zarządzania jest ustalona i jasno określa kompetencje dla poszczególnych stanowisk.

• Dostawca usług określił strukturę i liczbę stanowisk, profile stanowisk, wymagane kwalifikacje oraz czynniki osobowe i etyczne. Struktura i liczba stanowisk uwzględniają potrzeby i aktualną liczbę użytkowników usługi, ich potrzeby i działania organizacyjne. Skład zespołu oraz osoby współpracujące są dobierani pod kątem tych potrzeb.

• Wdrożono działania zabezpieczające przed ryzykiem związanym z pracą.

• Przypadki, w których prawa pacjenta/klienta zostały naruszone przez pracownika, i podjęte działania, są udokumentowane w aktach osobowych.

• Opiekę specjalistyczną (medyczną, psychologiczną, psychoterapeutyczną, społeczną, edukacyjną itp.) sprawuje personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

**Wypis, dalsza opieka i skierowanie**

• Opracowane są kryteria wykluczenia pacjenta z programu z powodu naruszenia zasad obowiązujących w programie leczenia, przemocy, utrzymującego się używania substancji wbrew zaleceniom itp.

• Opracowane są kryteria postępowania w określonych sytuacjach ryzyka (np. zatrucie, ryzyko samobójstwa)

• Wypisanie z programu opiera się na określeniu statusu pacjenta w procesie zdrowienia

• Zwracana jest uwaga na ewentualną potrzebę dalszego leczenia i wsparcia (np. rodzinnego, społecznego) w oparciu o diagnozę, cele i zasoby pacjenta

• Przygotowano plany opieki, które wyznaczają alternatywne ścieżki postępowania, którymi można podążać w przypadku częściowego lub całkowitego niepowodzenia pierwotnego planu lub wydalenia z programu leczenia uzależnień

## 3.6 Wsparcie w procesie zdrowienia

**3.6.1 Krótka definicja i opis**

Wsparcie w procesie zdrowienia, nazywane również programem opieki „After Care” oferowanym po ukończeniu terapii podstawowej lub wsparciem społecznym, stanowi element długoterminowego modelu opieki ukierunkowanego na wspieranie procesu zdrowienia i jest przeznaczone dla pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych. Etap ten następuje po ustabilizowaniu abstynencji osiągniętej podczas leczenia ambulatoryjnego lub stacjonarnego. Nacisk jest kładziony na zmniejszenie ryzyka nawrotu do używania substancji psychoaktywnych poprzez wspieranie zmian w funkcjonowaniu społecznym jednostki, wspieranie jej dobrostanu w lokalnej społeczności i szerszym społeczeństwie. Wspieranie zdrowienia to stabilizowanie, wspieranie i wzmacnianie tego procesu przez cały okres życia. Akcent przeniesiony jest na pacjenta, który bierze coraz większą osobistą odpowiedzialność za postępowanie ze swoim uzależnieniem, opierając się na swojej sile charakteru i odporności.

Badania podłużne wielokrotnie wykazywały, że leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wiąże się ze znacznym spadkiem użycia substancji, zmniejszeniem problemów i kosztów dla społeczeństwa. Jednak nawrót po wypisie i ewentualne ponowne przyjęcia do programów są również bardzo częste. Większość pacjentów przyjmowanych do leczenia była wcześniej leczona. Ryzyko nawrotu nie wydaje się zmniejszać aż do 4-5 lat abstynencji. Utrzymanie stanu zdrowienia jest jednak możliwe. Trwałe zdrowienie możliwe jest nawet u 40% pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych.

Optymalnie, po ukończeniu programu opieki stacjonarnej i intensywnej opieki ambulatoryjnej należy zmniejszyć intensywność oddziaływań w kierunku mniej intensywnego, ale długoterminowego leczenia. Opieka ciągła zorientowana na zdrowienie jest alternatywą dla często spotykanego modelu opieki, charakteryzującego się powtarzającymi się epizodami ostrego leczenia, gdzie po ukończeniu programu opieka ogranicza się do biernych skierowań do grup samopomocy. Opieka ciągła zorientowana na zdrowienie opiera się na długoterminowym postępowaniu w ramach sieci wsparcia i usług w ramach społeczności. Profesjonalnie ukierunkowane postępowanie w procesie zdrowienia, podobnie jak postępowanie z innymi przewlekłymi zaburzeniami zdrowotnymi, przesuwa nacisk w opiece ze schematu „przyjęcia, leczenia i wypisu” na trwałe partnerstwo w zakresie zarządzania zdrowiem. W tym modelu tradycyjny proces wypisu zostaje zastąpiony przez monitorowanie po uzyskaniu stabilizacji, edukację i coaching w zakresie zdrowienia, aktywne powiązanie ze społecznościami zaangażowanymi w utrzymanie abstynencji, rozwijanie zasobów społecznych i, w razie potrzeby, wczesną ponowną interwencję. W postępowaniu zorientowanym na zdrowienie zamiast licznych niepowiązanych epizodów ostrego leczenia, zapewniony jest rozszerzony wachlarz usług wsparcia procesu zdrowienia, które są oferowane w dłuższym okresie czasu, ale są mniej intensywne, a ich koszt przeliczony na epizod leczenia jest niższy.

Zwiększenie nacisku na zarządzanie długoterminowe w przeciwieństwie do leczenia pojedynczych epizodów osobno poparte jest dowodami sugerującymi, że uzależnienie od substancji najlepiej rozpatrywać i leczyć jako przewlekłe i nawracające zaburzenie, podobne do chorób takich jak nadciśnienie, astma i cukrzyca, a nie ostry stan chorobowy, taki jak uraz lub infekcja. Osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych powinny przez całe życie mieć możliwość korzystania z interwencji medycznych i psychospołecznych, z intensywnością odpowiadającą nasileniu objawów.

Opieka ciągła i wspieranie zdrowienia powinny obejmować długoterminowe strategie leczenia farmakologicznego, psychospołecznego i środowiskowego w celu zmaksymalizowania szans na poprawę wyników w zakresie używania substancji, zdrowia fizycznego i psychicznego, zachowań przestępczych, podejmowania ryzyka i funkcjonowania społecznego.

Opieka ciągła („Continuing Care”) i wspieranie zdrowienia („Recovery Management”) to terminy używane zamiennie w celu opisania omawianego aspektu opieki, charakteryzującego się dłuższym czasem trwania i słabszą intensywnością. Nowszy angielski termin „Recovery Management” lepiej oddaje bardziej złożone cele związane z dobrostanem i ponowną integracją społeczną oraz perspektywę całego życia przyjmowaną dla działań terapeutycznych.

**3.6.2 Cele**

Podstawowym celem tego etapu jest utrzymanie korzyści uzyskanych we wcześniejszych fazach leczenia. Po opanowaniu umiejętności utrzymania abstynencji i kontroli kompulsywnych zachowań związanych z poszukiwaniem substancji psychoaktywnych, osiągniętych na etapie intensywnego leczenia następuje etap opieki ukierunkowanej na proces zdrowienia, który ma na celu wsparcie jednostki w rozwoju i umacnianiu zasobów osobistych i społecznych, które są niezbędne do radzenia sobie z zewnętrznymi okolicznościami i zachowaniem zdrowego stylu życia. Obejmuje to ciągłą pracę w zakresie osobistego i społecznego zdrowienia w ramach życia bez substancji psychoaktywnych, większe dbanie o swoje samopoczucie fizyczne i psychiczne, odzyskanie godności osobistej, poczucia własnej wartości i rozwój duchowy lub religijny.

Proces zdrowienia może być z powodzeniem kontynuowany przez osoby, które pozostają aktywnie zaangażowane w leczenie (przyjmują leki i uczęszczają na regularną terapię) lub utrzymują kontakt z szerszą społecznością osób w okresie zdrowienia, np. poprzez grupy samopomocy. Opieka ukierunkowana na zdrowienie wspiera rozwój umiejętności radzenia sobie z codziennym stresem związanym z bezdomnością lub utrzymaniem mieszkania, bezrobociem lub problemami w miejscu pracy, izolacją społeczną lub brakiem zadowolenia ze związków międzyludzkich. W szczególności pacjenci potrzebują wsparcia przed kryzysami i konfliktami oraz w ich trakcie, aby uzyskać pomoc w kontrolowaniu reakcji dysfunkcyjnych i nadmiernie emocjonalnych. Poprzez wszystkie te elementy wsparcie w procesie zdrowienia koncentruje się na zmniejszaniu stresujących bodźców, które mogłyby doprowadzić do nawrotu kompulsywnego poszukiwania substancji psychoaktywnych.

Na wczesnym etapie zdrowienia należy przewidywać nawrót objawów psychicznych, które zostały „zamaskowane” przez używanie substancji psychoaktywnych. Pozwoli to na zapewnienie odpowiedniego leczenia i opieki, w tym interwencji farmakologicznych i psychospołecznych. Ogólnie rzecz biorąc, opieka ukierunkowana na zdrowienie polega na pomocy pacjentom poprzez poprawę i stabilizację poziomu jakości życia oraz umożliwienie reintegracji społecznej.

**3.6.3 Typy osób, dla których taka forma interwencji jest najbardziej odpowiednia**

Większość pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych może potrzebować interwencji związanych ze wspieraniem zdrowienia przez długi czas po zakończeniu epizodu leczenia, z intensywnością dostosowaną do indywidualnych potrzeb. Pacjenci, których stan jest bardzo złożony, w szczególności osoby z zaburzeniami związanymi ze stosowaniem substancji psychoaktywnych, które pojawiły się na wczesnym etapie życia, mogą wykazywać uogólnione zaburzenia funkcjonowania, słabe umiejętności życiowe, posiadać ograniczone mechanizmy radzenia sobie ze stresem i potrzebować w związku z tym bardziej intensywnych programów. Ponadto, pacjenci z wywiadem obciążonym wieloma nawrotami, słabym poziomem wsparcia rodzinnego i społecznego, problemami finansowymi, prawnymi i mieszkaniowymi, zaburzeniami zdrowia fizycznego i psychicznego powinni być najlepszymi kandydatami do otrzymania wsparcia w procesie zdrowienia. Ważne jest, aby pacjenci z wysoką podatnością na wystąpienie nawrotów nawiązali kontakt z odpowiednimi i spersonalizowanymi zespołami wsparcia procesu zdrowienia przed wypisaniem z długoterminowego programu leczenia stacjonarnego lub intensywnego leczenia ambulatoryjnego.

**3.6.4 Modele leczenia, stosowane metody, długość i intensywność leczenia**

Oferowane w ramach opieki ciągłej i wspierania zdrowienia podstawowe działania podejmowane po wypisaniu z intensywnych form leczenia umożliwiają pacjentom utrzymywanie stałych relacji z systemem opieki zdrowotnej, instytucjami opieki społecznej i ośrodkami terapii zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W większości przypadków koordynacją procesu wspierającego zdrowienie zajmuje się terapeuta, który często spotyka się z pacjentem, daje pozytywne wskazówki i wsparcie, zachęca do zaangażowania w życie społeczne i pomaga radzić sobie ze stresującymi sytuacjami. Terapeuta pomoże skontaktować pacjenta z innymi specjalistami, którzy mogą być pomocni w procesie reintegracji społecznej. W szczególności może w zależności od potrzeb skierować pacjenta do pracowników socjalnych i psychologów, lekarzy, specjalistów w zakresie zdrowia seksualnego i rozrodczości, prawników. Wszystkie te interwencje będą koordynowane przez osobę zarządzającą danym przypadkiem w perspektywie opieki ciągłej.

**Zasady podejścia do wspierania zdrowienia**

Opieka zorientowana na wspieranie zdrowienia wykorzystuje metodę Zarządzania przypadkiem w oparciu o mocne strony (ang. Strengths-Based Case Management), co oznacza, że zdrowienie postrzegane jest jako coś więcej niż osiągnięcie abstynencji od narkotyków, jest to także środek do budowania znaczącego i satysfakcjonującego życia, które stanie się silnym buforem przeciwko nawrotom. Takie podejście posiada następujące cechy:

*Koncentracja bardziej na zwiększaniu siły niż na zmniejszaniu deficytów*. Podejście skoncentrowane na zdrowieniu oznacza działanie w kierunku identyfikacji, pielęgnacji i dalszego rozwoju umiejętności, talentów, zasobów i zainteresowań klienta, nie zaś podkreślania potrzeb, deficytów i patologii.

*Podejście bardziej elastyczne niż ustalone*. Program wspierający zdrowienie musi odpowiadać na zachodzące zmiany dotyczące pacjenta poprzez stopniowe modyfikacje wprowadzane w miarę upływu czasu i oferować możliwość wyboru z elastycznego zakresu wsparcia i usług dostosowanych do potrzeb indywidualnych pacjentów.

*Uwzględnianie autonomii pacjenta*. Wspieranie zdrowienia nie jest obowiązkowym, przymusowym programem i wymaga podejścia zakładającego samodzielność, przez co zachęca i wspiera osoby w dokonywaniu świadomych wyborów dotyczących ich życia i leczenia. Znaczenie wyborów dokonywanych przez pacjentów zostało podkreślone w innych dziedzinach medycyny, szczególnie w odniesieniu do postępowania z chorobami przewlekłymi i okazało się, że zwiększają one odpowiedzialność jednostki za powrót do zdrowia.

*Udział społeczności zewnętrznych*. Wspieranie zdrowienia obejmuje rodzinę, przyjaciół i całą społeczność w celu wzmocnienia społecznych aspektów zdrowienia, w przeciwieństwie do metod pokonywania uzależnienia w izolacji. Osoby z otoczenia zachęcane są do odgrywania roli w procesie zdrowienia. Podkreślane jest znaczenie zasobów społecznych, w tym organizacji zawodowych i nieprofesjonalnych, organizacji opartych na wierze i szkół. Członkowie rodzin i organizacji społecznych mogą być włączani w proces, jeśli jest to potrzebne.

**Działania w ramach leczenia**

Podejście wspierające zdrowienie obejmuje wiele działań, które promują i wzmacniają wewnętrzne i zewnętrzne zasoby umożliwiające osobom dotkniętym chorobą dobrowolne rozwiązywanie problemów spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i aktywne pracowanie nad podatnością na ponowne wystąpienie tych problemów. Niektóre z tych działań są podejmowane już w domu, otoczeniu i społeczności pacjenta, a nad innymi można pracować. Stwierdzono, że następujące czynniki i działania zwiększają nie tylko reintegrację społeczną, lecz także szanse na stabilną remisję zaburzeń związanych ze szkodliwym używaniem substancji oraz utrzymanie procesu zdrowienia:

• Wspierający partner, sieć członków rodziny i przyjaciół, którzy mogą monitorować stabilność procesu zdrowienia, abstynencję od substancji psychoaktywnych i przestrzeganie zasad leczenia

• Praca dająca poczucie sensu i uznanie w miejscu pracy, które zastępuje stygmatyzację i dyskryminację

• Kontakty z osobami oraz sieciami społecznymi przyjaciół i współpracowników, których normy są ukierunkowane na abstynencję, i którzy wspierają cele związane z procesem zdrowienia pacjenta

• Zaangażowanie polityczne, humanitarne i duchowe, które umożliwia przypisanie sensu do sytuacji stresowych i odnalezienie istotniejszego celu w życiu

• Wzmacnianie siły i odporności pacjenta, poczucia własnej skuteczności i pewności siebie, aby radził sobie z codziennymi wyzwaniami i stresem, jednocześnie utrzymując zaangażowanie w proces zdrowienia i unikanie nawrotu do używania substancji

• Zwiększanie integracji i zaangażowania społecznego w celach edukacyjnych lub zawodowych, w tym udział w wolontariacie lub działania na rzecz lokalnej społeczności

• Rozwiązywanie problemów prawnych i finansowych

• Aktywne korzystanie z samopomocy, wsparcia religijnego lub innej grupy wsparcia jest związane z utrzymaniem procesu zdrowienia

**Szczegółowe wymagania**

Każdy plan leczenia powinien zostać opracowany przy pomocy zespołu specjalistów z udziałem pacjenta. Plan leczenia powinien być zindywidualizowany i zgodny z postępowaniem z innymi chorobami przewlekłymi. W programach ostrej i/lub intensywnej opieki plany leczenia opierają się na różnych pracownikach służby zdrowia, którzy odgrywają główną rolę w terapii. W opiece ukierunkowanej na zdrowienie, zakres planu wykracza poza aspekty medyczne, charakterystyczne dla wcześniejszych etapów leczenia, uwzględniając społeczny wymiar zdrowienia i obejmuje innych specjalistów, takich jak pracownicy socjalni, psychologowie, osoby z podobnymi doświadczeniami, autorytety z podobnymi doświadczeniami, duchowni, a także przyjaciele i wspierający członkowie rodziny.

Plan terapii w zakresie wspierania zdrowienia zwykle obejmuje regularne monitorowanie lub badania kontrolne, które mogą być przeprowadzone przez terapeutę, psychologa, specjalistę lub lekarza pierwszego kontaktu. Takie kontakty kontrolne, przeprowadzane osobiście lub przez telefon, mogą promować trwałość zdrowienia i zapobiegać nawrotom. Badania kontrolne stanowią element terapii w procesie zdrowienia, ponieważ dostarczają informacji zwrotnych na temat wyników oceny, pomagają identyfikować przeszkody w utrzymaniu poprawy i umożliwiają omówienie motywacji do kontynuowania leczenia. Pacjent może zostać poproszony o informacje na temat tego, jak radzi sobie w pracy, jakie są jego warunki życia, jak radzi sobie ze stresem lub czy utrzymuje zdrowe relacje. Badania kontrolne mogą obejmować dobrowolne badania toksykologiczne, dzięki którym pacjentów żyjących w społeczeństwie zewnętrznym można monitorować pod kątem nawrotów, i w razie potrzeby, udzielić im wczesnej interwencji. Na przykład metoda oceny procesu zdrowienia (ang. *Recovery Management Checkup*) to interwencja obejmująca ustrukturyzowaną rozmowę lub ocenę w ramach regularnej obserwacji kontrolnej mającej na celu ocenę stabilności procesu zdrowienia i wcześniejszą identyfikację osób potrzebujących pomocy i nawiązania kontaktu z ośrodkiem leczenia.

**3.6.5 Kryteria ukończenia programu i wskaźniki skuteczności**

Opisywane podejście do procesu zdrowienia przyjmuje perspektywę całego życia, w której unika się terminów „wypis” lub „ukończenie” stosowanych w bardziej tradycyjnych modelach leczenia. Wynika to z przyjęcia modelu postępowania stosowanego w chorobach przewlekłych, które ma na celu pomoc osobom w skutecznym radzeniu sobie z własnym problemem zdrowotnym w celu poprawy swojego dobrostanu. Wspieranie zdrowienia jest procesem otwartym i może być kontynuowane przez całe życie.

Sukces programów wpierających zdrowienie powinien być oceniany pod kątem zdolności do zmniejszenia wskaźnika nawrotów (kontrolowania używania substancji psychoaktywnych i unikania związanych z nimi szkód) oraz poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego, funkcjonowania i integracji społecznej pacjentów. Do oceny postępów w wielu aspektach zdrowia i funkcjonowania można stosować ustrukturyzowane narzędzie oceniające ogólne funkcjonowanie, np. Wskaźnik Stopnia Uzależnienia (ASI), podczas gdy inne narzędzia mogą ocenić potencjał zdrowienia, czyli ilość wewnętrznych i zewnętrznych zasobów, które można wykorzystać do zainicjowania i utrzymania procesu zdrowienia.

**3.6.6 Ocena mocy dowodów**

Ten etap leczenia opisuje nowy i ewoluujący sposób postrzegania leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, które nie zatrzymuje się po pojedynczym epizodzie leczenia lub po krótkoterminowym programie opieki podjętym po leczeniu. Jest to bardziej podejście terapeutyczne niż konkretna interwencja, a zatem trudno je ocenić w randomizowanych badaniach klinicznych.

# Rozdział 4: Grupy szczególne

## 4.1 Leczenie kobiet w ciąży

**4.1.1 Zasady leczenia**

Kobiety, które doświadczają zaburzeń związanych z używaniem substancji, a następnie zachodzą w ciążę, stanowią wyjątkową grupę wymagającą leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji z dwóch powodów. Po pierwsze, ciężarna kobieta z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji stanowi wyzwanie dla dostawców usług zdrowotnych, ponieważ problem zdrowotny może wpływać zarówno na nią samą, jak i na płód, zaś leczenie może mieć niekorzystny wpływ na jedno lub drugie z nich, lub na oba podmioty tej diady. Istnieją zarówno medyczne, jak i etyczne wyzwania związane z leczeniem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych u diady, a nie u matki i dziecka osobno. Po drugie, wiele kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych ma niewielkie umiejętności rodzicielskie i może brakować im podstawowej wiedzy na temat rozwoju dziecka i wychowywania dzieci. Co więcej, po porodzie dziecko może potrzebować pomocy medycznej i innych kompleksowych usług, biorąc pod uwagę możliwość wystąpienia szkodliwych czynników w okresie płodowym. Z drugiej strony, możliwość zapewnienia leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji u kobiet w ciąży ma ogromny potencjał pozytywnych zmian w zakresie poprawy życia zarówno dla matki, jak i płodu, a następnie dla matki i dziecka, jeśli dziecko zostaje również objęte leczeniem. Tym samym w leczeniu ciężarnej z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji często występują dwie „diady” - diada matki i płodu oraz diada matki i dziecka.

Problemy kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji są odzwierciedleniem problemów stwierdzonych u dorosłych osób używających substancji w sposób szkodliwy. Niektóre problemy są wspólne zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet, np. brak formalnego wykształcenia lub prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z prawem. Niektóre problemy mogą mieć bardziej niekorzystny wpływ na kobiety, np. stygmatyzacja, wstyd i brak pozytywnych, wspierających relacji to kluczowe powody, dla których kobiety nie szukają, nie podejmują leczenia lub w nim nie uczestniczą. Kobiety częściej niż mężczyźni są ofiarami przemocy i/lub zaniedbania w dzieciństwie, są wielokrotnie narażane na przemoc interpersonalną, są ekonomicznie zależne od innych, nie mają dostępu do formalnej edukacji lub kształcenia zawodowego oraz mają ograniczone umiejętności rodzicielskie i zasoby. W przypadku ciąży wyżej wymienione problemy mogą stać się jeszcze bardziej dotkliwe i stanowić przeszkodę w podjęciu leczenia, udziału w nim i osiągnięciu wyników. Kobiety uzyskują lepsze długoterminowe wyniki, gdy otrzymują terapie skoncentrowane na problemach częściej spotykanych u kobiet z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji w porównaniu z terapiami, które nie są ukierunkowane na kobiety.

Światowa Organizacja Zdrowia ostatnio podkreśliła wyjątkowe potrzeby, którym muszą sprostać usługi związane z leczeniem kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. Sama ciąża nie powinna być powodem skreślenia z leczenia ani odmowy leczenia kobiety. Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji u kobiet zwykle nie jest bardziej skomplikowane niż leczenie innych grup pacjentów. Ponadto kobiety w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji muszą mieć takie same prawa, jak inne kobiety ciężarne i nieciężarne. Żadna kobieta z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji nie powinna zostać poddana przymusowej aborcji lub sterylizacji. Programy muszą uwzględniać procedury i zabezpieczenia zapobiegające zatrzymaniu i przymusowemu leczeniu kobiet w ciąży.

**4.1.2 Metody terapeutyczne**

**Badanie przesiewowe i przyjęcie do leczenia**

Programy zapewniające leczenie kobietom w ciąży z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych i ich dzieciom, zazwyczaj mają procedurę przesiewową i procedurę przyjęcia, pozwalającą określić, czy dana osoba spełnia kryteria wejścia do programu. Badanie przesiewowe powinno oceniać przynajmniej trzy czynniki ryzyka: pilną pomoc lekarską, detoksykację i profilaktykę szkód wobec siebie lub innych. Wystąpienie nawet jednego z tych trzech problemów może sugerować, że kobieta powinna zostać skierowana lub przeniesiona do bardziej wyspecjalizowanej jednostki medycznej lub psychiatrycznej w celu ustabilizowania problemów, przynajmniej krótkoterminowo, przed przystąpieniem do programu leczenia. Określenie potrzeb pacjentki i ocenę, czy usługi zapewniane przez program są dla nich właściwe, należy uznać za pierwszy krok do nawiązania relacji między pacjentką a dostawcą usług i szansę na zbudowanie relacji.

Należy opracować w formie pisemnej zasady badań przesiewowych i procedur przyjmowania do leczenia z uwzględnieniem następujących elementów:

• Opisu procedur przesiewowych, procedur przyjmowania do leczenia i/lub wywiadów. Wszystkie procedury przyjęcia i wywiady powinny zostać zatwierdzone do stosowania u kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji.

• Wymagań dotyczących szkolenia personelu w zakresie prowadzenia badań przesiewowych i przyjmowania do leczenia oraz wskazania, którzy członkowie personelu będą mieli dostęp do informacji z badań przesiewowych.

• Zasad dotyczących spełniania kryteriów kwalifikacji do programu oraz sposobu, w jaki kobiety są informowane o nieprzyjęciu do programu i jakie informacje wówczas uzyskują, oraz dokąd mogą się zwrócić, aby otrzymać usługi. Ma to na celu zapewnienie, że przyjęcie lub nieprzyjęcie do programu jest sprawiedliwe i niestronnicze.

Wszystkie informacje kliniczne powinny być przechowywane w bezpiecznym miejscu i wpisane do dokumentacji pacjenta w programie.

**Ocena**

Ocena kliniczna powinna nastąpić po przyjęciu kobiety do programu. Celem oceny jest dokładne zbadanie życia kobiety w trzech celach: precyzyjnej diagnozy, zapewnienia odpowiedniego leczenia i opracowania odpowiednich celów leczenia. Podstawowym celem oceny jest ocena aktualnej sytuacji życiowej kobiety i zebranie wywiadu dotyczącego stanu fizycznego, psychologicznego, sytuacji rodzinnej i społecznej oraz używania substancji w celu określenia konkretnych potrzeb terapeutycznych, aby można było opracować plan leczenia, który byłby dostosowany do mocnych stron i potrzeb kobiety. Istotne są również szczególne informacje związane z ciążą, takie jak termin porodu, przebyte ciąże i planowane miejsce porodu. Ocena powinna opierać się na wielu źródłach informacji, aby zebrany wywiad był kompletny. Należy przeprowadzić ocenę wstępną, a następnie proces powinien mieć płynny charakter, zakładający, że kolejne oceny są planowane okresowo w trakcie leczenia. Biorąc pod uwagę zmiany w funkcjonowaniu fizycznym i psychologicznym oraz społecznym, niezbędna jest ocena kobiety przez cały okres leczenia i rozpoczęcia procesu zdrowienia. Częstotliwość takiej oceny zależeć będzie od przebiegu leczenia i występowania wszelkich niepowodzeń w procesie leczenia. Standardy oceny są podobne do standardów dotyczących opisanych powyżej badań przesiewowych i przyjmowania do leczenia.

**Planowanie leczenia**

Kobiety w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji powinny być członkiniami zespołu terapeutycznego, koncentrującego się zarówno na zdrowiu kobiety, jak i zdrowiu jej dziecka. Kobieta w ciąży nie powinna być postrzegana jako pacjentka informowana biernie o stanie zdrowia i pytana o zgodę na dane działania. Powinna być postrzegana jako aktywna uczestniczka w procesie podejmowania decyzji odnośnie leczenia, które dotyczą nie tylko jej samej, ale także jej dziecka.

**Podejścia terapeutyczne**

Podejścia terapeutyczne stosowane w przypadku kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji zależą w dużej mierze od stosowanych substancji i ich ilości. Można uznać, że w pewnych okolicznościach odpowiednia może być krótka interwencja skoncentrowana na edukacji i ocenie ryzyka przeprowadzona przez lekarza pierwszego kontaktu lub ginekologa położnika. Jednak biorąc pod uwagę potencjalne ryzyko dla płodu, takie interwencje prawdopodobnie powinny być ograniczone tylko do pojedynczych wybranych przypadków kobiet problemowo używających substancji lub kobiet z zaburzeniami używania substancji o niewielkim nasileniu. W związku z tym większość programów leczniczych dla kobiet w ciąży używających substancji powinna stosować bardziej tradycyjne metody leczenia.

Istnieją dwa wymiary, według których można opracować takie programy leczenia: lokalizacja i rodzaj interwencji. Na jednym końcu kontinuum znajdowałyby się programy leczenia ambulatoryjnego, a z drugiej strony całodobowe programy stacjonarne. Interwencje terapeutyczne obejmują farmakoterapię i interwencje psychospołeczne.

*Szczególne czynniki odnoszące się do leczenia farmakologicznego w czasie ciąży*

Względy farmakologiczne są szczególnie ważne w przypadku kobiet z zaburzeniami spowodowanymi używaniem opioidów, u których niezbędne do uzyskania korzystnych wyników jest leczenie wspomagane lekami. Nie powinno się rezygnować z leczenia agonistami receptorów opioidowych u kobiet wyłącznie ze względu na ciążę. Decyzje dotyczące wyboru leku opioidowego należy podejmować indywidualnie dla każdej pacjentki, uwzględniając indywidualne cechy każdej z nich. Zarówno metadon jak i buprenorfina są skutecznymi lekami o korzystnym stosunku ryzyka do korzyści, ale nie zawsze są one porównywalnie odpowiednie dla danego pacjenta. Wyniki badań wskazują na mniejsze nasilenie zespołu abstynencyjnego noworodków (NAS) przy ekspozycji na buprenorfinę niż metadon w okresie prenatalnym. NAS można jednak łatwo rozpoznawać i leczyć i jest on tylko jednym z aspektów decyzji dotyczącej stosunku ryzyka do korzyści do rozważenia przez kobietę i jej lekarza podczas podejmowania decyzji o leczeniu farmakologicznym w czasie ciąży.

Zarówno metadon, jak i buprenorfina skutecznie ograniczają stosowanie opioidów i umożliwiają pacjentce dalsze korzystanie z leczenia psychospołecznego. Dawkę leku należy okresowo poddawać ponownej ocenie w czasie ciąży w celu dostosowania, zazwyczaj zwiększenia, i utrzymania terapeutycznego stężenia leku w osoczu, a tym samym zminimalizowania ryzyka wystąpienia objawów abstynencyjnych oraz głodu narkotyku, a także ograniczenia lub zakończenia używania substancji psychoaktywnych i utrzymania abstynencji.

Jeśli kobieta zajdzie w ciążę podczas stosowania metadonu lub buprenorfiny, powinna kontynuować przyjmowanie tego samego leku, zwłaszcza gdy dobrze reaguje na leczenie. Nie zaleca się odstawiania agonistów receptorów opioidowych podczas ciąży. Wiąże się ono z wysokim odsetkiem przypadków przerwania leczenia i nawrotów z towarzyszącym ryzykiem dla kobiety i płodu, a opioidowy zespół abstynencyjny zwiększa ryzyko poronienia.

*Kompleksowa terapia*

Model kompleksowego leczenia skoncentrowanego na kobiecie obejmuje leczenie całościowe kobiety oraz diady matki i dziecka, terapię grupową pacjentów z uwzględnieniem doświadczenia traumy i leczenie indywidualne, opiekę nad dziećmi, transport, opiekę medyczną, opiekę położniczą i ginekologiczną, psychiatrę, edukację rodzicielską, wczesną interwencję, rehabilitację zawodową, pomoc mieszkaniową i pomoc prawną. Zapewnienie wszystkich powyższych usług jest konieczne, ale niewystarczające, aby leczenie było skoncentrowane na kobiecie. W celu optymalizacji wyników leczenia program leczenia skoncentrowany na kobiecie, a szczególnie na ciężarnej kobiecie stosującej substancje musi uwzględniać specyficzne czynniki biologiczne, a także kulturowe, społeczne i środowiskowe, wpływające na używanie substancji psychoaktywnych u kobiet

* Istotne związki międzyludzkie i doświadczenia rodzinne odgrywają ważną rolę w inicjacji używania substancji psychoaktywnych
* Istotny jest wzorzec stosowania i kontynuacja nadużywania substancji u kobiet szukających leczenia
* Istotne jest wsparcie zdrowienia oraz wsparcie w razie nawrotu
* Kobiety częściej napotykają przeszkody, gdy poszukują leczenia i w czasie samego procesu leczenia ze względu na pełnione role opiekuńcze, oczekiwania dotyczące płci i trudności społeczno-ekonomiczne. Bariery te mogą być przyczyną opóźniania podjęcia leczenia lub zgłaszania się do leczenia w cięższym stadium choroby, gdy występują dodatkowe zaburzenia medyczne i psychiatryczne
* Stygmatyzacja powstrzymuje kobiety przed podjęciem leczenia.
* Kobiety często podejmują leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji po skierowaniu z szerszej sieci ośrodków
* Programy leczenia powinny uwzględniać opiekę nad dziećmi i umożliwiać matkom leczenie
* Dawki leków mogą ulegać zmianie w zależności od wskazań
* Kobiety są bardziej narażone na ryzyko doświadczania przemocy w rodzinie i wykorzystywania seksualnego, a ich dzieci mogą być narażone na znęcanie, dlatego pomocne może być nawiązanie kontaktu z organizacjami społecznymi chroniącymi dzieci i kobiety.
* Kobiety częściej aktywnie poszukują pomocy i uczestniczą w leczeniu po przyjęciu do programu
* Osiągnięcie maksymalnych korzyści może być możliwe dzięki leczeniu nakierowanym na kobiety, przebiegającym w bezpiecznym ośrodku przeznaczonym tylko dla jednej płci.
* Kobiety mogą potrzebować edukacji i wsparcia w zakresie zdrowia seksualnego, antykoncepcji, umiejętności rodzicielskich i opieki nad dzieckiem.

*Protokół postępowania w czasie porodu*

Programy, w ramach których możliwe jest odebranie porodu u kobiety w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji powinny opracować pisemny protokół postępowania w czasie porodu, określający potencjalne problemy związane zarówno z porodem, jak i pacjentką. Wymogiem minimalnym jest rozmowa na temat miejsca porodu, osoby, która ma zostać powiadomiona, rzeczy, których będzie potrzebować matka i dziecko, sposobu, w jaki matka zdobędzie te rzeczy. Konieczne jest też odpowiednie postępowanie w leczeniu bólu. Wiele kobiet z zaburzeniami spowodowanymi używaniem opioidów jest bardziej wrażliwych na ból niż kobiety bez takich zaburzeń. Nieleczony ból może spowodować nawrót używania substancji i inne niekorzystne skutki u matki oraz potencjalnie u dziecka, jeśli matka nie będzie w stanie się nim opiekować.

*Protokół leczenia poporodowego*

Wszystkie programy, które świadczą usługi dla kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji, powinny mieć wdrożony protokół leczenia poporodowego. Kobiety nie powinny być zniechęcane do leczenia tylko z powodu ciąży lub okresu połogu. Protokół powinien również określać metody wspierania diady matka-dziecko, w tym co najmniej określać podstawowe umiejętności rodzicielskie.

*Karmienie piersią*

Mimo że należy dołożyć wszelkich starań, aby zachęcać do karmienia piersią matki używające substancji psychoaktywnych, każdy przypadek należy oceniać indywidualnie. Decyzja dotycząca karmienia piersią jest szczególnie złożona w przypadku matek zarażonych wirusem HIV, a także matek z innymi stanami chorobowymi przyjmujących niektóre leki psychotropowe, u których karmienie piersią byłoby przeciwwskazane. Inne przeciwwskazania lub środki ostrożności dotyczące karmienia piersią występują w przypadku matek stosujących środki do inhalacji, metamfetaminę, stymulanty, środki uspokajające i alkohol.

Opublikowano szczegółowe wytyczne dotyczące tych problemów, które mają pomóc lekarzowi w sformułowaniu najlepszych zaleceń. Potrzeba indywidualnego podejścia do karmienia piersią w przypadku matek stosujących substancje opiera się na ocenie poziomu zrozumienia przez matkę wpływu substancji przenikającej do mleka kobiecego jak również wpływu jej zachowań związanych z używaniem substancji. Ważna jest również świadomość, że wiele kobiet może używać więcej niż jednej substancji, a nie ma wielu dostępnych informacji na temat wpływu na noworodka wielu substancji w mleku matki. Dlatego w tej sytuacji najbardziej wskazane jest zawieranie jasno sformułowanych, pisemnych porozumień z matkami, dotyczących ich praktyk związanych z karmieniem piersią.

**4.1.3 Szczególne wymagania dotyczące programu**

*Szkolenie personelu*

Każdy pracownik, który ma bezpośredni kontakt z pacjentkami (sekretarki, kierownicy biur) musi być kompetentny i wrażliwy na problemy kobiet w ciąży. Wszyscy pracownicy powinni wiedzieć, z kim należy się skontaktować, jeśli kobieta zacznie rodzić i gdzie powinna czekać na przybycie personelu lub gdzie powinna udać się po pomoc lekarską. W odróżnieniu od innych użytkowników substancji, kobiety w ciąży narażają płód na potencjalne szkodliwe substancje. Zdecydowana większość z tych kobiet jest wewnętrznie skonfliktowana, zawstydzona i czuje się winna, ponieważ postrzega swoją sytuację w kategoriach niezdolności do „kontrolowania” stosowania substancji. Personel musi być świadomy tych uczuć i obaw oraz być przygotowany na odpowiednią reakcję i udzielenie wsparcia. Dalsze zawstydzanie i stygmatyzowanie kobiet w związku z używaniem substancji w czasie ciąży nie jest skuteczną metodą zapobiegania narażeniu płodu na działanie narkotyku czy poprawy stanu zdrowia matki.

*Dokumentacja*

Bez względu na rodzaj lokalizacji lub intensywność otrzymywanych usług, właściwa dokumentacja leczenia kobiety w ciąży w zakresie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji powinna obejmować wszystkie elementy określone dla ogólnej populacji pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, np. umowę dotyczącą leczenia, zindywidualizowaną terapię i plan leczenia oraz podsumowanie zakończenia leczenia. Programy zapewniające usługi kobietom w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji są dodatkowo obciążone obowiązkiem prowadzenia właściwej dokumentacji wszystkich usług medycznych, psychiatrycznych i terapii uzależnień w celu zapewnienia, że ​​zalecana jest wszelka niezbędna opieka oraz że istnieje możliwość ściśle skoordynowanej opieki między różnymi dostawcami usług.

**Podsumowanie**

Leczenie kobiet w ciąży z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych jest rozwijającym się obszarem medycyny. Najlepsze wyniki uzyskiwane są w leczeniu wykorzystującym wszystkie metody oparte na dowodach i jednocześnie odnoszącym się do licznych złożonych problemów medycznych i psychospołecznych. Optymalna terapia umożliwia znaczną poprawę wyników matek i dzieci, co z kolei pozwala dzieciom na osiągnięcie najwyższego potencjału i powoduje zmniejszenie ryzyka międzypokoleniowego przenoszenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

## 4.2 Leczenie noworodków biernie narażonych na opioidy w okresie płodowym

**Wprowadzenie**

Liczba noworodków urodzonych po przewlekłym wewnątrzmacicznym narażeniu na opiaty i inne substancje jest trudna do ustalenia. Czynniki przyczyniające się do tej niedokładności obejmują brak pomiarów i zmiany we wzorcach używania substancji zachodzące w czasie oraz czynniki geograficzne. Wyniki u noworodków są lepsze, jeśli zapewnione jest kompleksowe wsparcie medyczne, farmakologiczne i psychospołeczne dla ich matek. Kiedy te usługi nie są dostępne, istnieje ryzyko przedwczesnego porodu, wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu, posocznicy noworodków, martwego porodu, zamartwicy okołoporodowej, wytworzenia słabej więzi matki z dzieckiem, deprywacji i zaniedbania noworodka, braku prawidłowego rozwoju i wzrostu i ryzyko zespołu nagłego zgonu niemowląt. Jednym z głównych problemów, które mogą występować u 50-80% noworodków narażonych na działanie opioidów w macicy, jest zespół abstynencyjny noworodków. NAS jest definiowany jako przemijające zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (np. drażliwość, piskliwy płacz, drżenie, hipertonia, hiperrefleksja, zaburzenia snu), układzie pokarmowym (np. torsje, luźne stolce, wzmożony odruch ssania, brak koordynacji ssania i połykania, mały apetyt połączony z utratą masy ciała), układzie oddechowym (np. duszność, przyspieszony oddech) i autonomicznym układzie nerwowym (np. kichanie, ziewanie). Przyczyną NAS u noworodka jest używanie przez matkę nielegalnych opioidów zakupionych na ulicy lub leków przepisanych matce przez lekarza w związku z jej stanem zdrowia; dotyczy to też metadonu lub buprenorfiny stosowanych w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem opioidów.

**Leczenie NAS**

Leczenie NAS powinno obejmować interwencje niefarmakologiczne, a następnie leczenie farmakologiczne (w razie potrzeby) wdrożone na podstawie odpowiedniej i spójnej oceny. Środki wspomagające obejmują: system rooming-in, karmienie piersią, oferowanie smoczka (ssanie nieodżywcze), owijanie w taki sposób, aby noworodek mógł ssać palce, bez nadmiernego ubierania oraz kontakt z matką „skóra do skóry”. Należy udrożnić jamę nosowo-gardłową noworodka, który powinien być karmiony często (co 2 godziny) niewielkimi ilościami pokarmu jeśli utrzymuje się słaby apetyt. Należy unikać przekarmiania oraz układać dziecko na prawym boku, aby uniknąć zachłyśnięcia, jeśli występują takie objawy NAS jak wymioty lub torsje.

Nie należy opóźniać rozpoczęcia leczenia farmakologicznego NAS. Najczęściej stosowanymi lekami w terapii zespołu abstynencyjnego noworodków wywołanego ekspozycją na opioidy jest doustna morfina lub metadon w zależności od masy ciała i oceny według skali. Jeśli u noworodków nie stosuje się innych substancji (np. barbituranów, etanolu i środków uspokajających i nasennych) na ogół podaje się fenobarbital. Celem leczenia jest złagodzenie objawów abstynencji i uspokojenie dziecka tak, aby przywrócić prawidłowe funkcje jedzenia, spania i wydalania. Dawkę leku należy niezwłocznie zwiększyć na podstawie częstych ocen nasilenia NAS uzyskanych za pomocą zatwierdzonych instrumentów, i analogicznie szybko zmniejszyć, gdy objawy NAS ulegną złagodzeniu.

**Szkolenie personelu**

Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej opiekujący się niemowlętami powinni zostać przeszkoleni w zakresie rozpoznawania objawów przedmiotowych i podmiotowych NAS, a także innych stanów, które mogą u noworodków przypominać NAS (np. posocznica, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowych, podrażnienie OUN po niedotlenieniu, hipoglikemia, hipokalcemia i krwawienie wewnątrzczaszkowe).

***Dokumentacja***

Należy rejestrować każdą ocenę w kierunku NAS, leczenie farmakologiczne i inne nielekowe interwencje w celu łagodzenia NAS.

## 4.3 Dzieci i młodzież z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji

**4.3.1 Zasady leczenia**

**Dzieci i młodzież, którzy mogą zostać zgłoszeni do leczenia**

Dzieci i młodzież na całym świecie stanowią znaczną większość ofiar zaniedbania, przemocy fizycznej, seksualnej i emocjonalnej. Dzieci są wykorzystywane w działaniach wojennych, działaniach terrorystycznych, są poddawane wielu formom przemocy, dotyka je analfabetyzm, sprzedawane są w celach zarobkowych i wykorzystywane w handlu substancjami psychoaktywnymi. Dzieci cierpią z powodu deprywacji, ubóstwa, głodu, dyskryminacji ze względu na płeć, przesiedlenia oraz złych warunków dla rozwoju zdrowia psychicznego i fizycznego. Dzieci są ofiarami na każdym etapie handlu substancjami psychoaktywnymi, są wykorzystywane do uprawy, produkcji, sprzedaży, kupowania i dystrybucji. Dzieci, których rodziny uprawiają rośliny stanowiące bazę produkcji narkotyku, są narażone na toksyczne odpady oraz bierne wdychanie oparów. Dzieci żyjące w krajach objętych konfliktami wojennymi są narażone na różne zagrożenia. Dzieci-żołnierze mają łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych, które likwidują senność, umożliwiają dzieciom walkę i wykonywanie innych działań terrorystycznych, są także sposobem radzenia sobie z traumą przemocy. Używanie substancji psychoaktywnych jest traktowane przez nich jako sposób na znalezienie tymczasowego ukojenia w niebezpiecznym i nieprzewidywalnym świecie.

**Zagadnienia, które należy rozważyć podczas leczenia dzieci i młodzieży**

Zaburzenia związane z używaniem substancji są krytycznymi chorobami pediatrycznymi. Im wcześniejsza jest inicjacja używania substancji, tym większe ryzyko szybszego przejścia do znacznie nasilonego używania i zaburzeń z nim związanych. Dzieci, które używają substancji, raczej nie postrzegają tego jako problemu dla siebie lub innych w swoim życiu; jednak używanie substancji, zarówno legalnych, jak i nielegalnych, może zaszkodzić rozwojowi dziecka. Co więcej, takie dzieci najprawdopodobniej będą wymagały w przyszłości terapii związanej ze stosowaniem substancji psychoaktywnych i usług w zakresie zdrowia psychicznego.

Dzieci mogą mieszkać ze swoimi rodzinami, ale mogą także mieszkać na ulicy - osierocone lub odrzucone przez rodzinę, mogą zostać wcielone do wojska lub żyć w instytucjach systemu poprawczego. Co za tym idzie, otoczenie i warunki leczenia w przypadku dwóch ostatnich grup dzieci mogą być zupełnie inne niż tradycyjne leczenie ambulatoryjne lub stacjonarne i mogą obejmować więcej ośrodków lub świetlic i pomocowych działań zewnętrznych, niż w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji u dorosłych. Młodzież może zostać zgłoszona do leczenia przez rodziców zaniepokojonych niedawnym używaniem substancji psychoaktywnych.

Badania nad leczeniem tej populacji są ograniczone i chociaż istnieją obiecujące dowody na to, że leczenie psychospołeczne jest skuteczne u starszych dzieci, wskazówki dotyczące leczenia dzieci często opierają się na wynikach badań przeprowadzonych z udziałem dorosłych i młodzieży. Jednak takie podejście do leczenia dzieci z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji może wiązać się z nieprzewidzianymi problemami, takimi jak inna reakcja na leki u dzieci niż u dorosłych. Wreszcie, wiele terapii psychospołecznych stosowanych u dzieci należy dostosować do poziomu rozwoju poznawczego i doświadczeń życiowych dzieci.

Inne kwestie, które należy rozważyć podczas leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji u dzieci i młodzieży to m.in.:

• Dzieci i młodzież mają wyjątkowe potrzeby terapeutyczne, związane z niedojrzałością mózgu i funkcji poznawczych oraz ograniczonymi umiejętnościami radzenia sobie związanymi z niepełnym rozwojem psychospołecznym

• Młodzież charakteryzuje wysoka skłonność do podejmowania ryzyka, poszukiwanie nowości i duża wrażliwość na presję rówieśników

• U młodzieży stosującej substancje psychoaktywne często współwystępują zaburzenia psychiczne, a w ich rodzinach częste są dysfunkcje, które powinny stanowić priorytet w leczeniu

• Dzieci i młodzież mogą rzadziej niż osoby dorosłe dostrzegać wartość płynącą z mówienia o swoich problemach, ich myślenie jest bardziej konkretne, mają mniej rozwinięte umiejętności językowe i mogą posiadać mniejszą umiejętność autorefleksji niż dorośli

• Interwencje behawioralne należy dostosować, uwzględniając ograniczone zdolności poznawcze dzieci i młodzieży

• Dzieci i młodzież mogą mieć inne niż dorośli motywacje do udziału w terapii, a także dzielenia z terapeutami tych samych celów leczenia

Okres dojrzewania jest szczególnym okresem rozwojowym, a mózgi nastolatków są szczególnie podatne na zaburzenia związane z używaniem substancji. Biorąc pod uwagę neurotoksyczne działanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, na rozwój mózgu, używanie substancji powinno być jak najszybciej wykrywane i jak najszybciej należy przeciwdziałać temu zjawisku. Nastolatkowie mogą również odnieść korzyści z interwencji w zakresie używania substancji, nawet jeśli nie są uzależnieni. Jak najszybsze przerwanie ekspozycji na działanie substancji może pomóc zminimalizować ryzyko późniejszych szkód fizycznych i/lub psychicznych. Rutynowe wizyty lekarskie, spotkania w szkole lub inne wizyty związane z opieką zdrowotną stanowią okazję do pytania nastolatków o używanie substancji psychoaktywnych. Młodzież odpowiada zgodnie z prawdą, jeśli nie odczuwa bezpośrednich, negatywnych konsekwencji okazania szczerości. Presja prawna, szkolna i rodzinna mogą stanowić ważne czynniki sprzyjające podjęciu leczenia przez nastolatki, jego kontynuacji i ukończeniu.

Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych powinno być dostosowane do wyjątkowych potrzeb nastolatka i odpowiadać na wszystkie jego potrzeby, a nie tylko skupiać się na używaniu substancji psychoaktywnych. Na wczesnym etapie leczenia należy zidentyfikować przypadki przemocy i wykorzystywania dzieci oraz ryzyko samobójstwa i podjąć działania dotyczące tych problemów. Monitorowanie używania substancji jest kluczowe w leczeniu nastolatków, którego celem jest zapewnienie niezbędnego wsparcia i dodatkowej struktury, w czasie gdy mózg jeszcze się rozwija. W leczeniu młodzież potrzebuje więcej wsparcia, a także wsparcia bardziej zróżnicowanego niż dorośli. Biorąc pod uwagę okres inicjacji seksualnej i częstsze przypadki wykorzystywania seksualnego wśród nastolatków uzależnionych od substancji psychoaktywnych, badanie nastolatków pod kątem chorób przenoszonych drogą płciową, takich jak zakażenie wirusem HIV, a także wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, jest ważną częścią leczenia uzależnień. Leczenie powinno również obejmować metody takie jak: trening umiejętności społecznych, szkolenie zawodowe, interwencje rodzinne, promocję zdrowia seksualnego, w tym zapobieganie niechcianej ciąży i chorobom przenoszonym drogą płciową.

W terapii należy zintegrować inne obszary społecznego zaangażowania nastolatków, takie jak szkoła, sport, hobby i doceniać wpływ dobrych relacji rówieśniczych.

Leczenie nastolatków powinno w stosownych przypadkach wspierać pozytywne zaangażowanie rodziców. Musi zostać zapewniony dostęp do instytucji opiekuńczych dla dzieci.

Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i usługi w zakresie zdrowia psychicznego powinny uwzględniać wyjątkowe cechy i charakteryzować się elastycznością w odniesieniu do identyfikowania i zaspokajania potrzeb dzieci i młodzieży w ramach, które najlepiej chronią dziecko przed krzywdą i zaspokajają jego indywidualne potrzeby zdrowotne.

**4.3.2 Metody terapeutyczne**

**Zewnętrzne działania pomocowe**

Celem programów zewnętrznych działań pomocowych jest identyfikacja dzieci, które mogą potrzebować usług związanych ze zdrowiem, oraz świadczenie takich usług w możliwym zakresie, z uwzględnieniem ograniczeń, w jakich dziecko może żyć (np. na ulicach, w więzieniu). W związku z tym celem pracowników pomocy jest dotarcie do dzieci z grupy ryzyka, a następnie przekazywanie niezbędnej pomocy. Usługi będą miały na celu rozwiązywanie wszelkich problemów, z uwzględnieniem działań związanych ze zdrowiem, w tym także zdrowiem psychicznym. W przypadku działań zewnętrznych, badanie przesiewowe może być realizowane w drodze wywiadu przeprowadzonego przez personel zewnętrzny, a jego celem jest zebranie wystarczających informacji w celu określenia potrzeby skierowania i leczenia w wielu obszarach, o których wiadomo, że są problematyczne dla dzieci w takich okolicznościach, w których nawiązywany jest kontakt (np. ulica). Stanowi to aktywny wkład w organizowanie leczenia. Przyczyna i zakres problemu są drugorzędne w stosunku do faktu rozpoczęcia leczenia.

**Badania przesiewowe i ocena**

Tradycyjne stacjonarne i ambulatoryjne programy leczenia dzieci zazwyczaj mają procedurę przesiewową i procedurę przyjęcia, pozwalającą określić, czy dziecko spełnia kryteria wejścia do programu. W związku z tym, w ramach przyjmowania do leczenia konieczna jest ocena co najmniej trzech czynników ryzyka: intoksykacji, zagrożenia samookaleczeniem lub krzywdzeniem innych oraz nadużyć (emocjonalnych, seksualnych lub fizycznych). Wystąpienie nawet jednego z tych trzech problemów może sugerować, że dziecko powinno zostać przyjęte do bardziej odpowiedniego leczenia szpitalnego. Ocena obejmuje aktualną sytuację życiową dziecka i zebranie wywiadu dotyczącego stanu fizycznego, psychologicznego, sytuacji rodzinnej i społecznej w celu określenia konkretnych potrzeb terapeutycznych, aby można było opracować plan leczenia, który byłby dostosowany do mocnych stron i potrzeb dziecka. Standardy stosowane w badaniach przesiewowych i ocenie przeprowadzanych u dzieci nie powinny różnić się od stosowanych w przypadku innych populacji pacjentów (patrz punkt 10.1.2 powyżej).

**Planowanie leczenia**

Dzieci z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji powinny być członkami zespołu terapeutycznego, koncentrującego się zarówno na samopoczuciu fizycznym, jak i psychicznym dziecka. Dziecko nie powinno być postrzegane jako pacjent, biernie informowany o swoim stanie zdrowia, a raczej powinno być postrzegane jako osoba aktywnie uczestnicząca w decyzjach terapeutycznych wraz ze swoim opiekunem. Dodatkowo, na wczesnym etapie procesu planowania, należy podjąć decyzje dotyczące powrotu do społeczeństwa zewnętrznego.

**Podejścia terapeutyczne**

Podejścia terapeutyczne przeznaczone dla dzieci z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji zależą w dużej mierze od stosowanych substancji. Podobnie jak w przypadku innych grup pacjentów, leczenie powinno obejmować interwencje psychospołeczne w połączeniu z lekami, gdy jest taka potrzeba. Dostępnych jest jednak niewiele badań dotyczących skuteczności farmakoterapii w leczeniu nastolatków, a nawet mniej w przypadku leczenia dzieci, dlatego żaden z leków nie jest dopuszczony do stosowania w tej grupie. Istnieją pewne argumenty za stosowaniem agonistów receptorów opioidowych, zwłaszcza metadonu u młodzieży, gdy leczona osoba jest uznana za zdolną do wyrażenia zgody na takie leczenie i powinno się je stosować u nastolatków z ciężkimi zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych oraz z wysokim ryzykiem ciągłego używania tych substancji. Zgoda powinna być udzielona przez rodziców w zgodzie z krajową polityką legislacyjną. Młodzież z krótkotrwałym zaburzeniem używania opioidów, która ma dużo wsparcia rodzinnego i społecznego, może dobrze reagować na wycofanie opioidów przy zastosowaniu naltreksonu lub bez niego jako strategii zapobiegania nawrotom. Należy też stosować odpowiednią farmakoterapię w leczeniu współwystępujących zaburzeń psychicznych jako część zintegrowanego planu leczenia, który obejmuje również terapie psychospołeczne.

Podejścia psychospołeczne do leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych u dzieci i młodzieży powinny obejmować możliwie szeroki zakres ich życia, przyjmując perspektywę zindywidualizowaną, która uwzględnia ich słabości i mocne strony. Przykłady metod leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji u dzieci i młodzieży obejmują podejście skoncentrowane na umiejętnościach życiowych, interwencje oparte na rodzinie (np. krótka strategiczna terapia rodzin (ang. Brief Strategic Group Therapy), behawioralna terapia rodzin lub rodzinna terapia wielosystemowa) i edukację podstawową. Młodzież odniesie korzyści ze szkolenia w zakresie samokontroli, umiejętności społecznych i podejmowania decyzji.

**Kwestie związane z płcią w leczeniu nastolatków**

Świadomość różnic między płciami powinna być uwzględniana jako integralna część procesu leczenia u nastolatków. Chłopcy zazwyczaj wolą grupy mieszane, podczas gdy dziewczęta wolą grupy tylko dla dziewcząt, co odzwierciedla różnice w procesie socjalizacji i charakterze stosowania substancji u dziewcząt i chłopców. Biorąc pod uwagę znacznie wyższe wskaźniki przemocy fizycznej, wykorzystywania seksualnego, wymiany seksu na substancje psychoaktywne wśród dziewcząt niż chłopców, przynajmniej część programu leczenia powinna być ukierunkowana w zależności od płci. U dziewcząt leczenie może skupiać się na szczególnie obciążających aspektach życia dziewcząt, takich jak depresja i historia przemocy fizycznej i seksualnej, podczas gdy u chłopców leczenie może skupiać się na kwestiach kontroli impulsów, problemach w szkole i społeczności oraz występowaniu problemów z uczeniem się i zachowaniem, jednak wiele z tych problemów dotyczy wszystkich dzieci.

**4.3.3 Szczególne wymagania dotyczące programu**

**Szkolenie personelu**

Personel musi posiadać odpowiednie kompetencje nie tylko w zakresie leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, ale także w odniesieniu do kamieni milowych rozwoju i odpowiedniego dla wieku rozwoju poznawczego, językowego i społecznego. Szczególnie dzieci mogą nie mieć na tyle złożonych zdolności poznawczych, aby rozmawiać o problemach, mogą też nie być w stanie w pełni wyrażać swoich uczuć. Personel musi być świadomy statusu prawnego dzieci i specjalnych zabezpieczeń, które ich obowiązują. Ważne jest, aby personel znał i prowadził grupy dzieci w tym samym wieku. Powszechnie wiadomo, że łączenie starszych i bardziej doświadczonych użytkowników substancji z młodszymi, mniej doświadczonymi pacjentami może prowadzić do gorszych wyników dla młodszych dzieci i nastolatków.

**Polityka ochrony dzieci**

Programy zapewniające leczenie dzieciom i nastolatkom z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji muszą posiadać politykę ochrony dzieci. Polityka ta zapewnia sieć bezpieczeństwa i chroni dzieci przed: 1) wszelkim postrzeganym lub realnym zagrożeniem lub ryzykiem dla ich życia, ich osoby i dzieciństwa, 2) podatnością na wszelkiego rodzaju szkody oraz 3) niepewnością społeczną, psychologiczną i emocjonalną. Ochrona dzieci odnosi się do ochrony przed przemocą, wykorzystywaniem, nadużyciami i zaniedbaniem. Jest integralnie związana z każdym innym prawem dziecka. Polityka ta powinna posiadać zasady przewodnie, które zapewniają poszanowanie godności i wolności dziecka; uznanie najwyższego dobra dziecka; przekonanie, że dziecko jest uprawnione do wyrażania swojej opinii i może podejmować decyzje za siebie; poszanowanie prawa dziecka do prywatności i poufności; brak tolerancji jakiejkolwiek formy nadużycia bezpośredniego lub pośredniego; przekonanie, że ochrona dziecka jest obowiązkiem całego personelu, administracji, zarządu, konsultantów, stażystów i wolontariuszy. Powinna również zawierać regulamin wyszczególniający, co należy i czego nie wolno robić.

**Przestrzeń fizyczna**

Bez względu na lokalizację leczenia należy wziąć pod uwagę kilka kwestii. Nazwa programu powinna unikać stygmatyzacji, nazw związanych z uzależnieniami. Program powinien zapewniać przyjazną dzieciom atmosferę, w tym bezpłatne i otwarte miejsca do zabawy z odpowiednimi zabawkami i innymi materiałami, zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz. Potrzebna jest odpowiednia liczba toalet i umywalni zarówno dla personelu, jak i dzieci. Sale lekcyjne powinny mieć odpowiednią przestrzeń, aby dzieci mogły swobodnie siedzieć i poruszać się. W przypadku ośrodków stacjonarnych należy unikać tłoku i zachować odpowiednie odstępy między łóżkami. Na przykład odstęp między łóżkami powinien wynosić przynajmniej 60 cm. Dzieci w wieku 7-13 lat należy odseparować od dzieci w wieku 14 lat lub starszych, aby uniknąć negatywnych wpływów. Ponadto, biorąc pod uwagę aspekty kulturowe i kwestie bezpieczeństwa, starsze dzieci powinny spać w oddzielnych pomieszczeniach.

**Dokumentacja**

Programy zapewniające leczenie dzieciom i młodzieży powinny posiadać jasną i szczegółową dokumentację świadczonych usług. Każde dziecko powinno mieć numer rejestracyjny umożliwiający identyfikację dziecka i osobny plik dokumentacji. Wszystkie dokumenty muszą być przechowywane w zamknięciu, z zachowaniem poufności i prywatności każdego dziecka. Personel prowadzący leczenie musi mieć dostęp do dokumentów, które zawierają informacje o przebiegu terapii i statusie leczenia dziecka w momencie ostatniego kontaktu z personelem. Dzieci nie należy obciążać dokumentacją.

## 4.4 Leczenie w ramach systemu sądownictwa karnego

**4.4.1 Krótka definicja i opis**

Ponad 10 milionów ludzi na całym świecie (około 146 na 100 000) jest pozbawionych wolności i większość tych osób ma doświadczenie problemowego używania substancji psychoaktywnych. Ponadto, znaczny odsetek osób problemowo używających substancji psychoaktywnych, które nie przebywają obecnie w zakładach karnych, zgłasza, że ma za sobą co najmniej jeden epizod pozbawienia wolności.

Należy zauważyć, że trzy międzynarodowe konwencje o środkach odurzających nie zobowiązują państw członkowskich do egzekwowania sankcji z tytułu odpowiedzialności karnej za używanie i posiadanie substancji psychoaktywnych na własny użytek. Wyraźnie wskazano świadczenie usług w zakresie leczenia i wsparcia zdrowienia jako kompletną alternatywę dla sankcji karnych, w tym więzienia, w odniesieniu do drobnych przestępstw związanych z substancjami psychoaktywnymi. Osobom regularnie stosującym środki psychoaktywne i objętym systemem sądownictwa karnego często oferuje się usługi leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, aby przełamać błędne koło substancji psychoaktywnych i przestępczości. W zamkniętych placówkach, na przykład w więzieniach i aresztach, system sądownictwa karnego ma „uwięzionych” odbiorców, którzy mogą skorzystać z świadczonych, skutecznych usług terapeutycznych. W przypadku osób, które nie są pozbawione wolności, usługi terapeutyczne mogą być świadczone na różnych warunkach, takich jak probacja lub zwolnienie warunkowe, przekazanie sprawy, a także, w stosownych przypadkach, skierowanie przez policję na leczenie zamiast aresztowania. Zapewnianie usług terapeutycznych potrzebującym może znacznie ograniczyć używanie substancji psychoaktywnych i działalność przestępczą, a także poprawić wyniki w zakresie zdrowia publicznego (np. zmniejszone rozprzestrzenianie się wirusa zapalenia wątroby typu C, HIV itp.). Pozostawione bez opieki osoby z przeszłością kryminalną, intensywnie stosujące substancje psychoaktywne najprawdopodobniej będą nadal używać substancji psychoaktywnych i popełniać przestępstwa oraz stanowić poważne, ciągłe zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Świadczenie usług leczenia uzależnień i rehabilitacji w kontekście systemu sądownictwa karnego musi czerpać z takich samych zasad leczenia opartych na dowodach, jak wszystkie inne dziedziny medycyny. Zastosowanie mają też następujące zasady dotyczące tego konkretnego kontekstu.

**4.4.2 Cele**

W przełamywaniu błędnego koła substancji psychoaktywnych i przestępczości skuteczne może być podejście oparte na dowodach obejmujące interwencje oparte na ocenach ryzyka recydywy i potrzeb kryminogennych u danej osoby. Podstawowym celem tych interwencji jest zapewnienie najbardziej odpowiedniego rodzaju i intensywności usług. Mało intensywna terapia zwykle nie przynosi pożądanego rezultatu u osób z poważnymi problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi. Zastosowanie bardzo intensywnej terapii w przypadku mniej poważnych problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi jest również dyskusyjne, a czasem wręcz niekorzystne, gdyż naraża jednostkę na kontakt z innymi osobami, których problemy są bardziej poważne, a potrzeby większe. Decyzje dotyczące właściwego dobrania osób do usług i dostosowania usług do określonego ryzyka i potrzeb powinny opierać się na odpowiednim połączeniu intensywności problemów danej osoby z rodzajem i intensywnością świadczonych usług.

**4.4.3 Klienci**

Bardzo ważne jest, aby zidentyfikować najbardziej odpowiedni rodzaj osób, które powinny otrzymywać usługi leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz opiekę ciągłą w kontekście systemu sądownictwa karnego. Osoby używające substancji psychoaktywnych, jak też osoby o różnym stopniu nasilenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, niewykazujące zachowań przestępczych, nie powinny być więzione z powodu używania substancji psychoaktywnych. Zachowania przestępcze obserwowane u większości osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych są wtórne do tych zaburzeń i przede wszystkim powodowane są potrzebą finansowania zakupu substancji. Najskuteczniejszą interwencją u takich pacjentów jest leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, a zachowania przestępcze zwykle kończą się, gdy pacjent przestaje używać substancji psychoaktywnych. Oferta skutecznego leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych jest najlepszą odpowiedzią ze strony instytucji zdrowia i bezpieczeństwa publicznego skierowaną do osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, wtórnie popełniających drobne przestępstwa.

Interwencje terapeutyczne w kontekście systemu sądownictwa karnego mogą być odpowiednie dla grup, do których należą osoby, które mają zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i są w pewnym stopniu zaangażowane w działalność przestępczą, częściowo niezależną od używania substancji psychoaktywnych. Stosowanie substancji psychoaktywnych i zachowania przestępcze u osoby z zaburzeniami związanymi z ich używaniem mogą być niezależne lub powiązane, ale w każdym przypadku negatywne oddziaływania między tymi dwoma problemowymi zachowaniami, oprócz negatywnych oddziaływań płynących z wielu innych problemowych dziedzin życia, zmieniają trajektorię każdego problemowego zachowania, zazwyczaj w niepożądanym kierunku, o czym świadczy wyższy stopień recydywy i częstsze nawroty u osób z zaburzeniami związanymi ze stosowaniem substancji psychoaktywnych, które są również zaangażowane w działalność przestępczą.

**4.4.4 Modele i metody leczenia**

**Podstawowe zasady**

*Badanie przesiewowe i ocena są kluczowe w dobraniu odpowiedniego leczenia*

W ramach systemu sądownictwa karnego proces przesiewowy często jest uważany za etap określania „kwalifikowalności” do leczenia. Późniejsza ocena służy do określenia „odpowiedniości”, na przykład wyniki z oceny psychiatrycznej służą ustaleniu, czy uzasadnione jest umieszczenie pacjenta w programie podwójnej diagnozy. Ponieważ większość informacji wykorzystywanych w procesie przesiewowym i procesie oceny pochodzi z samoopisu, przy podejmowaniu decyzji o wyborze miejsca leczenia ważne jest pozyskanie dodatkowych źródeł informacji (np. wyników testów na obecność substancji, dokumentacji z zakładu karnego). Na przykład, kolejne pozytywne wyniki badań moczu wykonywanych w ramach nadzoru mogą skutkować skierowaniem na terapię, nawet jeśli dana osoba zaprzecza używaniu substancji psychoaktywnych.

W oparciu o wyniki badań przesiewowych i wyniki ocen uwzględniających dostarczone informacje należy ustanowić konkretne kryteria wyznaczające najbardziej odpowiedni rodzaj i odpowiednią intensywność leczenia. Kryteria te należy uwzględnić w polityce zarządzania leczeniem w konkretnym miejscu w ramach systemu sądownictwa karnego. W szczególności kryteria określające problemy spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, wymagające profesjonalnej interwencji, a także poziom „zaabsorbowania przestępczością” uzasadniający interwencję należy oprzeć na obiektywnych kryteriach, a nie na subiektywnej opinii na podstawie wywiadu lub krótkiego spotkaniu z daną osobą. Optymalny rodzaj i poziom leczenia, w tym wybór najbardziej efektywnej kosztowo interwencji, zależeć będzie od starannej oceny nasilenia problemów danej osoby i poziomu ryzyka, jakie stanowi dla społeczeństwa. Taką ocenę można uzyskać poprzez właściwe wykorzystanie walidowanych narzędzi służących do badań przesiewowych i przeprowadzania oceny. Osoby z poważnymi problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi często są niestety kierowane na terapię „uniwersalną”, nie uwzględniającą poziomu ryzyka i potrzeb danej osoby.

*Zasada dotycząca ryzyka recydywy*

Najbardziej skuteczne programy umożliwiają odpowiednie dopasowanie rodzaju interwencji do indywidualnego pacjenta. Powszechnie wiadomo, że programy, które obejmowały jedynie sankcje lub świadczyły usługi nie oparte na ryzyku indywidualnym, miały niewielki wpływ na wyniki, lub nie miały go wcale, a w niektórych przypadkach były wręcz związane z gorszymi wynikami niż uzyskiwane przez nieleczone grupy porównawcze. W następstwie tych ustaleń wiele systemów sądownictwa karnego przyjęło podejście, w którym najbardziej intensywne opcje leczenia są przeznaczone dla osób z najwyższym ryzykiem recydywy. Podobnie, zasoby systemu leczniczego powinny być w większym stopniu inwestowane w intensywne usługi dla osób z wyższym ryzykiem recydywy. W większości przypadków osoby o niskim ryzyku recydywy najprawdopodobniej utrzymają niskie ryzyko, niezależnie od tego, czy otrzymają usługi terapeutyczne.

*Zasada potrzeb*

Zgodnie z zasadą „potrzeb” ​​usługi dla osób objętych systemem sądownictwa karnego powinny koncentrować się na „kryminogennych” potrzebach, na radzeniu sobie z zachowaniami i postawami, które są związane z recydywą i które można zmienić w wyniku ukierunkowanej terapii. W szczególności, usługi powinny być ukierunkowane na zmianę aspołecznych postaw, uczuć i powiązań. Pomaganie osobom w doskonaleniu umiejętności kierowania sobą i zdobywaniu umiejętności prospołecznych prowadzi do lepszych wyników, a tradycyjne podejścia do leczenia ukierunkowane na ogólne konstrukty psychospołeczne, takie jak próby poprawy poczucia własnej wartości bez uwzględniania antyspołecznych aspektów osobowości, nie powinny stanowić podstawy terapii. Badania na tym obszarze wykazały, że istnieją cztery ogólne kategorie potrzeb kryminogennych, którymi należy się zająć: obecność zachowań antyspołecznych, antyspołeczny wzorzec osobowości, antyspołeczne wzorce poznawcze i antyspołeczne powiązania, oraz cztery dodatkowe obszary, które wymagają rozważenia (używanie substancji, rodzina, szkoła lub praca, rozrywka i rekreacja).

*Zasada dotycząca odpowiedzi na leczenie*

Na podstawie kompleksowej oceny osoby (w tym oceny stylu uczenia się, poziomu motywacji, płci i pochodzenia etnicznego), należy opracować podejście do leczenia dostosowane do potrzeb. Na przykład wiele osób objętych systemem sądownictwa karnego nie reaguje dobrze na tradycyjne, dydaktyczne metody leczenia, dlatego w usługach terapeutycznych należy dążyć do uwzględnienia w większym stopniu metod wizualno-przestrzennych przy przekazywaniu treści terapeutycznych. Należy unikać metod opartych na odstraszaniu i karach, a także metod, które są nieustrukturyzowane.

*Równość usług*

Według podstawowego założenia dotyczącego świadczenia usług zdrowotnych w ramach systemu sądownictwa karnego usługi zdrowotne powinny być podobne pod względem rodzaju i zakresu do tych, które są dostępne w społeczeństwie zewnętrznym. Wyrok nie powinien oznaczać pozbawienia prawa do dostępu do potrzebnej opieki zdrowotnej.

*Powiązanie z usługami dostępnymi w społeczeństwie zewnętrznym*

Oprócz równości usług dostępnych w więzieniach i w społeczeństwie zewnętrznym, powinno istnieć powiązanie pomiędzy usługami świadczonymi w ramach systemu sądownictwa karnego a usługami dostępnymi na zewnątrz. Pozwala to uniknąć przerw w otrzymywaniu terapii i zapewnić stałą jakość i ciągłość opieki.

*Struktura usług terapeutycznych*

Większość programów rozpoczyna się od silnie ustrukturyzowanych terapii z rygorystycznym monitoringiem toksykologicznym, a w miarę postępu intensywność oddziaływań zmniejsza się. W skutecznych programach występuje szereg bodźców zachęcających i, w mniejszym stopniu, sankcje, które pomagają kształtować zachowanie jednostki. Nagradzanie pozytywnych zachowań, np. poprzez wydanie uczestnikowi certyfikatu ukończenia programu, pomaga wzmocnić ciągłość pożądanych zachowań. Wykorzystanie negatywnego wzmocnienia czy też kar powinno być znacznie rzadsze i przebiegać w sposób terminowy i konsekwentny (np. natychmiastowy wzrost częstotliwości badania moczu, gdy uzyskuje się wynik dodatni).

*Konieczne jest zapewnienie rozległej sieci usług*

W związku z licznymi problemami napotykanymi przez objęte systemem sądownictwa karnego osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych ważne jest, aby program terapii mógł odpowiednio odpowiedzieć na dodatkowe potrzeby pacjentów, takie jak mieszkanie, pomoc prawna i finansowa oraz wsparcie w radzeniu sobie z problemami rodzinnymi.

*Kontinuum leczenia, które obejmuje opiekę po ukończeniu programu, jest niezbędne w wspieraniu zdrowienia*

Aby zapewnić, że pacjent utrzyma abstynencję i nie powróci do działalności przestępczej, terapię należy kontynuować po zakończeniu zasadniczego leczenia (opieka po ukończeniu programu). Utrzymanie korzyści związanych z leczeniem wymaga ciągłej opieki, która ma na celu pomoc danej osobie w przechodzeniu z usług świadczonych w ramach systemu sądownictwa karnego do usług świadczonych w środowisku zewnętrznym. Bez kontynuacji leczenia korzyści z terapii zazwyczaj są zmniejszone lub utracone. Niestety istnieje wiele przeszkód w zapewnieniu stałej opieki, takich jak: 1) rozdrobniony charakter systemu sądownictwa karnego, 2) brak koordynacji między pracownikami systemu sądownictwa karnego a świadczeniodawcami usług terapeutycznych, 3) brak zachęt i sankcji związanych z utrzymaniem abstynencji bez nadzoru, po zwolnieniu z więzienia lub aresztu, 4) brak środowiskowych programów terapii oraz 5) brak doświadczenia dostawców usług terapeutycznych w pracy z osobami objętymi systemem sądownictwa karnego.

**Leczenie jako alternatywa dla pozbawienia wolności**

Po latach rozbudowywania jednostek sądownictwa karnego rozpoczęto badanie alternatyw dla pozbawiania wolności, aby zmniejszyć liczbę więźniów. Jednym z popularnych podejść jest identyfikacja osób z grupy „niskiego ryzyka” i zapewnienie im intensywnego nadzoru sądowego lub nadzoru kuratora jako alternatywy dla więzienia. Często obejmuje to wymóg terapii środowiskowej jako warunku utrzymania nadzoru. Podejście to zostało zaakceptowane z kilku powodów, m.in. dlatego, że daje sądom więcej opcji wydawania wyroków, oszczędza zasoby i pomaga utrzymać rodziny i społeczności razem. Podejście polegające na wybieraniu innej niż więzienie kary za drobne przestępstwa związane z substancjami psychoaktywnymi jest w szczególności dozwolone na mocy konwencji o środkach odurzających.

*„Leczyć zamiast karać” (ang. drug courts)*

Podejście „Leczyć zamiast karać” staje się coraz bardziej popularną drogą zapewniającą alternatywy dla pozbawienia wolności. W ramach istniejących jurysdykcji utworzono specjalne programy służące kontroli terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych prowadzonej pod nadzorem sądu i kuratora dla osób, które mają poważne problemy związane z substancjami psychoaktywnymi. Struktura programów „Leczyć zamiast karać” jest różna, ale większość nakłada wymogi wyrywkowych badań moczu, korzystania z poradnictwa w zakresie leczenia uzależnień, regularnych spotkań z kuratorami sądowymi lub urzędnikami sądowymi, a także często uczestniczenia w grupach samopomocy.

W przeciwieństwie do standardowych spornych postępowań sądowych, programy „Leczyć zamiast karać” są uważane za środowiska wspierające, w których sędziowie chwalą i nagradzają jednostki za udany udział w programach, ograniczając udzielanie „kar” do osób, które nie wypełniają wymogów programu. Jest to obiecujące podejście, które umożliwia wyjście poza postępowanie karne, przy czym zasięg programów często ogranicza się do osób niewykazujących przemocy, które mają niewiele wcześniejszych wyroków skazujących lub nie mają ich wcale. W niektórych przypadkach programy „Leczyć zamiast karać” są dostępne tylko po przyznaniu się do winy, zatem terapia nie jest natychmiast dostępna dla wszystkich potrzebujących osób w ramach systemu sądownictwa karnego. Jednak w większości przypadków osoby, które pomyślnie ukończyły program, unikają wyroku pozbawienia wolności, a w wielu przypadkach z ich akt zostają usunięte niektóre wyroki, np. dotyczące substancji psychoaktywnych.

Podejścia reintegracji społecznej (ang. community correction)

Programy reintegracji społecznej to kolejna alternatywa dla pozbawiania wolności osób, które mają poważne problemy z używaniem substancji psychoaktywnych. Nakładane są warunki nadzoru, których naruszenie może doprowadzić do pozbawienia wolności. Oprócz wykonywania wyrywkowych testów na obecność substancji psychoaktywnych, inspekcji w domu, konieczności utrzymywania abstynencji, w ramach nadzoru może powstać wymóg korzystania z usług terapeutycznych. W przypadku najpoważniejszych przestępców często stosuje się nadzór intensywny (ang. intensive supervision probation), obejmujący częstsze kontrole dokonywane przez kuratorów sądowych a także częstsze spotkania. „Codzienne raportowanie” (ang. day reporting) to kolejna opcja, w której osoby często (zazwyczaj codziennie) zgłaszają się do miejsc, takich jak biuro kuratora. W niektórych jurysdykcjach istnieją opcje leczenia przeznaczone dla osób objętych nadzorem intensywnym i nadzorem dziennym. Inną opcją są „domy przejściowe” (ang. halfway houses), czyli odpowiedź na potrzebę tymczasowego zakwaterowania podczas przejścia od funkcjonowania w więzieniu do życia w społeczności. Przebywanie w domu przejściowym jest obowiązkowe, gdy dana osoba nie jest w pracy, sądzie lub u lekarza. W domach przejściowych zazwyczaj funkcjonują grupy wsparcia działające wg programu 12 kroków i, w niektórych przypadkach, dostępne są opcje terapii.

*Nadzorowana terapia w środowisku (ang. Supervised community treatment)*

Nadzorowana terapia w środowisku odnosi się do procesu świadczenia usług terapeutycznych osobom, które pozostają pod nadzorem sądu lub których wolność jest kontrolowana. Jak opisano powyżej, może to obejmować programy „Leczyć zamiast karać”, a także różne rodzaje metod kontrolowania wolności, zamiast uwięzienia. Jednak w wielu przypadkach przestępstwo związane z substancjami psychoaktywnymi nie uzasadnia pozbawienia wolności. W takich przypadkach wolność danej osoby może być kontrolowana oraz może istnieć wymóg udziału w terapii nadzorowanego przez sąd lub kuratora. Wolność jest w tych przypadkach ograniczona, osoby znajdujące się pod tego rodzaju nadzorem zachowują dostęp do alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w środowisku, a zatem są bardziej zagrożone ciągłym używaniem substancji psychoaktywnych. W przeciwieństwie do osób pozbawionych wolności, osoby przebywające w społeczeństwie często borykają się z zaspokajaniem podstawowych potrzeb, takich jak znalezienie odpowiedniego mieszkania i miejsca pracy, co przyczynia się do codziennego stresu. Jednak pozostawanie w społeczeństwie pomaga utrzymać pozytywne relacje rodzinne i pracować nad relacjami negatywnymi (jak np. przemoc w rodzinie).

**Interwencje w zakresie leczenia**

Zasadniczo interwencja terapeutyczna powinna być taka sama, jak interwencja w populacji ogólnej (jak opisano w poprzednich rozdziałach) przy uwzględnieniu specyficznych cech osób objętych systemem sądownictwa karnego. Jednak leczenie musi zawsze być dobrowolne i poprzedzone wyrażeniem świadomej zgody. Wszystkie osoby, które korzystają z usług terapeutycznych, w tym osoby podlegające nadzorowi systemu sądownictwa karnego, powinny mieć prawo do odmowy leczenia.

Detoksykacja wspomagana lekami jest często konieczna jako pierwszy etap leczenia. Jeśli jednostka penitencjarna nie ma możliwości stacjonarnego przeprowadzenia takiej procedury konieczne jest, aby dana osoba została skierowana do zewnętrznego ośrodka medycznego. Zmuszanie pacjentów do zmagania się z zespołem abstynencyjnym bez opieki medycznej jest nie tylko nieetyczne, ale może być niebezpieczne.

Modele terapii ambulatoryjnej obejmującej okres intensywnej terapii a następnie mniej intensywne leczenie ambulatoryjne pozwalają na obniżenie intensywności oddziaływań i są szczególnie odpowiednie dla osób otrzymujących intensywne leczenie w więzieniu i potrzebujących kontynuacji już mniej intensywnej terapii po powrocie do społeczeństwa zewnętrznego. Zmniejszanie intensywności oddziaływań na przestrzeni czasu powinno opierać się na tym, czy dana osoba realizuje cele leczenia.

W wydzielonych jednostkach w więzieniu można prowadzić terapię stacjonarną. Programy takie są szczególnie cenne, gdy są nakierowane na szczególne populacje wysokiego ryzyka, takie jak młodzi przestępcy, kobiety i osoby z zaburzeniami psychicznymi. Przebywanie w specjalnie przygotowanym środowisku pozwala na zminimalizowanie narażenia na kontakt z osobami, które mogą się dopuszczać nękania (np. ogólnej populacji osób osadzonych w więzieniach) i zapewnia możliwość precyzyjnego ukierunkowania terapii pod kątem danej podgrupy (np. radzenie sobie z traumą wśród kobiet będących ofiarami znęcania). Osoby uczestniczące w programach stacjonarnych powinny współpracować ze sobą i współpracować w zakresie codziennych obowiązków, takich jak przygotowywanie posiłków i pranie. Modelowanie, nauka rozwiązywania problemów, umiejętności komunikacyjnych, ustalania celów i współpracy w celu osiągnięcia celów to elementy sprawiające, że jest to potencjalnie wysoce skuteczne kompleksowe podejście terapeutyczne dla osób z doświadczeniem problemowego używania substancji psychoaktywnych. Nie powinien to być jednak niezależny model terapii. Po zakończeniu programu leczenia stacjonarnego należy kontynuować terapię w ramach kolejnych usług.

Społeczność terapeutyczna jest modelem leczenia stacjonarnego, który można dostosować do warunków więziennych, a jego skuteczność potwierdzono w randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych (Smith i in., 2006). Programy społeczności terapeutycznych w więzieniach powinny być organizowane w oddzielnych jednostkach więzienia o strukturze i usługach podobnych do porównywalnych programów na zewnątrz. Udział w tego typu terapii powinien być dobrowolny, a kryteria przyjęcia do programu mogą spełniać więźniowie z ogólnej populacji zakładu karnego. Niektóre interwencje stosowane w społeczności terapeutycznej nie wykazują skuteczności w zmniejszaniu recydywy lub ograniczeniu używania substancji psychoaktywnych i należy ich unikać. Takie nieskuteczne podejście zazwyczaj obejmuje silnie kontrolowany, wojskowy schemat, połączony z konfrontacją, dyscypliną i modyfikacją zachowania, w celu zaszczepienia dyscypliny i silnej chęci życia bez substancji psychoaktywnych i bez przestępczości, oraz uniknięcia szoku związanego z doświadczaniem leczenia w ramach tego rodzaju programów.

Grupy samopomocy mogą zapewniać bardzo istotne wsparcie osobom zdrowiejącym z uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Grupy samopomocy (AN lub AA) istnieją w wielu miejscach, w tym w więzieniach i społeczeństwie zewnętrznym. Ponieważ wiele z nich ma charakter religijny, wiele też odrzuca stosowanie leczenia wspomaganego lekami, ważne jest, aby rozważyć te czynniki przed wydaniem zalecenia lub wymogu uczestniczenia pacjenta w jednej z takich grup.

Farmakoterapia może być jednym z najważniejszych elementów leczenia niektórych zaburzeń spowodowanych używaniem substancji. Na przykład metadon i buprenorfina są standardem opieki w zaburzeniach spowodowanych używaniem opioidów, a inne metody, takie jak detoksykacja, po której następuje leczenie naltreksonem, stosuje się w celu zapobiegania nawrotom. Decyzje o włączeniu leczenia farmakologicznego do leczenia ogólnego należy rozpatrywać indywidualnie, przy czym fakt, że dana osoba jest pod nadzorem systemu sądownictwa karnego nie powinien odgrywać roli w zalecaniu leczenia wspomaganego lekami.

Aby zmniejszyć ryzyko przedawkowania opioidów po wypisaniu z więzienia, osoby z doświadczeniem używania opioidów oraz ich rodziny i przyjaciele powinni otrzymywać zapas naloksonu wraz ze szkoleniem w zakresie jego stosowania w leczeniu przedawkowania opioidów.

**4.4.5 Szczególne wymagania dotyczące leczenia w ramach systemu sądownictwa karnego**

Zapewnienie terapii w ramach systemu sądownictwa karnego wiąże się z szeregiem złożonych problemów, którymi należy się zająć. Należą do nich decyzje dotyczące problemów od logistyki, np. kto, gdzie i kiedy powinien zapewniać leczenie, aż po działania mające na celu zapewnienie najlepszego możliwego leczenia.

Jedną z bardziej złożonych kwestii jest problem zapewnienia najbardziej odpowiedniego personelu w programach leczenia. W niektórych więzieniach pracownicy są przeszkoleni w zakresie świadczenia usług terapeutycznych, podczas gdy w innych więzieniach do ich świadczenia zatrudniani są zewnętrzni terapeuci. Decyzja powinna opierać się na tym, które podejście może przynieść najlepsze wyniki przy najniższych możliwych kosztach, a zasadniczo wynik zależy od jakości świadczonych usług, a nie od afiliacji pracowników.

Optymalnie osoby biorące udział w leczeniu powinny być izolowane od innych więźniów, aby mogły przebywać w środowisku prospołecznym. Pozwalanie na to, aby osoby w trakcie zdrowienia wracały do ogólnej populacji więziennej może łatwo przekreślić korzyści osiągnięte podczas terapii, biorąc pod uwagę negatywny klimat często panujący w placówkach więziennych. Gdy nie jest możliwe wydzielenie środowiska terapeutycznego, należy podjąć wysiłki, aby zminimalizować narażenie na zewnętrzne czynniki ryzyka (np. ustalenie osobnego czasu na posiłki i rekreację). Pozostający do odbycia czas wyroku również wpływa na decyzje dotyczące terapii, ponieważ pacjent może być w trakcie leczenia w momencie zwolnienia, a zatem opuści zakład przed zakończeniem terapii. Należy uwzględniać czas pozbawienia wolności, a następnie wymagać ukończenia zaleconego programu terapeutycznego przed zwolnieniem.

# Rozdział 5: Charakterystyka skutecznego systemu świadczenia usług w zakresie leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

**Wprowadzenie**

Skuteczny krajowy system efektywnego leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wymaga skoordynowanej i zintegrowanej pracy wielu podmiotów w celu opracowania zasad i interwencji opartych na dowodach naukowych, działających w wielu miejscach i ukierunkowanych na różne grupy na różnych etapach nasilenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. System publicznej opieki zdrowotnej jest najbardziej odpowiednią organizacją do zarządzania świadczeniem skutecznych usług terapeutycznych dla osób dotkniętych zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, często w ścisłej koordynacji z instytucjami opieki społecznej i innymi instytucjami lokalnymi. Na poziomie systemu należy zapewnić, aby usługi były:

• dostępne

• przystępne

• niedrogie

• oparte na dowodach i

• zróżnicowane

Pierwszy krok stanowi zapewnienie dostępności usług leczenia pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych.

Przystępność takich usług leczenia odnosi się do ich zasięgu, który może być kwestią bliskości geograficznej, progu dostępu, podejścia do pewnych grup i innych czynników.

Niedrogie usługi leczenia przekładają się na dostępność dla pacjentów. System leczenia musi być też przystępny cenowo dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, aby zapewnić jego utrzymanie.

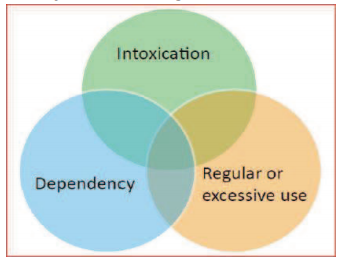
Wymogi, które należy spełnić, aby jakość usług terapeutycznych była wysoka, m.in., korzystanie z interwencji opartych na dowodach, zostały szeroko omówione w niniejszym dokumencie. Biorąc pod uwagę ogólne ograniczenia w dostępnym finansowaniu leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, należy wdrażać interwencje, które mają potwierdzoną skuteczność.

Podobnie jak w przypadku każdego innego zaburzenia, nie ma jednej metody leczenia odpowiedniej dla wszystkich, dlatego w różnych lokalizacjach i na różnych etapach choroby należy zapewnić wachlarz różnorodnych interwencji odpowiadających na potrzeby osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych. Wszystkie usługi związane z leczeniem i opieką powinny w największym stopniu być zorientowane na proces zdrowienia.

**Model organizacji systemu leczenia**

Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych można opisać na spektrum natężenia i złożoności, od najmniej do najbardziej nasilonych zaburzeń. Klasyfikacja ICD-10 (WHO, 2011) w części dotyczącej zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19) zawiera rozróżnienie między ostrym zatruciem, szkodliwym używaniem i zespołem uzależnienia. Thorley (1980) różnicuje w podobny sposób intoksykację, regularne lub nadmierne używanie i uzależnienie (rysunek „Model stosowania substancji psychoaktywnych Thorleya”). Zgodnie ze Światowym Raportem o Narkotykach UNODC za rok 2015, z 246 milionów ludzi (nieco ponad 5 procent osób w wieku od 15 do 64 lat na całym świecie), którzy używali nielegalnych substancji psychoaktywnych, około 27 milionów ludzi to problemowi użytkownicy substancji psychoaktywnych, a prawie połowa z nich wstrzykuje substancje psychoaktywne (PWID) (UNODC, 2015).

**Model stosowania substancji psychoaktywnych Thorleya**

****

Intoksykacja [góra]

Uzależnienie [po lewej]

Regularne lub nadmierne używanie [po prawej]

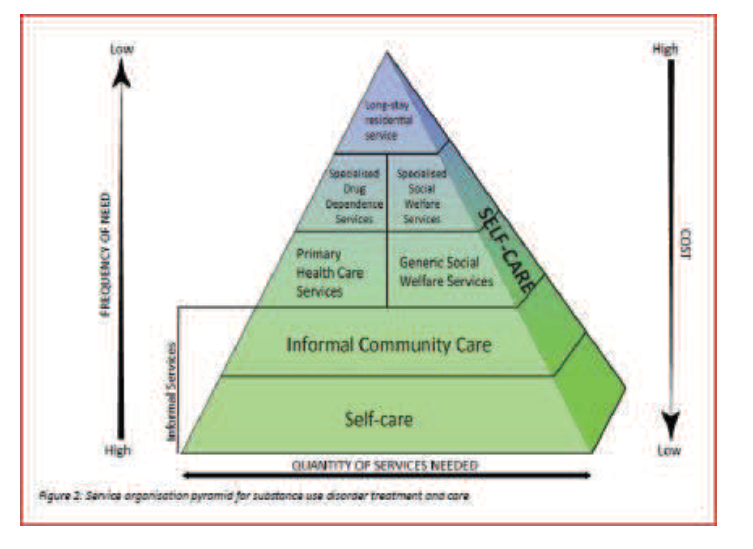
Przy opracowywaniu kompleksowego systemu leczenia, aby rozważnie alokować dostępne zasoby i w najlepszy sposób odpowiadać na potrzeby pacjentów, kluczową zasadą zdrowia publicznego, jaką należy zastosować, jest oferowanie możliwie najmniej inwazyjnej interwencji, która jest jednocześnie najbardziej skuteczna i efektywna kosztowo. Jest to ważna zasada przy opracowywaniu lub ocenie systemu leczenia; istotne są też standardy leczenia opisane w tym dokumencie.

Oparte na dowodach leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest mądrą inwestycją z perspektywy budżetu publicznego, ponieważ koszty leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych są niskie w porównaniu z kosztami generowanymi w związku z nieleczeniem uzależnień od substancji psychoaktywnych (UNODC/WHO, 2009). Stopa oszczędności uzyskana dzięki inwestycjom może przekraczać współczynnik 12:1 dzięki zmniejszeniu liczby przestępstw związanych z substancjami psychoaktywnymi, kosztów systemu sądownictwa karnego i organów ścigania, a także kosztów opieki zdrowotnej (NIDA, 2012).

Ogólnie rzecz biorąc, intensywność i poziom specjalizacji usług powinny odpowiadać potrzebom i nasileniu uzależnień pacjentów - nie ma modelu uniwersalnego. Oczywiste jest, że osoba, która jednorazowo spróbowała substancji potrzebuje innego rodzaju i intensywności wsparcia niż osoba z długą historią używania substancji psychoaktywnych i innych powiązanych problemów zdrowotnych i społecznych.

Zgodnie z piramidą organizacji usług (rysunek „Piramida organizacji usług”) większość usług powinna charakteryzować się niższą intensywnością, i jeśli zostaną wdrożone, mogą zapobiec rozwojowi bardziej złożonych zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Mimo że najwięcej usług znajduje się na dole piramidy, na którym zlokalizowane są najmniej intensywne oddziaływania, usługi te są zwykle również mniej wyspecjalizowane i mniej kosztowne, co sprawia, że ​​system leczenia zaprojektowany zgodnie z piramidą świadczenia usług jest bardziej opłacalny, przy założeniu, że faktycznie oferowane usługi są wdrażane w oparciu o dostępne dowody naukowe (rysunek „Piramida organizacji usług” i Tabela „Sugerowane interwencje na różnych poziomach usług”), jak zaznaczono w innych rozdziałach tego dokumentu. Ponieważ usługi leczenia uzależnień na poziomie ambulatoryjnym są na ogół mniej kłopotliwe dla pacjentów i mniej kosztowne dla systemu opieki zdrowotnej, takie usługi są rekomendowane z punktu widzenia zdrowia publicznego, o ile są adekwatne do aktualnego stadium uzależnienia pacjenta.

**Piramida organizacji usług**



Rys. 2. Piramida organizacji usług w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i powiązanej opiece

Frequency of need – częstość występowania potrzeb

Informal services – usługi nieformalne

High – wysoka

Low – niska

Quantity of services needed – zapotrzebowanie na usługi

Cost – koszt

High – wysoki

Low – niski

[piramida]

Długoterminowe leczenie stacjonarne

Specjalistyczne usługi związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych [lewo]

Specjalistyczne usługi pomocy społecznej [prawo]

Podstawowa opieka zdrowotna Ogólne usługi pomocy społecznej

Nieformalna opieka środowiskowa

Samopomoc (self-care)

**Sugerowane interwencje na różnych poziomach usług**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poziom usługi** | **Możliwe interwencje** |
| **Nieformalna opieka środowiskowa** | Zewnętrzne działania pomocowe  Grupy samopomocy  Nieformalne wsparcie zapewniane przez przyjaciół i rodziny |
| **Podstawowa opieka zdrowotna** | Badania przesiewowe, krótkie interwencje, podstawowa opieka zdrowotna, skierowanie Dalsze wsparcie dla osób w trakcie  leczenia/kontakt z wyspecjalizowaną usługą leczenia  Podstawowe usługi zdrowotne, w tym pierwsza pomoc, leczenie ran |
| **Ogólne usługi pomocy społecznej** | Mieszkanie/schronienie  Jedzenie  Bezwarunkowe wsparcie społeczne  Zapewnienie dostępu do bardziej wyspecjalizowanych usług zdrowotnych i społecznych w razie potrzeby |
| **Specjalistyczne leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych** | Ocena  Zarządzanie przypadkiem  Planowanie leczenia  Detoksykacja  Interwencje psychospołeczne  Leczenie wspomagane lekami  Zapobieganie nawrotom  Usługi wsparcia w procesie zdrowienia |
| **Specjalistyczna opieka zdrowotna** | Leczenie chorób psychicznych  Leczenie chorób wewnętrznych  Leczenie stomatologiczne  Leczenie zakażeń wirusem HIV i HCV |
| **Specjalistyczne usługi pomocy społecznej** | Wsparcie rodzinne i reintegracja  Szkolenie zawodowe/Programy edukacyjne  Generowanie dochodów/Mikrokredyty  Planowanie czasu wolnego  Usługi wsparcia w procesie zdrowienia |
| **Długoterminowe usługi stacjonarne** | Mieszkanie  Szkolenie zawodowe  Środowisko chronione  Trening umiejętności życiowych  Bieżące wsparcie terapeutyczne  Usługi wsparcia w procesie zdrowienia |

Jednak w rzeczywistości zbyt często inwestuje się w bardzo intensywne i bardzo kosztowne usługi terapeutyczne zlokalizowane na szczycie piramidy. Może to prowadzić do sytuacji, w której osoby o małym nasileniu uzależnienia znajdą się w programie bardzo intensywnej terapii, co nie jest dobrą inwestycją funduszy publicznych. Należy dopasować intensywność leczenia do natężenia zaburzenia w celu zmaksymalizowania wyników i skuteczniejszej dystrybucji zasobów. Dane z Światowego Raportu o Narkotykach (UNODC, 2015) wskazują, że na całym świecie istnieje duża luka między liczbą osób, które chcą lub mogłyby skorzystać z leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych a liczbą osób, które faktycznie otrzymują usługi. Brak usług o niższym progu dostępności i niższej intensywności (takich jak krótkie interwencje na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej) może również prowadzić do sytuacji, w której osoby używające substancji psychoaktywnych kontaktują się z systemem opieki zdrowotnej tylko wtedy, gdy mają już bardzo poważne zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, zamiast uzyskać mniej intensywne (i mniej kosztowne) wsparcie we wcześniejszych stadiach choroby. Dane pokazują, że pacjenci są rzadko poddawani badaniu przesiewowemu przez lekarzy pierwszego kontaktu (Ernst et al, 2007). Jednak prowadzenie badań przesiewowych i wstępnych usług terapeutycznych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej jest wykonalne i pomaga identyfikować osoby najbardziej potrzebujące dalszego wsparcia ze strony wyspecjalizowanych usług leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych i w ten sposób przyczynia się do obniżenia ogólnych kosztów opieki zdrowotnej.

Ważne decyzje dotyczące planowania funkcjonalnego i zrównoważonego systemu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych należy podjąć odnośnie alokacji zasobów i usług oferowanych na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Dostępne dane dotyczące popytu i podaży substancji na różnych poziomach mogą dostarczyć istotnych wskazówek dla planowania systemu leczenia (UNODC, 2003).

Brak dostępnych danych lub systematycznych systemów gromadzenia danych nie powinien stanowić pretekstu do braku zapewnienia leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych i związanych z nim usług opiekuńczych. Niektóre wskaźniki, takie jak wskaźnik zgłaszalności do leczenia („korzystanie z usług w przypadku problemów z substancjami psychoaktywnymi”), można skutecznie uzyskać tylko wtedy, gdy istnieją usługi leczenia uzależnień, które mogą służyć do gromadzenia danych na temat pacjentów.

Opracowanie funkcjonalnego krajowego systemu informacji o narkotykach wymaga wsparcia ze strony partnerów na wszystkich szczeblach i w różnych sektorach, ponieważ obejmuje nie tylko stronę techniczną, ale także proces partycypacyjny, którego celem jest uzgodnienie zasad dotyczących krajowego systemu informacji o narkotykach i krajowego centrum monitorowania substancji psychoaktywnych. Poradnik wyjaśniający ten proces krok po kroku jest dostępny w celach referencyjnych (EMCDDA, 2010).

**Model organizacji usług leczniczych: punkt kompleksowej obsługi w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych**

Biorąc pod uwagę wielorakie potrzeby osób dotkniętych zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, w optymalnej sytuacji szeroki zakres usług medycznych i socjalnych powinien być dostępny w jednym miejscu. Takie zintegrowane świadczenie usług, które może pomóc zlikwidować przeszkody utrudniające dostęp do terapii (Rapp i in., 2006 r.) można opisać jako „punkt kompleksowej obsługi”, który poprawia dostępność do wszechstronnego leczenia uzależnień i usług opiekuńczych (patrz „Punkt kompleksowej obsługi”).

**Punkt kompleksowej obsługi**



Drug user – użytkownik substancji

1. Psychologiczne i farmakologiczne leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych

2. Wsparcie procesu zdrowienia

3. Psychiatryczna opieka zdrowotna

4. Pomoc społeczna i ochrona

5. Ogólna opieka zdrowotna

6. Terapia antyretrowirusowa

7. Przedawkowanie, profilaktyka zakażenia wirusem HIV, zapalenia wątroby

8. Rodzina, społeczność i wsparcie koleżeńskie

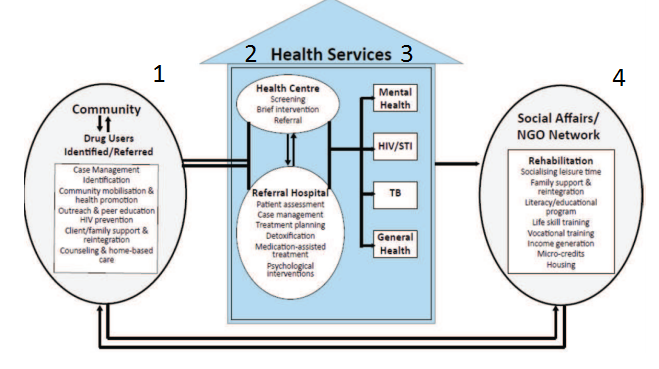
Aby usługi były przystępne, muszą istnieć usługi o niskim progu dostępu (zewnętrzne działania pomocowe, świetlice) z określonymi mechanizmami kierowania do usług leczenia klinicznego i towarzyszących usług społecznych.

W sytuacji, gdy nie można realizować programu integrującego wszystkie usługi (punktu kompleksowej obsługi), można opracować skoordynowane, kompleksowe kontinuum opieki, z uwzględnieniem różnych elementów systemu opieki. Jego podstawowym elementem są usługi kliniczne, ale obejmuje też wiele usług pomocniczych na poziomie lokalnym, które mają wspólną misję i wizję oraz działają w ścisłej koordynacji, stosując ustalone mechanizmy kierowania pacjentów (patrz poniżej).

**Model organizacji usług leczniczych: środowiskowe modele leczenia uzależnień i opieki**

Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) opublikowało dokument dotyczący dobrych praktyk w zakresie środowiskowego leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych UNODC, 2008) oraz wytyczne (UNODC, 2014) na ten sam temat, zawierające przykłady z całego świata i szczegółowe praktyczne wskazówki dotyczące elementów środowiskowych sieci terapeutycznych (rysunek „Model terapii środowiskowych”).

**Model terapii środowiskowych**



[Kolumna 1]

Społeczność

Zidentyfikowani/skierowani użytkownicy substancji psychoaktywnych

Zarządzanie przypadkiem

Identyfikacja

Mobilizacja społeczna i promocja zdrowia

Zewnętrzne działania pomocowe i edukacja koleżeńska

Profilaktyka zakażenia wirusem HIV

Wsparcie i reintegracja dla klienta/rodziny

Poradnictwo i opieka w domu

Health services – usługi zdrowotne

[Kolumna 2]

Ośrodek zdrowia

Badanie przesiewowe

Krótka interwencja

Skierowanie

Szpital

Ocena pacjenta

Zarządzanie przypadkiem

Planowanie leczenia

Detoksykacja

Leczenie wspomagane farmakologicznie

Interwencje psychologiczne

[kolumna 3]

Zdrowie psychiczne

HIV, choroby przenoszone drogą płciową

Gruźlica

Zdrowie ogólne

[kolumna 4]

Instytucje społeczne i sieć organizacji pozarządowych

Rehabilitacja

Życie towarzyskie i czas wolny

Wsparcie rodziny i reintegracja

Programy edukacyjne, walka z analfabetyzmem

Trening umiejętności życiowych

Szkolenie zawodowe

Generowanie przychodów

Mikrokredyty

Mieszkanie

W ramach sieci środowiskowej możliwe są relacje partnerskie o dużym zasięgu; nie tylko między różnymi usługami z sektora zdrowia publicznego i opieki społecznej, ale także z innymi podmiotami z otoczenia. Dla dokładnej koordynacji wszystkich świadczonych usług korzystne jest opracowanie skutecznego w skali lokalnej modelu leczenia środowiskowego, zapewniającego usługi wykorzystujące wszystkie zasoby już dostępne w społeczności. Usługi terapii środowiskowych składają się na wieloczynnikowy i wielosektorowy model podejścia do problemów, które mogą dotyczyć osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych. Taka perspektywa zachęca do stosowania różnych ścieżek terapii, rehabilitacji i poprawy jakości życia. Partnerzy w sieci usług środowiskowych muszą ściśle współpracować i koordynować działania, aby zapewnić najlepsze możliwe wsparcie dla pacjenta poprzez skuteczne strategie kierowania i zarządzania przypadkami, gwarantując ciągłość opieki. Zaletą sieci leczenia środowiskowego jest to, że zapewnia ona niski próg dostępu i ułatwia korzystanie z różnych usług związanych z leczeniem i opieką.

Kluczowe zasady środowiskowego modelu leczenia i opieki:

• Kontinuum usług opieki, począwszy od kontaktu zewnętrznego, poprzez podstawowe wsparcie i redukcję szkód spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych do reintegracji społecznej, przy czym nie ma „niewłaściwych drzwi”, którymi można wejść do systemu

• Dostarczanie usług w społeczności - jak najbliżej miejsca, w którym żyją użytkownicy substancji psychoaktywnych

• Minimalne zakłócenie powiązań społecznych i zatrudnienia

• Zintegrowanie z istniejącymi usługami zdrowotnymi i społecznymi

• Zaangażowanie i rozbudowa zasobów społecznych, w tym rodziny

• Udział osób na które wpływa używanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie, rodzin i społeczności, w planowaniu i realizacji usług

• Kompleksowe podejście, uwzględniające różne potrzeby (dotyczące zdrowia, rodziny, edukacji, zatrudnienia, mieszkania) i perspektywę zdrowienia

• Ścisła współpraca między społeczeństwem obywatelskim, organami ścigania i sektorem zdrowia

• Zapewnienie interwencji opartych na dowodach

• Świadomy i dobrowolny udział w leczeniu

• Poszanowanie praw człowieka i godności, w tym poufności

• Przyjęcie faktu, że ​​nawrót jest częścią procesu leczenia i nie spowoduje, że osoba nie podejmie ponownie terapii

Usługi zdrowotne, takie jak podstawowa opieka zdrowotna, specjalistyczne usługi w zakresie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, szpitale i przychodnie oraz usługi socjalne (dostęp do mieszkania i schronienia, bony żywnościowe itp.) są kluczowymi partnerami w sieci leczenia i opieki środowiskowej. Można poszerzyć partnerstwo o relacje z innymi zainteresowanymi stronami w społeczności, takimi jak

• Organizacje społeczne/pozarządowe (np. organizacje prowadzące zewnętrzne działania pomocowe, szkolenia zawodowe, niektóre działania związane z dalszą opieką)

• Policja (rola w badaniach przesiewowych, kierowaniu do systemu opieki zdrowotnej)

• System sądownictwa karnego (w celu zapewnienia leczenia w więzieniach i organizowania kontynuacji usług w społeczności)

• Stowarzyszenia sąsiedzkie

• Zorganizowane grupy osób używających substancji psychoaktywnych i osób uzależnionych w stanie zdrowienia

• Członkowie rodzin

• Grupy, których tożsamość jest oparta o płeć i pochodzenie etniczne,

• Instytucje edukacyjne i badawcze

• Organizacje zawodowe (np. w celu zapewnienia wsparcia prawnego)

• Przywódcy religijni i społeczni

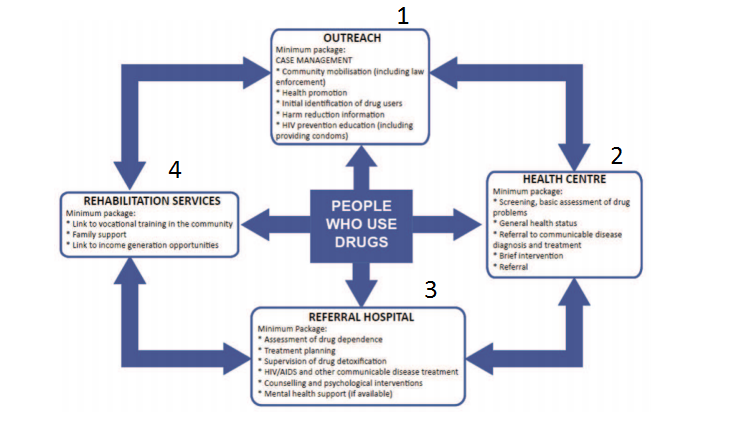
• Placówki handlowe i usługowe (w celu tworzenia możliwości zawodowych)

• Organizacje religijne (np. oferujące miejsca na nocleg)

• Organizacje młodzieżowe i przywódcy młodzieżowi

Zasadniczym elementem w zapewnieniu odpowiedniego kierowania oraz powiązania pacjentów i usług adekwatnie do potrzeb, jest zarządzanie przypadkiem. Personel zarządzający przypadkiem współpracuje z klientem, innymi członkami zespołu terapeutycznego i innymi usługami lub organizacjami, aby wybrać najlepszy zestaw interwencji i wsparcia. Zarządzanie przypadkiem zapewnia dostęp do sieci usług wymagających skierowania i innych pomocniczych usług wsparcia, a także zapewnia efektywne wykorzystanie zasobów. Personel zarządzający przypadkiem prowadzi również ciągłą ocenę postępu leczenia. Ponieważ uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest chorobą przewlekłą, prawdopodobnie nastąpi nawrót i ponowne przyjęcie pacjenta do sieci usług. Poniższy wykres przedstawia funkcjonujący system zarządzania przypadkiem z perspektywy osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych wchodzącej w ten system, którego - jak wspomniano powyżej - ważną cechą jest to, że nie ma „niewłaściwych drzwi”.

**Model zarządzania przypadkiem, leczenia i opieki dla osób używających substancji psychoaktywnych i dotkniętych zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych**



1 - DZIAŁANIA ZEWNĘTRZNE Pakiet minimalny: ZARZĄDZANIE PRZYPADKIEM • Mobilizacja społeczna (w tym organów ścigania) • Promocja zdrowia • Wstępna identyfikacja użytkowników substancji psychoaktywnych • Informacje dot. redukcji szkód • Edukacja dot. profilaktyki HIV (w tym dystrybucja prezerwatyw)

2 - OŚRODEK ZDROWIA Pakiet minimalny: • Badanie przesiewowe, podstawowa ocena problemów dot. substancji • Ogólny stan zdrowia • Skierowanie na diagnostykę i leczenie choroby zakaźnej • Krótka interwencja • Skierowanie

3- SZPITAL Pakiet minimalny: • Ocena uzależnienia od substancji psychoaktywnych • Planowanie leczenia • Nadzór nad detoksykacją • leczenie AIDS, zakażenia HIV i innych chorób zakaźnych • Poradnictwo i interwencje psychologiczne • Wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego (jeśli jest dostępne)

4 - USŁUGI REHABILITACYJNE Pakiet minimalny: • Kontakt z instytucjami szkolenia zawodowego w społeczności • Wsparcie rodziny • Pomoc w uzyskaniu możliwości generowania przychodu

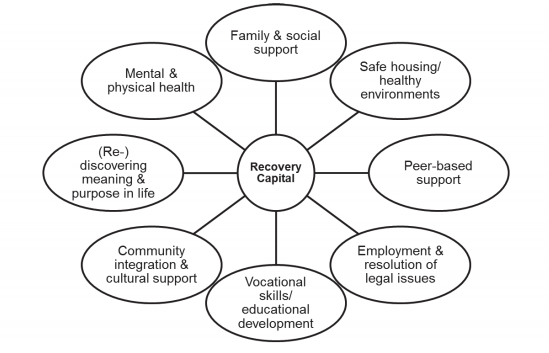
UŻYTKOWNICY SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

**Model ciągłego świadczenia usług: stałe wspieranie procesu zdrowienia**

Zdrowienie to „rozciągnięty w czasie proces i doświadczenie, dzięki któremu osoby, rodziny i społeczności wykorzystują wewnętrzne i zewnętrzne zasoby do rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych i nadużywaniem substancji, aktywnie radzą sobie z utrzymującą się podatnością na takie problemy i zmieniają swoje życie na zdrowe, produktywne i znaczące.” (przetłumaczone na polski z W. White, 2007). Zdrowienie powinno być ostatecznym celem na każdym etapie kontinuum leczenia, w każdym stadium zaburzeń i w różnych miejscach leczenia (patrz tabela: „Sugerowane interwencje na różnych poziomach usług”), od zewnętrznych działań pomocowych i podstawowego wsparcia poprzez redukcję szkód związanych z substancjami psychoaktywnymi aż po reintegrację społeczną. Należy zapewnić ciągłość usług, aby wspierać osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych i podkreślać potrzebę rehabilitacji, reintegracji i samego zdrowienia. Takie usługi, które można nazwać „stałym wspieraniem procesu zdrowienia”, mogą już być zintegrowane z funkcjonującą środowiskową siecią leczenia uzależnień i opieki. Wykorzystanie obecnych usług będzie się zmniejszać wraz z postępami, jakich będą dokonywać pacjenci w procesie zdrowienia. Takie usługi (jak każda inna usługa leczenia uzależnień poza sytuacjami kryzysowymi zagrażającymi życiu) powinny być dobrowolne i dążyć do jak najmniejszej ingerencji w życie osoby zdrowiejącej.

Usługi związane ze zdrowieniem mogą być wdrażane w różnych miejscach i na różnych etapach choroby i obejmują na przykład rozwiązywanie problemów prawnych, działania nakierowane na generowanie dochodu, wsparcie koleżeńskie w procesie zdrowienia, wsparcie społeczne, opiekę after care, domy przejściowe, szkolenia zawodowe lub inne. W dokumencie dobrych praktyk UNODC (2008) dotyczącym zarządzania utrzymaniem ciągłości procesu zdrowienia zdefiniowano osiem dziedzin kapitału zdrowienia, które stanowią podpowiedź w zakresie dobierania obszarów i interwencji w zależności od potrzeb.

**Zasoby niezbędne w procesie rehabilitacji i reintegracji społecznej**



[środek]

Recovery capital – –Zasoby w procesie zdrowienia

[od góry zgodnie z ruchem wskazówek zegara]

Rodzina i wsparcie społeczne

Bezpieczny dom/ zdrowe otoczenie

Koleżeńskie wsparcie

Zatrudnienie i rozwiązanie problemów prawnych

Umiejętności zawodowe/ kształcenie

Integracja społeczna/ wsparcie kulturowe

(Ponowne) odkrycie sensu i celu życia

**Zalecenia**

• Ważne jest, aby jak najlepiej wykorzystać dostępne dane podczas planowania systemu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, ale nie należy czekać ze świadczeniem usług aż możliwy będzie dostęp do w pełni kompletnych i wiarygodnych danych

• W systemie leczenia zasoby powinny być inwestowane tam, gdzie są najbardziej potrzebne, początkowo w usługi o niskim progu dostępu, a zatem łatwo dostępne usługi leczenia i opieki

• Punkt kompleksowej obsługi (szereg usług zdrowotnych i społecznych dostępnych pod jednym dachem w ramach zintegrowanego programu) lub zintegrowana sieć usług zdrowotnych i socjalnych w społeczności to modele zapewniające ciągłość opieki w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, która jest dostępna, przystępna cenowo, zróżnicowana i oparta na dowodach

• Zdrowienie powinno być ostatecznym celem wszystkich terapii, a usługi w zakresie stałego wspierania procesu zdrowienia powinny stanowić integralną część wszystkich interwencji związanych z leczeniem i opieką

## Bibliografia

EMCDDA (2010). Building a national drugs observatory: a joint handbook.

Ernst D, Miller WR, Rollnick S (2007). Treating substance abuse in primary care: a

demonstration project. International Journal of Integrated Care, vol. 7

NIDA (2012). Principles of drug dependence treatment. A Research based Guide. Third

Edition). NIH Publication No. 12–4180

Rapp RC et al. (2006) Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a

centralized intake unit. J Subst Abuse Treat. 2006 Apr; 30(3): 227–235.

Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI:

10.1002/14651858.CD005338.pub2

Światowa Organizacja Zdrowia. Leksykon terminów – alkohol i narkotyki. Tł. Andrzej Bidziński. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa: 1997

UNODC (2003). Developing an Integrated Drug Information System. Toolkit Module 1.

United Nations. New York

UNODC (2008). Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment. Good

Practice Document.

UNODC (2008). Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Good

Practice Document.

UNODC (2014) Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People

Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia.

UNODC (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No.

E.15.XI.6).

UNODC/WHO (2009). Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper.

Weisner C. et al.(2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a

randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, vol. 286, No. 14,

str. 1715-1723.

World Health Organization (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted

Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. WHO, Geneva

UNODC-WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders 97

World Health Organization (2010), The Alcohol, Smoking and Substance Involvement

Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care WHO, Geneva.

World Health Organization (2009-2015). MhGAP Evidence Resource Centre. Available

online at: http://www.who.int/mental\_health/mhgap/evidence/en/

World Health Organization (2011). International Classification of Diseases and Relates

Health Problems. 10th Revision.

World Health Organization (2012), Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and C

among people who inject drugs. WHO, Geneva.

World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of

substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO, Geneva. Retrieved

November 24, 2014., from

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf>

WHO (2015) Community management of opioid overdose. WHO, Geneva

1. WHO http://www.who.int/mental\_health/mhgap/evidence/resource/substance\_use\_q6.pdf?ua=1 [↑](#footnote-ref-1)
2. *Leksykon terminów – alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.* Tł. Andrzej Bidziński. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa: 1997 (przyp. tłum). [↑](#footnote-ref-2)
3. WHO http://www.who.int/mental\_health/mhgap/evidence/resource/substance\_use\_q1.pdf?ua=1 [↑](#footnote-ref-3)
4. WHO http://www.who.int/substance\_abuse/publications/opioid\_dependence\_guidelines.pdf [↑](#footnote-ref-4)
5. WHO

   http://www.who.int/mental\_health/mhgap/evidence/resource/substance\_use\_q5.pdf?ua=1 http://www.who.int/mental\_health/mhgap/evidence/substance\_abuse/q4/en/ http://www.who.int/substance\_abuse/publications/opioid\_dependence\_guidelines.pdf [↑](#footnote-ref-5)
6. WHO http://www.who.int/substance\_abuse/publications/opioid\_dependence\_guidelines.pdf [↑](#footnote-ref-6)
7. WHO http://www.who.int/substance\_abuse/publications/opioid\_dependence\_guidelines.pdf [↑](#footnote-ref-7)
8. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. [↑](#footnote-ref-8)