

DECIZIE nr. 17 din 2 octombrie 2006

pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare si implementare a planului individualizat de asistenta a consumatorului de droguri

EMITENT: MINISTERUL ADMINISTRATIEI SI INTERNELOR - AGENTIA NATIONALA ANTIDROG;

PUBLICAT IN: MONITORUL OFICIAL nr. 899 din 6 noiembrie 2006;

Avand in vedere prevederile art. 16 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispozitiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea si combaterea traficului si consumului ilicit de droguri, cu modificarile si completarile ulterioare, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 860/2005, in temeiul prevederilor art. 3 alin. (3) din Hotararea Guvernului nr. 1.489/2002 privind infiintarea Agentiei Nationale Antidrog, cu modificarile si completarile ulterioare,

presedintele Agentiei Nationale Antidrog emite prezenta decizie.

ART. 1

Se aproba Metodologia de elaborare, modificare si implementare a planului individualizat de asistenta a consumatorului de droguri, prevazuta in anexa care face parte integranta din prezenta decizie.

ART. 2

Prezenta decizie se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Presedintele Agentiei

Nationale Antidrog,

Pavel Abraham

Bucuresti, 2 octombrie 2006.

Nr. 17.

ANEXA

METODOLOGIE de elaborare, modificare si implementare a planului individualizat de asistenta a consumatorului de droguri

ART. 1

(1) Planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri reprezinta interventiile si masurile terapeutice, psihologice si sociale adaptate necesitatilor fiecarui consumator de droguri si se intocmeste in situatiile prevazute la art. 13 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispozitiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea si combaterea traficului si consumului ilicit de droguri, cu modificarile si completarile ulterioare, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 860/2005, denumit in continuare Regulament.

(2) Stabilirea planului individualizat de asistenta a consumatorului de droguri se face de catre managerul de caz impreuna cu echipa din cadrul centrului de prevenire, evaluare si consiliere antidrog (CPECA), in urma evaluarii consumatorului de droguri si odata cu identificarea programului integrat de asistenta, cu respectarea principiului implicarii active a consumatorului de droguri beneficiar al serviciilor.

(3) Acceptul consumatorului de droguri cu privire la serviciile propuse se face prin semnarea acordului de asistenta medicala, psihologica si sociala, la care este anexat planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri.

ART. 2

Stabilirea planului individualizat de asistenta a consumatorului de droguri se face prin utilizarea rezultatelor evaluarii si urmareste:

- a) stabilirea modalitatii de asistenta: de urgenta, ambulatorie, in regim rezidential, in regim spitalicesc;
- b) stabilirea tipurilor de servicii: medicale, psihologice si sociale;
- c) stabilirea masurilor de asistenta: medicala, psihologica si sociala, adecvate necesitatilor si obiectivelor interventiei;
- d) alegerea structurii adecvate si disponibile: centre de asistenta pentru consumatorii de droguri, asa cum sunt enumerate in art. 29 din Regulament.

ART. 3

(1) Dupa finalizarea evaluarii, in cadrul intalnirilor membrilor echipei CPECA se stabileste programul integrat de asistenta, are loc prioritizarea obiectivelor pe arii si se stabileste un plan individualizat de asistenta a consumatorului de droguri.

(2) Inca din faza evaluarii, membrii echipei multidisciplinare din CPECA contacteaza furnizorii de servicii, tinand cont de criteriile acestora de admitere in vederea atingerii obiectivelor propuse in planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri.

(3) Dupa contactarea furnizorilor de servicii, in functie de serviciile disponibile, echipa din cadrul CPECA definitiveaza planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri.

ART. 4

La elaborarea unui plan individualizat de asistenta a consumatorului de droguri se au in vedere urmatoarele componente:

a) privind pacientul:

- (i) rezultatele evaluarii pe arii;
- (ii) prioritizarea obiectivelor;

b) privind modalitatea de asistenta:

- (i) disponibilitatea furnizorilor de servicii medicale, psihologice si sociale;
- (ii) varietatea disciplinelor profesionale implicate;
- (iii) masurile de asistenta din cadrul programului;
- (iv) planificarea duratei diferitelor masuri;
- (v) gradul de incarcare a furnizorului de servicii/ profesionistilor;
- (vi) criteriile de admitere.

ART. 5

Planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri cuprinde, in principal:

- a) date generale despre solicitant;
- b) scop; se mentioneaza scopul programului integrat de asistenta;
- c) prezentarea problemelor depistate pe cele 5 arii si prioritizarea acestora;
- d) puncte tari/puncte slabe; acestea sprijina monitorizarea procesului de asistenta, prevenirea dificultatilor si a crizelor, interventia prompta acolo unde este cazul, dar si utilizarea tuturor modalitatilor de suport pentru a se putea atinge rezultatele asteptate, interactiunile cu beneficiarul;
- e) obiective si data la care se asteapta sa fie atinse; obiectivele reprezinta rezolvarea problemelor identificate pe arii; acestea trebuie sa fie realiste, pragmatice si posibil de indeplinit, sa permita monitorizarea, cu masurarea periodica a progresului pacientilor, fie prin indicatori de rezultat, fie de impact;
- f) masurile si programarea acestora, personalul responsabil, precum si procedurile de acordare; masurile se stabilesc in functie de numarul, complexitatea si amploarea problemelor depistate.

ART. 6

(1) Stabilirea masurilor se face dupa selectarea modalitatii de asistenta.

(2) Modalitatea de asistenta se diferentiaza prin intensitatea masurilor care prin caracteristicile lor raspund cel mai adecvat si sigur la problemele consumatorului de droguri.

(3) Selectarea modalitatii de asistenta se face in functie de necesitatile stabilite in urma evaluarii pe arii, conform criteriilor prezentate in anexa la prezenta metodologie.

ART. 7

Modalitatile de asistenta:

- a) asistenta de urgenta;
- b) asistenta ambulatorie, de intensitate redusa si de intensitate crescuta;
- c) asistenta in regim rezidential;
- d) asistenta in regim spitalicesc.

ART. 8

(1) Asistenta de urgenta prezinta urmatoarele caracteristici:

- a) tratament in cadru spitalicesc;
- b) sedere limitata: ore-zile;
- c) cuprinde interventiile necesare in situatii acute ce necesita un raspuns terapeutic prompt;
- d) poate fi oferita inaintea intrarii intr-un program integrat de asistenta sau ulterior, indiferent de tip si ori de cate ori este cazul.

(2) Indicatii pentru selectarea asistentei de urgenta:

- beneficiari care prezinta complicatii ale consumului de droguri: intoxicatie severa, supradoza, intoxicatie cu tulburari de perceptie sau sindrom de abstinenta cu complicatii care pot pune in pericol viata pacientului.

(3) Asistenta de urgenta este oferita de serviciile de urgenta organizate in cadru spitalicesc sau de camerele de garda ale spitalelor.

ART. 9

Asistenta ambulatorie de intensitate redusa are urmatoarele caracteristici:

- a) tratament in cadru nonrezidential;
- b) sedere limitata: ore;
- c) frecventa: saptamanal, o data sau de doua ori.

ART. 10

(1) Indicatii pentru selectarea asistentei ambulatorii de intensitate redusa:

- a) beneficiari diagnosticati cu grade de severitate care pot fi tratate cu resursele disponibile la acest nivel;
- b) beneficiari care au primit tratament la un nivel mai intensiv si au progresat pana la punctul in care pot beneficia de acest nivel de asistenta;
- c) beneficiari care solicita asistenta mai intensiva, dar nu sunt pregatiti sa se angajeze complet in tratament.

(2) Selectia asistentei ambulatorii de intensitate redusa se face dupa criteriile specifice celor 5 arii prezentate in anexa.

(3) Asistenta ambulatorie de intensitate redusa se furnizeaza de catre: centre de prevenire, evaluare si consiliere antidrog, centre de asistenta integrata a adictiilor, centre de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri etc.

ART. 11

Asistenta ambulatorie de intensitate crescuta prezinta urmatoarele caracteristici:

- a) tratament intr-un cadru nonrezidential, dar cu o intensitate crescuta a interventiilor;
- b) sedere de cateva ore, dimineata, dupa-amiaza, ambele, noaptea, la sfarsit de saptamana;
- c) frecventa: zilnic.

ART. 12

(1) Indicații pentru selectarea asistentei ambulatorii de intensitate crescută:

- a) beneficiari diagnosticați cu grade de severitate care pot fi tratați în cadrul unui program ambulatoriu, dar care necesită intervenții cu frecvență crescută și o monitorizare mai atentă a evoluției în vederea atingerii obiectivelor. Acest nivel poate implica componente aflate în mod normal în programele rezidențiale, mai structurate;
- b) beneficiari care sunt externati dintr-o structură rezidențială sau spitalicească și sunt în situația de risc de recădere - aceasta poate include o motivație redusă de angajare în tratament;
- c) beneficiari care prezintă comorbiditate psihiatrică;
- d) beneficiari al căror mediu de viață este riscant, iar suportul psihosocial este limitat.

(2) Selecția asistentei ambulatorii de intensitate crescută se face după criteriile specifice celor 5 arii prevăzute în anexa.

(3) Asistența ambulatorie de intensitate crescută se furnizează de către: centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centre de asistență integrată a adicțiilor, centre de zi etc.

ART. 13

Asistența în regim rezidențial se caracterizează astfel:

- a) tratament în regim închis;
- b) sedere de 24 de ore/zi; sedere pe termen scurt maximum 3 luni, mediu - maximum 6-9 luni și lung peste un an;
- c) cadru structurat, rezidențial;
- d) abordare bazată pe modelul comunității terapeutice;
- e) poate fi combinată cu servicii ambulatorii intensive.

ART. 14

Indicații pentru selectarea asistentei în regim rezidențial:

- a) beneficiari care necesită intervenții într-un cadru rezidențial pe o perioadă mai lungă pentru a integra recuperarea cu dezvoltarea abilităților de coping;
- b) beneficiari la care efectele tulburărilor datorate consumului de droguri sunt evidente și foarte semnificative, cu afecțiuni multiple, ceea ce face ca strategiile de creștere a motivației și de prevenire a recăderilor să fie imposibile sau ineficiente într-un cadru ambulatoriu;
- c) beneficiari cu tulburări cognitive care interferează permanent sau temporar cu relațiile interpersonale sau cu abilitățile de coping;
- d) beneficiari cu anumite probleme grave medicale, psihologice și sociale, care necesită intervenții multidisciplinare, multidimensionale și pe termen lung sau care nu au suficiente abilități sociale sau vocaționale;
- e) beneficiari la care mediul de viață este nonprotectiv sau în care este prezent consumul de droguri, relațiile interpersonale sunt haotice sau chiar abuzive, oferind sprijin minim;
- f) beneficiari cu istoric lung de tratament;
- g) beneficiari cu probleme legale;
- h) beneficiari cu performanțe scăzute la școală sau la serviciu, cu sistem de valori antisocial.

ART. 15

- (1) Selectia asistentei in regim rezidential se face dupa criteriile specifice celor 5 arii prevazute in anexa.
- (2) Asistenta in regim rezidential se furnizeaza de centre tip comunitate terapeutica, locuinta protejata, locuinta sociala etc.

ART. 16

Asistenta in regim spitalicesc se caracterizeaza prin:

- a) tratament in regim inchis;
- b) sedere de 24 de ore/zi, regim spitalicesc;
- c) accentul este pus pe asistenta medicala specializata si specifica;
- d) este cel mai intensiv nivel de asistenta din continuumul de asistenta;
- e) durata tratamentului depinde de severitatea si evolutia conditiei particulare a beneficiarului.

ART. 17

(1) Indicatii pentru selectarea asistentei in regim spitalicesc:

- a) beneficiari la care tulburarile datorate consumului de droguri necesita interventii specializate ce nu pot fi oferite decat in spital;
- b) beneficiari cu complicatii medicale si probleme mintale moderate si severe;
- c) beneficiari la care exista riscul unui sindrom de abstinenta sever sau al complicatiilor medicale severe;
- d) beneficiari la care comorbiditatea medicala interfereaza cu dezintoxicarea in conditii ambulatorii;
- e) beneficiari care au un istoric de recadere sau de abandon intr-o modalitate de asistenta de o intensitate mai redusa;
- f) beneficiari care prezinta comorbiditate psihiatrica sau de sanatate care interfereaza cu tratamentul si necesita resurse disponibile in cadrul unui spital (tulburari de perceptie, risc suicidal crescut etc.);
- g) beneficiari a caror conditie implica un risc pentru sine sau pentru altii;
- h) beneficiari care nu raspund la o modalitate de asistenta mai putin intensiva.

(2) Selectia asistentei in regim spitalicesc se face dupa criteriile specifice celor 5 arii prevazute in anexa.

(3) Asistenta in regim spitalicesc se furnizeaza de centre, sectii si compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc.

ART. 18

Masurile sunt cele stabilite in cadrul fiecarui program integrat de asistenta, conform anexei nr. 6 la Regulament.

ART. 19

Planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri face parte din acordul de includere in programul integrat si se implementeaza din momentul semnarii acordului de catre consumatorul de droguri.

ART. 20

Implementarea serviciilor de asistenta se realizeaza de furnizorii de servicii de asistenta pentru consumatorul de droguri, prevazuti in plan, la datele stabilite, sub coordonarea managerului de caz,

conform standardelor minime obligatorii privind managementul de caz in domeniul asistentei consumatorului de droguri.

ART. 21

Furnizorii de servicii evalueaza masurile implementate si comunica managerului de caz rezultatele evaluarii la intervale stabilite cu acesta.

ART. 22

(1) Planul individualizat de asistenta a consumatorului de droguri poate fi modificat in urma reevaluarii acestuia in vederea adecvării interventiilor la nevoile beneficiarului.

(2) Modificarea planului individualizat de asistenta a consumatorului de droguri se face de catre echipa din CPECA sau de alti furnizori, conform standardelor minime obligatorii privind managementul de caz.

ANEXA

la metodologie

FONT 9

| | Modalitatea de asistenta | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| Aria de evaluare | ----- | | | |
| | Ambulatoriu/ | Ambulatoriu/ | Regim rezidential | Regim spitalicesc |
| | intensitate redusa | intensitate | | |
| | | crescuta - | | |
| | | servicii de zi | | |
| ----- ----- ----- ----- ----- | | | | |
| Aria 1: | Nesemnificativ sau | Risc moderat de | Sindrom de | Risc crescut, poate |
| Istoric personal | minim. | sindrom de | abstinenta minim, | fi tratat exclusiv |
| si de consum, | | abstinenta. | moderat sau sever | in regim |
| semne de | | | dar poate fi tratat | spitalicesc. |
| intoxicatie | | | in acest regim. | |

|si/sau sindrom | | | | |

|de abstinenta. | | | | |

-----|-----|-----|-----|-----|

|Aria 2: |Absente sau foarte |Absente sau |Absente sau |Prezente si |

|Conditii |stabile, sub |prezente, dar pot |conditii |necesita |

|bio-medicale si |control. |fi vindecate; nu |stabilizate sub |monitorizare |

|complicatii | |interfereaza cu |supervizare |medicala 24 de ore,|

| | |procesul de |medicala. |serviciile de |

| | |recuperare. | |asistenta si |

| | | |resursele |

| | | |spitalicesti sunt |

| | | |necesare. |

-----|-----|-----|-----|-----|

|Aria 3: |Absente sau foarte |Prezente, de |Prezente, de |Instabilitate |

|Conditii |stabile, sau |severitate medie -|severitate medie - |moderata sau de |

|psihologice sau |pacientul se afla |moderata si poate |moderata, poate |severitate crescuta|

|psihiatrice si |sub supervizare in |sa interfere |interfera |Necesita asistenta |
 |complicatii. |cadrul unui |semnificativ cu |semnificativ cu |psihica |
 |Acceptarea/ |serviciu de |procesul de |procesul de |spitaliceasca. Se |
 |rezistenta la |sanatate mintala. |recuperare, |recuperare; sau |administreaza in |
 |tratament. |Severitate crescuta|necesita |necesita |paralel tratament |
 |Potential de |in cadrul acestei |stabilizare. |stabilizare. |pentru dependenta |
 |recadere, |arii dar nu si in | |Este necesara |de droguri. |
 |continuare a |altele. | |modelare | |
 |consumului, | | |comportamentala. | |
 |alte probleme. | | | |Rezistenta la |
 | | | | |tratament, lipsa |
 | |Orientat spre |Angajare minima, |Deschis spre |controlului |
 | |schimbare dar |ambivalenta |recuperare dar |impulsurilor; |
 | |necesita motivtie |semnificativa, |necesita cadru |necesita strategii |
 | |si control. |lipsa |structurat sau |motivationale in |

| | |constientizarii |rezidential; sau |structuri cu regim |

| |Capacitate de |problemei. Sunt |severitate |de 24 ore sau un |

| |mentinere a |necesare |crescuta in cadrul |program intensiv de|

| |abstinentei sau de |interventii |acestei dimensiuni |intarire |

| |a controla |structurate, cu |dar nu si in altele|motivationala. |

| |consumul. |suport zilnic, de | | |

| |Capacitate de a |intensitate | | |

| |progresa catre |semnificativa. |Necesita dezvoltare|Neeligibilitate |

| |schimbare cu un | |motivationala. |pentru resurse de |

| |suport minim. | |Dificultati |intensitate mai |

| | | |semnificative in |mica. |

| | | |legatura cu sau | |

| | | |fata de tratament, |Potential de |

| | | |prezentand pericol |continuare a |

| | | |iminent. |consumului |

| | | |periculos; |

| | | |Inteleg recaderile|neeligibilitate |

| | | |necesita |pentru resurse de |

| | | |structurare pentru |intensitate mai |

| | | |mentinerea |mica. |

| | | |progresului | |

| | | |terapeutic. | |

| | | |Constientizare | |

| | | |scazuta a | |

| | | |problemelor, | |

| | | |necesita | |

| | | |interventii de tip | |

| | | |rezidential pentru | |

| | | |prevenirea | |

| | | |continuarii | |

| | | |consumului, cu | |

| | |consecinte iminente| |

| | |si serioase; | |

| | |deficit cognitiv si| |

| | |functional. | |

| | |Necesita asistenta | |

| | |de tip rezidential | |

| | |pentru dezvoltarea | |

| | |capacitatii de | |

| | |coping. | |

-----|-----|-----|-----|-----|

|Aria 4: |Pacientul primeste |Pacientul necesita|Risc crescut. |Risc crescut. |

|Conditii sociale |sprijin. Are |sprijin. Prin |Pacientul necesita |Pacientul nu se |

|si familiale. |instrumentele |intermediul unui |cadru structurat 24|incadreaza in |

| |necesare pentru a |cadru structurat, |de ore pentru a |criteriile |

| |depasi situatia cu |cu sprijin si |invata sa faca fata|serviciilor de |

| succes sau schimbarea situatiei cu succes|asistenta mai putin|

| severitate crescuta|mediului pacientul| intensive. |

| in cadrul acestei poate depasi | | |

| arii dar nu si in situatia cu succes| | |

| altele. | | |