



الائتلاف الدولي لجودة علاج
اضطرابات تعاطي المواد المخدرة

إدارة خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات وفقاً لـ «معايير الجودة الرئيسية» الدولية دليل المدراء والقادة



THE COLOMBO PLAN

أنیت دیل بیریرا

سلطان بن عیسی البراهیم

جدول المحتويات

5	..... مقدمة المترجم
6	..... شكر وتقدير
7	..... 1. المقدمة
7	نبذة عن - البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج - والاتتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات
7	تعاطي المواد المخدرة
8	..... 1.1 نبذة عن هذا الكتاب
8	..... 1.2 الفئة المستهدفة
8	..... 1.3 لماذا يجب تحسين إدارة خدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات؟
9	..... 1.4 ما هي الخدمات المتخصصة لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات؟
10	..... 1.5 أهمية أنظمة وخدمات علاج الإدمان الموجهة نحو التعافي
10	..... 1.6 كيفية استخدام وتوظيف هذا الكتاب
11	..... 1.7 تدقيق خدمات علاج الإدمان وفقاً لـ«معايير الجودة الرئيسية»
12	..... 2. الإدارة الفعّالة لخدمات علاج الإدمان
12	..... 2.1 ما المقصود بـ«قيادة وإدارة الخدمات»؟
14	..... 2.2 تخطيط الخدمة
18	..... 2.3 إدارة الموارد المالية
21	..... 2.4 إدارة العقود والتعاون مع الممولين
21	..... 2.5 إدارة الموارد البشرية
21	..... 2.6 إدارة مرافق ومعدات الخدمة
30	..... 2.7 أنظمة سجلات المرضى
30	..... 2.8 أنظمة ضمان جودة الخدمة
33	..... 2.9 القائمة المرجعية للإدارة الفعّالة
34	..... 3. العلاج والرعاية المخصصة المرتكزة على الشخص
43	..... 3.1 فحص المريض وتقييمه
34	..... 3.2 الموافقة المستنيرة - موافقة المريض وأهليته للموافقة
36	..... 3.3 الخطة العلاجية - وضعها ومراجعتها بانتظام
39	..... 3.4 العمل على بناء شراكات مع مقدمي خدمات آخرين لتنسيق العلاج
40	..... 3.5 تصميم خدمات العلاج لتلبية احتياجات فئات متنوعة من المرضى
41	..... 3.6 إشراك المرضى في تصميم الخدمة وفي كيفية تقديمها
42	..... 3.7 القائمة المرجعية للعلاج والرعاية المخصصة المرتكزة على الشخص
44	..... 4. تقديم تدخلات قائمة على الأدلة العلمية
44	..... 4.1 أهمية النهج الموثق
45	..... 4.2 إجراءات التشغيل القياسية
45	..... 4.3 ضمان توافق التدخلات مع التوجيهات الدولية والأدلة العلمية
45	..... 4.4 التدخلات المرجحة للحد من الأضرار الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات...
46	..... 4.5 التدخلات النفسية والاجتماعية
47	..... 4.6 التدخلات الدوائية
48	..... 4.7 تدخلات إدارة التعافي
50	..... 4.8 القائمة المرجعية للتدخلات القائمة على الأدلة العلمية

51	5. مراقبة أداء الخدمة ونتائجها وكيفية تحسينها
51	5.1 ضمان وصول الفئات المستهدفة للخدمات في الوقت المناسب
52	5.2 مراقبة الأداء وإدارته
52	5.3 مراقبة النتائج وإدارتها
53	5.4 القائمة المرجعية لمراقبة الخدمة لأدائها ولنتائجها ومحاولة تحسينها
54	6. ضمان تعزيز الخدمات لصحة المرضى وسلامتهم وحقوقهم الإنسانية
54	6.1 معاملة المرضى باحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والتمييز
56	6.2 إعلام المرضى بشكل كامل بقواعد الخدمة وسياساتها وإجراءاتها
56	6.3 تعزيز صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي
57	6.4 إجراءات مستقلة لتقديم الشكاوى من قبل المرضى
58	6.5 ضمان النظافة ومكافحة العدوى والوقاية من الحرائق وغيرها من الحوادث الخطيرة ...
60	6.6 إدارة الأدوية
61	6.7 القائمة المرجعية لضمان تعزيز صحة المرضى وسلامتهم وحقوقهم الإنسانية
63	7. تدقيق الخدمة وفقاً لمعايير الجودة الرئيسية
63	7.1 التخطيط وتخصيص الموارد والفريق
63	7.2 التكيف
64	7.3 التقييم
65	7.4 إعداد التقارير
65	7.5 التحسين
66	مسرد المصطلحات الرئيسية
68	مراجع لكل فصل وقراءات إضافية
71	الملاحق
71	الملحق 1: معايير الجودة الرئيسية ومعايير خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات
71	ملحق 1.1 الإدارة الفعالة
76	ملحق 1.2 العلاج والرعاية المخصصة المرتكزة على الفرد
83	ملحق 1.4 ضمان الخدمة تعزيز صحة المرضى وسلامتهم وحقوقهم الإنسانية
88	الملحق 2. معايير واعتبارات إدارة الخدمات المقدمة لمختلف فئات المرضى
88	ملحق 2.1 علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة للأطفال والمراهقين
89	ملحق 2.2 علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لدى النساء
90	ملحق 2.3 الأشخاص المصابون باضطرابات تعاطي المخدرات المتورطون في نظام العدالة الجنائية
91	ملحق 2.4 توفير علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لمجموعة متنوعة من فئات المرضى
93	الملحق 3. معايير واعتبارات إضافية متعلقة بإدارة أنواع مختلفة من خدمات علاج الإدمان
93	ملحق 3.1 خدمات التوعية
96	ملحق 3.2 المؤسسات غير المتخصصة في تقديم علاج اضطراب تعاطي المخدرات: معايير إضافية
97	ملحق 3.3 برامج العلاج المتخصصة للمرضى الخارجيين أو برامج العلاج المجتمعية: معايير إضافية
99	ملحق 3.4 خدمات المرضى الداخليين المتخصصة: معايير إضافية
100	ملحق 3.5 وحدات إعادة التأهيل السكنية المتخصصة: معايير إضافية

مقدمة المترجم

بكل فخر وإحساس عميق بالمسؤولية، يسرني أن أضع بين يدي القارئ العربي، والمختصين في مجال علاج الإدمان، ترجمة هذا الدليل العملي القيّم: «إدارة خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات وفقاً لـ «معايير الجودة الرئيسية» الدولية». يأتي هذا العمل في وقت نحن فيه بأمس الحاجة إلى توحيد جهودنا وتطوير ممارساتنا لمواجهة الآثار السلبية لتعاطي المواد المسببة للإدمان، وهي واحدة من أكثر التحديات الصحية والاجتماعية إلحاحاً في مجتمعاتنا.

إيماناً مني بأهمية تأسيس خدمات علاجية لاضطرابات تعاطي المخدرات مبنية على أسس علمية راسخة، وسعيًا لردم الفجوة بين الممارسات المحلية والمعايير الدولية المعتمدة، وجدتُ في هذا الكُتيب دليل عملي وأداة لا غنى عنها مما قد يساعد المدراء في تأسيس خدمات مبنية على البراهين والأدلة العلمية. فهو لا يقتصر على عرض المفاهيم النظرية، بل يقدم خارطة طريق إدارية واضحة ومفصلة، موجهة بشكل خاص لمديري الخدمات والقادة في القطاع الصحي وصُنّاع السياسات، لمساعدتهم على تقييم خدماتهم وتطويرها بما يضمن تقديم رعاية عالية الجودة، محورها الإنسان، وموجهة نحو التعافي.

لقد كان الحرص على دقة المصطلح العلمي هو أحد أكبر التحديات في هذه الترجمة. فمصطلحات مثل «الرعاية الموجهة نحو التعافي» (Recovery-Oriented Care)، و«معايير الجودة الرئيسية» (Key Quality Standards)، و«التدخلات القائمة على الأدلة العلمية» (Evidence-Based Interventions) تتطلب فهماً عميقاً للسياق الدولي ونقله بأسلوب سلس ومفهوم للثقافة العربية. لذا، تم بذل أقصى جهد لاختيار المقابلات العربية الأدق التي تعكس جوهر المفهوم الأصلي، مع إضافة مسرد للمصطلحات الرئيسية في نهاية الكتاب ليكون مرجعاً للقارئ.

كما تم بذل الجهد لمواءمة بعض الأمثلة والسياقات لتكون أقرب إلى واقع خدماتنا في المنطقة العربية، دون المساس بالهيكل العلمي أو المبادئ الأساسية التي قامت عليها النسخة الأصلية.

لا يفوتني في هذا المقام أن أتقدم بجزيل الشكر للمؤلفة السيدة أنيت ديل-بيريرا، على هذا العمل المتميز الذي يعكس خبرة دولية واسعة، وعلى ثقتها في إيصال هذه المعرفة إلى العالم العربي. كما أتوجه بوافر الامتنان إلى الأصدقاء الذين حفوني بكرم مشاعرهم والزملاء الذين أغنوا هذا الجهد المتواضع بأرائهم القيمة، وأخص بالشكر منهم معلّم الكرام الدكتور ريجان أحمد صديقي -مساعد المدير الطبي للتدخلات الطبية بمركز نوفر، والدكتور عبد الله بن عمر الجوهي -مساعد المدير الطبي للتدخلات النفسية والاجتماعية بمركز نوفر- على دعمهم اللامحدود وتشجيعهما الدائم.

ختاماً، يحدوني الأمل أن يكون هذا الدليل المترجم مرجعاً مفيداً ومنارة تهتدي بها إدارات خدمات علاج الإدمان في عالمنا العربي، وأن يسهم في الارتقاء بجودة الرعاية المقدمة للمرضى وأسره، وضمان حصول كل الذين يعانون من مشكلة تعاطي المواد المسببة للإدمان على علاج يحفظ كرامتهم، ويحترم حقوقهم، ويفتح لهم أبواب الأمل نحو التعافي المستدام.

د. سلطان بن عيسى البراهيم

استشاري الطب النفسي والادمان

سبتمبر 2025

شكر وتقدير

يعد هذا الكتاب ثمرة للجهود المضنية التي بذلتها السيدة أنيت ديل-بيريرا، في إعداده وتطويره. وتستند جهود السيدة أنيت إلى خبرتها الواسعة كمستشارة دولية لدى منظمة خطة كولومبو ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، بالإضافة إلى توليها منصب الرئيس التنفيذي لمركز نوفر لخدمات علاج الإدمان في الدوحة، قطر. استلهمت السيدة أنيت هذا الدليل من كتاب «تحسين خدمات علاج إدمان المخدرات: دليل إداري لتحقيق الجودة والفعالية» (Enhancing Drug Services: A Management Handbook for Quality and Effectiveness)، الصادر عام 1999، مؤلفيه: بيتر تشايلد وأنيت ديل؛ برعاية المؤتمر الدائم بشأن تعاطي المخدرات (SCODA)، لندن، المملكة المتحدة. ونظراً لوفاة السيد «بيتر» فجأةً عام 2024، فقد تقرر إهداء هذا الدليل لذكراه.

كما تتقدم مؤلفة الكتاب بالشكر لجميع الأفراد والمنظمات التي شاركت في تطوير «معايير الجودة الرئيسية» (مسودة ما قبل النشر لعام 2021 بعنوان «ضمان الجودة في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات: معايير الجودة الرئيسية للتقييم»؛ وبخاصة: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، وبرنامج العمل الإنمائي لخطة كولومبو، وبرنامج التعاون بين أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي والاتحاد الأوروبي بشأن سياسات المخدرات (COPOLAD)، ولجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات (CICAD)، ومنظمة أمريكا الجنوبية (OAS)، والاتحاد الأفريقي، والمركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدمانها (EMCDDA). كما تتقدم المؤلفة بالشكر لكل الجهات التي ساهمت في تطوير مجموعة أدوات خدمات ضمان الجودة التابعة لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) ولزملائها في منظمة «خطة كولومبو». ومن جانبها، تتقدم منظمة «خطة كولومبو» بالشكر لموالي الأعمال الدولية في مجال الجودة، بما في ذلك هذا الكتاب - ومن بينهم: فريق خفض الطلب على المخدرات، ومكتب شؤون المخدرات الدولية وإنفاذ القانون (INL)، وخاصة السيد برايان موراليس.

علاوة على ذلك، تتقدم المؤلفة بخالص الشكر لكل من قدموا لها التشجيع والدعم في إعداد هذا الكتاب، وهم: الدكتور «ماريانو مونتينيجرو»؛ و«رودريغو بورتيللا»؛ و«مارتا أوليفا»؛ و«خالد همايوني»؛ و«محمد أيوب». كما تتقدم بالشكر للمراجعين الخارجيين الذين ساعدوا في تحسين المسودة الأولية لهذا الكتاب، وهم: الدكتورة «إليزابيث ساينز»؛ والدكتورة «ماريا زارزا»؛ و«راج بويجونوث»؛ و«نانسي بول»؛ والدكتور «ويليام نكيروم إيبيتي»؛ و«برايز مويس تير هون»؛ والسيد «ديفيد بيدل»؛ و«لويس غونزاليس»؛ و«مارسيلا لارا أوريانا»، والدكتورة «ماريكا فيري». وأخيراً وليس آخراً، نود أن نعرب عن امتناننا لمبادرات «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT) و«الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ) لمساهمتهما القيّمة في إعداد هذا الكتاب، ولجهودهما المتواصلة لتحسين إدارة الجودة في علاج الإدمان.

أنيت ديل-بيريرا



البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج

نبذة عن «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» و «الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة»

شهدت السنوات الأخيرة انطلاق مبادرتين دوليتين لتحسين جودة أنظمة وخدمات اضطرابات تعاطي المخدرات ومواءمتها مع المعايير الدولية، مثل: المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات (منظمة الصحة العالمية/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)) (2020) ومعايير الجودة الرئيسية (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) وآخرون؛ 2021).

هاتان المبادرتان هما: «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT) و «الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ) (www.icquality.org)

وتتميز المبادرتان بأنهما تمنحان الأولوية للائتمثال للمعايير الدولية، وتقدمان أساليب مستدامة لضمان الدقة من خلال تطبيق آليات ضمان الجودة، فضلاً عن أنهما توفران دورات التحسين المستمر.

علاوة على ذلك، توفر المبادرتان موارد وآليات ودعم فني في مجال «ضمان الجودة» للدول والمنظمات المهتمة بالحصول على اعتراف دولي بجهودها المبذولة في سبيل الائتمثال للمعايير الدولية.

«الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ)

«الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ) هو مبادرة أطلقتها منظمة «خطة كولومبو» (The Colombo Plan). وتتمثل مهمتها في توفير قيادة عالمية ومركز رئيسي للمنظمات المهتمة بتعزيز وتحسين جودة نظام وخدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، لضمان تحقيق أفضل النتائج الإيجابية للأشخاص المصابين باضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

وقد أنشئ «الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ) ليعمل بالتعاون مع ثلاث مجموعات مختلفة من أصحاب المصلحة (وهم: هيئات ضمان الجودة، ومقدمي خدمات العلاج والمرضى، وأسرة المرضى ومقدمي الرعاية) بهدف تعزيز الجودة من خلال:

- آليات يقودها الأقران لدعم جهود الجودة وتحسينها على مستوى نظام وخدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.
- التدريب على آليات الجودة وضمان الجودة لدعم الجودة في العلاج.

- الدعم الفني لمساعدة وكالات ضمان الجودة في الدول المختلفة (بما في ذلك هيئات الاعتماد والمفتشين والهيئات التنظيمية ذات الصلة) في الحصول على جائزة «ختم الجودة الدولي»؛ لقاء جهودها في تقييم ضمان الجودة.



«البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT)

أما «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT)، فهو مبادرة لضمان الجودة (QA) ممولة من المكتب الدولي لمكافحة المخدرات (INL)، ومرتبطة بمبادرة «الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ). وتعمل مبادرة «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT) على تقديم الدعم الفني للدول المهتمة بتحسين أنظمة الرعاية التي تستهدف الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة لديها وتسعى لتحقيق ذلك. ويعتمد الدعم الفني على تطبيق معايير جودة أنظمة وخدمات العلاج، وفقاً للمعايير والتوجيهات الدولية. وتتلقى أعمال مبادرة «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT) الدعم من ثلاث منظمات دولية فاعلة، وهي: منظمة خطة كولومبو، ومنظمة الدول الأمريكية/لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات (OAS/CICAD)، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC).

وبشكل عام، تهدف هذه المبادرة إلى تعزيز شبكة الخدمات المقدمة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة؛ من خلال الالتزام بالمعايير الدولية المحددة لنظام وخدمات العلاج، استناداً إلى المبادئ العلمية والأخلاقية. كما تساعد المبادرة الدول على تطوير واستدامة جهودها لتحسين جودة العلاج. جدير بالذكر أن نهج «تقييم ضمان الجودة» الذي تتبناه المبادرة موحد ولكنه يمكن تخصيصه لتلبية الاحتياجات الخاصة بكل دولة.

2030 (الهدف 5.3 من أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة). وتمكين الدول من تحقيق هذا الهدف، وُضعت العديد من الوثائق والأدوات الدولية (انظر المربع رقم 1). صُمم هذا الدليل الإداري لتوجيه خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول لتقييم مدى توافقها مع المعايير والإرشادات الدولية. ولكنه يساعد، تحديداً، المدراء والقادة على تقييم خدماتهم المقدمة وفقاً لمعايير الجودة الرئيسية (2021) وعلى تطبيق هذه المعايير.

جدير بالذكر أنه توجد أنواع عديدة من خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول في بيئات مختلفة؛ بعضها خدمات متخصصة في علاج إدمان المخدرات والكحول، بينما يقدم بعضها الآخر تدخلات علاجية ضمن سياق خدمات رعاية صحية أو اجتماعية أوسع نطاقاً، مثل المستشفيات وخدمات الصحة النفسية والرعاية الأولية.

المربع 1: إرشادات ومعايير الوكالات الدولية للمساعدة في تحسين قدرة وجودة علاج اضطرابات تعاطي المخدرات.

«المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC) (2020). تُلخص هذه الوثيقة التوجيهية الدولية الأدلة العلمية الحالية حول علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، وتضع إطاراً للصحة العامة لتطبيقها. كما تحدد المكونات والخصائص الرئيسية لأنظمة علاج فعالة لاضطرابات تعاطي المخدرات. كما يصف هذا الدليل أساليب وتدخلات علاجية أخلاقية قائمة على الأدلة لتلبية احتياجات الأفراد في مختلف مراحل ودرجات شدة اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

«مجموعة أدوات ضمان الجودة لنظام وخدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2022). تحدد هذه المجموعة المعايير والمقاييس، وهي مصممة لمساعدة البلدان والمناطق المحلية والخدمات على تنفيذ آليات لمراجعة الأنظمة والخدمات المحلية وضمان جودتها.

«ضمان الجودة في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات: معايير الجودة الرئيسية للتقييم» (مسودة ما قبل النشر لعام 2021). مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ومنظمة الصحة العالمية، وخطة كولومبو لمكافحة المخدرات، ولجنة مكافحة المخدرات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ومنظمة أمريكا الجنوبية، والاتحاد الأفريقي، والمركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدمانها (المشار إليها فيما يلي باسم «معايير الجودة الرئيسية»). اجتمعت الوكالات الدولية في عامي 2019 و 2020 للاتفاق على «معايير الجودة الرئيسية» لخدمات علاج المخدرات. وتستند هذه المبادئ إلى معايير علاج اضطراب تعاطي المخدرات التي وضعتها الوكالات الدولية وآليات ضمان الجودة والتوجيهات التي طورتها الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية على مدى العقدين الماضيين والمعايير من أوروبا وأميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأفريقيا.

أعمال «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT) و «الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ)

تشكل المعايير الدولية ومعايير الجودة الرئيسية أساس عمل «البرنامج الدولي لضمان جودة العلاج» (PIQAT) و «الائتلاف الدولي لجودة علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة» (ICQ) في تحسين جودة أنظمة وخدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. تُوفر هذه المعايير إطاراً شاملاً للتحسين المستمر وضمان الجودة في علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة عالمياً.

وتهدف هاتان المبادرتان إلى دعم الدول في تطبيق المبادئ التوجيهية الدولية الرئيسية، وبالتالي مساعدة الدول الأعضاء في الأمم المتحدة على وضع أو اعتماد معايير وطنية لاعتماد خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة وفقاً لتشريعاتها الوطنية. كما تسعى إلى المساعدة في إنشاء نظام لخدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة يعتمد على مناهج قائمة على الأدلة، ويستند إلى معايير وإرشادات دولية قائمة على أسس علمية.

1.1 نبذة عن هذا الكتاب

يُعدّ هذا الكتاب دليلاً مرجعياً حول كيفية إدارة خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات (والكحول) وفقاً لـ «معايير الجودة الرئيسية» الدولية (2021)؛ بهدف تعزيز الجودة والفعالية وتحسين نتائج المرضى. كما يهدف هذا الدليل إلى توفير إرشادات شاملة، مع مراعاة اختلاف خدمات علاج اضطرابات إدمان الكحول والمخدرات باختلاف البلدان أو المناطق وفقاً للمتطلبات والمعايير.

1.2 الفئة المستهدفة

يهدف هذا الدليل إلى مساعدة جميع المعنيين بإدارة خدمات علاج المخدرات والكحول وضمان جودتها. وقد يشمل ذلك المدراء، والقادة السريريين، والمسؤولين عن الجودة والحوكمة السريرية. كما قد يكون هذا الكتاب ذات قيمة للممولين، أو المفوضين، أو المخططين لخدمات علاج اضطرابات إدمان المخدرات والكحول.

1.3 لماذا يجب تحسين إدارة خدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات؟

يُعدّ تحسين قدرة وجودة خدمات علاج اضطرابات إدمان المخدرات والكحول من الأولويات العالمية لجميع البلدان، كما هو موضح في أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة

الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) (2009).

- نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT).
- التقييم الشامل.
- الخطة العلاجية وإدارة الحالات.
- التدخلات النفسية والاجتماعية.
- التدخلات الدوائية، بما في ذلك إزالة السموم أو إدارة أعراض الانسحاب، وعلاج الإدمان على المواد المخدرة الأفيونية.
- العلاج بمساعدة الأدوية.
- الوقاية من الانتكاس.
- إدارة التعافي.

وقد تُقدم بعض الخدمات أيضًا خدمات تواصل مجتمعية؛ للتواصل بشكل استباقي مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول وتحفيزهم على الحصول على العلاج، وتقديم تدخلات للحد من العواقب الاجتماعية والصحية لاستخدامهم.

وعلى الرغم من أن التركيز الأساسي للخدمات المتخصصة هو علاج اضطرابات إدمان المخدرات والكحول، إلا أنها قد تُقدم أيضًا تدخلات لقضايا صحية أو اجتماعية أخرى. كما قد تُصمم بعض الخدمات وتُخصص لعلاج مشاكل الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات والكحول جنبًا إلى جنب. وفي بعض الأحيان، تُقدم تدخلات علاج المخدرات والكحول في بيئات غير متخصصة لهذا الغرض، مثل مؤسسات الرعاية الأولية، ومستشفيات الأمراض النفسية، والمستشفيات العامة، وخدمات ما قبل الولادة، وما إلى ذلك.

صُمم هذا الدليل في المقام الأول لخدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول المتخصصة. ومع ذلك، فإن جزءًا كبيرًا من محتواه ينطبق أيضًا على مؤسسات الرعاية الصحية الأولية والثانوية التي تقدم تدخلات علاجية لإدمان المخدرات والكحول.

إن تحسين جودة وفعالية أي خدمة رعاية صحية أو علاجية أو الحفاظ عليها لا يتم تلقائيًا؛ بل يتطلب قيادة وإدارة ناجحة. يُحدد هذا الدليل المعايير الرئيسية والممارسات الجيدة التي تنطوي عليها إدارة خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول في أربعة مجالات رئيسية، تشمل: إدارة الخدمات؛ وتوفير علاج فردي مُركّز على المريض؛ وضمان الوصول في الوقت المناسب إلى التدخلات القائمة على الأدلة العلمية؛ وتعزيز الصحة والسلامة وحقوق الإنسان للمريض.

1.4 ماهي الخدمات المتخصصة لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات؟

وفقًا لـ «المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) (2020)، فإن الخدمات المتخصصة في علاج إدمان المخدرات والكحول هي تلك الخدمات المصممة والمخصصة أساسًا لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول. وبالرغم من أن هذا الكتاب يشير لمتلقي خدمات العلاج بلفظة الـ «مريض»، إلا أن بعض الخدمات قد تستخدم مصطلحات أخرى في الإشارة له، مثل «متلقي الخدمة» أو «العميل» أو «المستفيد».

وبشكل عام، يمكن تقديم خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول المتخصصة في بيئات متنوعة، بما في ذلك العلاج المجتمعي، والعيادات الخارجية، والوحدات الداخلية قصيرة الأمد، والوحدات الداخلية طويلة الأمد أو وحدات إعادة التأهيل. وقد تقدم إحدى خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول المتخصصة العلاج في بيئة واحدة أو في مجموعة متنوعة من البيئات. وتحدد المعايير الدولية (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) (2020) التدخلات الممكنة أن تقدمها خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول المتخصصة، بما في ذلك:

- التدخلات المجتمعية، بما في ذلك تدخلات الحد من الضرر. وقد يشمل ذلك تدخلات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه ورعايته للأشخاص الذين يحقنون المخدرات، بما يتماشى مع الدليل الفني لمنظمة

إن التحسين أو الحفاظ على جودة خدمات الرعاية الصحية أو فعالية العلاج لا يتحقق بشكل عفوي؛ بل يتطلب ذلك قيادة وإدارة فاعلة.

1.5 أهمية أنظمة وخدمات علاج الإدمان الموجهة نحو التعافي

وفقاً للمعايير الدولية، يُعد «التعافي» مفهومًا ينبغي أن يُسترشد به في أنظمة وخدمات علاج الإدمان الفعّالة. ويشمل التعافي عمومًا ما يلي:

- السيطرة الطوعية والمستدامة على تعاطي المخدرات أو الكحول.
- تحسين الصحة والرفاه.
- إعادة الاندماج في المجتمع والمساهمة فيه كعضو فاعل. قد يكون ذلك من خلال التعليم، والتوظيف، وإعادة بناء العلاقات الأسرية والصداقة، والمشاركة المجتمعية، وما إلى ذلك.

وعلى هذا النحو، فإن التعافي كمفهوم لا يتعارض مع مساعدة الناس على تقليل الضرر المرتبط بتعاطي المخدرات والكحول؛ فكلًا المفهومين مهم ومتكامل، ويساعدان الناس على معالجة اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول، وتحسين الصحة والرفاهية والتكامل الاجتماعي.

إضافة إلى أن التعافي من إدمان المخدرات أو الكحول قد يكون عملية طويلة: غالبًا ما تكون هذه مشكلة صحية بيولوجية نفسية اجتماعية معقدة، وقد تكون مزمنة ومتكررة. وقد يحتاج الأشخاص الذين يعانون من إدمان المخدرات أو الكحول إلى دعم طويل الأمد للتغلب على الاعتماد والتعامل مع الأضرار الجانبية التي لحقت بهم أثناء الإدمان النشط، ولإعادة بناء حياتهم.

إن وصف خدمة علاج إدمان المخدرات أو الكحول بأنها «موجهة نحو التعافي» يعني أنها تُركز على مساعدة المرضى على تحقيق مجموعة من أهداف التعافي، بالإضافة إلى تلك المتعلقة بتعاطي المواد المسببة للإدمان. النهج الموجه نحو التعافي يتجاوز مجرد علاج حالة صحية، فهو يُدرك مواطن قوة الأفراد وإمكاناتهم، ويُساعدهم على تحسين صحتهم وإعادة بناء حياتهم بما يتماشى مع أهدافهم. قد يشمل ذلك أهدافًا تتعلق بالتوظيف، وشبكات الدعم، والسكن، والصحة النفسية والجسدية. عند تحقيق أهداف التعافي، يُركز على استدامة التقدم والوقاية من الانتكاسة.

وتعتمد خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول الموجهة نحو التعافي على المبادئ التالية:

• «الأمل» رسالة أساسية يجب غرسها في كل مريض أو عميل أو مستفيد، مهما كانت مشاكله مُعقدة وخطيرة - فالناس يتعافون بالفعل.

• «الأمل» رسالة أساسية يجب غرسها في كل مريض أو عميل أو مستفيد، مهما كانت مشاكله مُعقدة وخطيرة - فالناس يتعافون بالفعل.

• غالبًا ما يكون إدمان المخدرات مشكلة متعددة الأوجه تؤثر على جوانب عديدة من حياة الشخص، وقد لا يكفي علاج المخدرات والكحول وحده لمساعدة الشخص على تحقيق أهدافه في التعافي.

• التعافي يعني توفير الأمان للأشخاص ومساعدتهم على إدارة المخاطر لدعم عملية التعافي.

• ينبغي أن تُمكن الخدمة الشخص من تحمّل المسؤولية الشخصية عن تعافيه.

• ينبغي أن تُدرك الخدمات وتُساعد المرضى على بناء «رأس مال التعافي» أو نقاط القوة والموارد في مجالات الحياة، مما يُسهّل الاستقلالية وإعادة الاندماج في المجتمعات.

• غالبًا ما يتطلب التعافي إنشاء شبكة دعم من الأصدقاء والعائلة والمجتمع ككل، تدعم الأفراد لتحقيق أهداف التعافي.

• قد تحتاج خدمات العلاج إلى العمل بالتعاون مع مجموعة من الخدمات الأخرى في المجتمع المحلي لتحقيق أهداف الصحة والرفاهية والتكامل الاجتماعي.

• قد يحتاج الأفراد إلى دعم طويل الأمد من خدمات علاج المخدرات والكحول وغيرها من المنظمات للتغلب على الإدمان وتحقيق التعافي.

• يمكن للأشخاص الذين تغلبوا على الإدمان ويمرّون بمرحلة تعافي تقديم الدعم لأقرانهم، ويُعدّون ركيزةً أساسيةً لخدمات علاج الإدمان.

وقد أصدرت بعض الدول إرشادات لخدمات علاج الإدمان حول كيفية المراجعة واتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان توجيه الخدمات نحو التعافي. (سترانغ وآخرون، 2012).

1.6 كيفية استخدام وتوظيف هذا الكتاب

يمكن استخدام هذا الكتاب بطرقٍ مختلفة.

يمكن استخدامه كوثيقة مرجعية حول كيفية إدارة خدمات علاج الإدمان بما يتوافق مع «معايير الجودة الرئيسية» (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وآخرون، 2021).

كما يمكن مشاركته مع فرق العمل العلاجية واستخدامه كأساس لتثقيف أو تدريب الموظفين، سواءً كفرق أو بشكل فردي.

ويمكن أيضًا للمدراء والقادة قراءة الكتاب بهدف تقييم مدى توافق خدماتهم مع محتوى كل قسم، وذلك باستخدام «القوائم المرجعية» المدرجة في نهاية كل قسم.

7.1 تدقيق خدمات علاج الإدمان وفقاً لمعايير الجودة الرئيسية (KQS)

قد يرغب المسؤولون عن الإدارة أو الإشراف على خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول في تدقيق خدماتهم وفقاً لمعايير الجودة الرئيسية (KQS) (انظر الملحق 1).

كما يقدم القسم رقم 7 أدناه إرشادات حول الخطوات الأربع التي يمكن للمدراء والقادة إتباعها لتدقيق خدماتهم وفقاً لمعايير الجودة الرئيسية.

وباختصار، يمكن تلخيص هذه الخطوات كالتالي:

- التكييف: قراءة معايير الجودة الرئيسية واختيارها لضمان ملائمتها لنطاق الخدمة ثم تكييف المعايير ثقافياً حسب الحاجة.

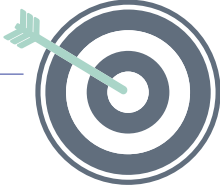
- التقييم: تقييم الخدمة وفقاً للمعايير والمقاييس المختارة لها من خلال مراجعة الوثائق المتوفرة لديها على استيفائها لمعيار أو أكثر. التوصل إلى إجماع حول ما إذا كان المعيار أو المعايير قد استوفيت أم أنها بحاجة إلى تحسين.

- إعداد التقارير: صياغة تقرير لفريق الإدارة أو مجموعة ضمان الجودة/الحوكمة السريرية للمؤسسة للنظر فيه. تدرس الإدارة المجالات التي تستوفي المعايير وتلك التي تحتاج إلى تحسين، ثم تضع أولويات العمل. تقديم ملاحظات إيجابية للخدمة عند استيفاء المعايير، وتخصيص الموارد والعمليات لتحسين المعايير عند الحاجة.

- التحسين: استخدام أساليب قائمة على الأدلة للتحسين بما يتماشى مع الأولويات، ومراقبة التقدم أو إعادة تدقيق المعايير بمرور الوقت.



وبغض النظر عن كيف سيتم توظيف هذا الكتاب؛ فإنه من المأمول حقا أن يساعد هذا الكتاب على رفع مستوى خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول، والاحتفاء بالأعمال الجيدة، وتبسيط الضوء على الجوانب التي تتطلب مراجعة وتحسين في جودة الخدمات المقدمة.



تُعَدُّ القيادة والإدارة الفعّالتان لخدمات علاج إدمان المخدرات والكحول أمرًا أساسيًا لضمان فعالية تشغيل الخدمات وتقديم علاج فعّال، متمركز حول المريض، وقائم على الأدلة العلمية.

يُغطّي هذا القسم القيادة والإدارة الإستراتيجية؛ والتخطيط؛ والإدارة المالية؛ وإدارة عقود الخدمات والعمل مع الممولين؛ وإدارة الموارد البشرية؛ وتلبية المتطلبات المحلية أو الإقليمية للتسجيل؛ وإدارة المرافق والمعدات؛ وإدارة المخاطر والتخطيط للطوارئ؛ وحوكمة المعلومات، بما في ذلك إدارة سجلات المرضى؛ والإبلاغ عن المخالفات وشكاوى الموظفين؛ وبناء نظام مستدام لضمان الجودة. يُقدّم كل قسم تعريفًا موجزًا أو لمحة عامة، ويستشهد بمعايير الجودة الدولية ذات الصلة.

• في بعض الدول، تكون خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول حكومية أو مرتبطة بالقانون. قد تكون هذه الخدمات منفصلة أو جزءًا من الخدمات الصحية الأوسع، أو نظام الرعاية الاجتماعية، أو النظام العدلي الجنائي. وقد يكون لهذه الخدمات أيضًا هيئة إدارية تُعنى بالإدارة الإستراتيجية أو الحوكمة أو الإشراف.



المربع 2: ما الذي يحتاج إلى إدارة؟

- الموارد (الموظفون، المتطوعون، المال، المباني، الوقت، المعدات، إلخ).
- العمل (المهام، عمليات العلاج .. إلخ).
- عملية صنع القرار.
- المعلومات والاتصالات.
- المسؤولية والمساءلة.
- تطوير الخدمة وتغييرها.
- جودة الخدمة وفعاليتها.

1.2 ما المقصود بـ «قيادة وإدارة الخدمات»؟

تُعَدُّ القيادة والإدارة عنصرين أساسيين لنجاح خدمات علاج الإدمان.

فقيادة أي مؤسسة (بما في ذلك خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول) هي القدرة على وضع رسالة ورؤية وخطة للخدمة وتوصيلها، وتحفيز الموظفين وإدارتهم لتنفيذ الخطة والأهداف المشتركة بما يتماشى مع قيم المؤسسة والمنظمة.

كما تقوم إدارة الخدمات بعملية ضمان الاستخدام الأمثل للموارد (مثل: التمويل، الموظفون، الوقت، المرافق، ... إلخ) لتحقيق الأهداف المتفق عليها للخدمة.

تختلف هياكل ووظائف قيادة وإدارة الخدمات باختلاف الإطار القانوني للخدمة وحجمها وتكوينها.

أ. مجلس الإدارة

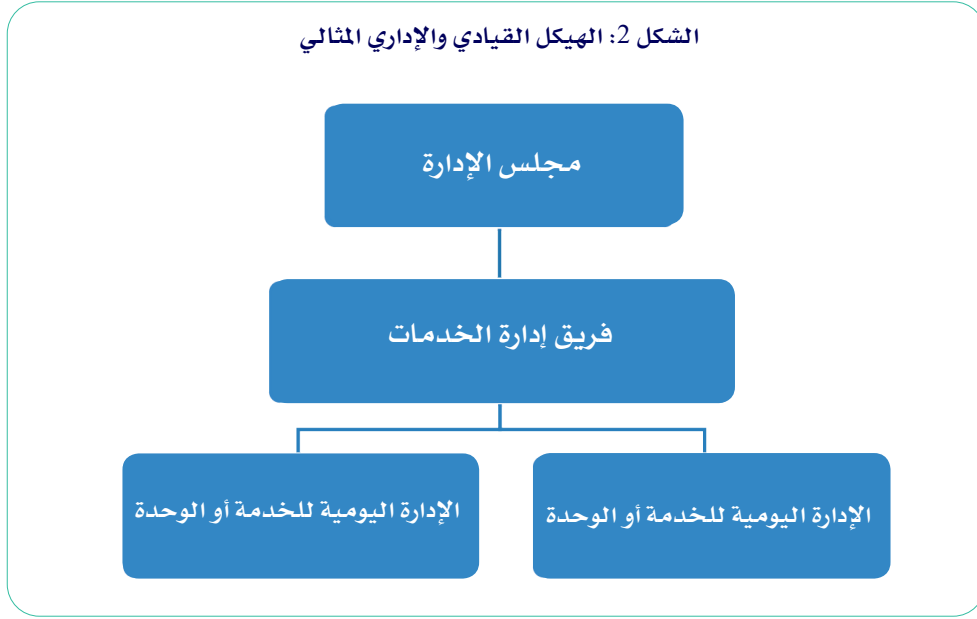
تتمتع العديد من خدمات علاج الإدمان المتخصصة بهيكل قيادي أو إداري أعلى، ويكون عن القيادة الإستراتيجية والإدارة والحوكمة للخدمة. يُعد هذا النوع من الهياكل «ممارسة جيدة» و«متطلبًا قانونيًا» في بعض الدول.

- إذا كانت الخدمة منظمة غير حكومية، مثل مؤسسة خيرية أو منظمة غير ربحية، فقد يُطلق عليها مجلس إدارة أو لجنة.
- إذا كانت الخدمة منظمة مستقلة أو "ربحية"، فقد يكون مجلس الإدارة هو المسئول.

وفي بعض الدول، تتمتع مجالس الإدارة أو هياكل القيادة العليا بالسلطة المطلقة لحوكمة الخدمة، بما في ذلك الوفاء بالمسؤوليات القانونية؛ والتخطيط الإستراتيجي واتخاذ القرارات والمساءلة؛ والإدارة الإستراتيجية للخدمة؛ وإدارة المخاطر؛ وضمان استيفاء ممارسات الموارد البشرية الجيدة والكوادر للمتطلبات؛ والشؤون المالية، واستيفاء معايير الجودة، والأمور المتعلقة بالسياسات الرئيسية. من الممارسات الجيدة أن تضمن المجالس أيضًا مشاركة المرضى (أو إشراك الأشخاص ذوي الخبرة في اضطرابات تعاطي المخدرات والتعافي منها) في المجلس، وإدارة الخدمات، وتقديمها، وتطويرها.

كما أنه في بعض الدول، قد تُدار الخدمة مباشرة من قبل هيئة مكافحة المخدرات أو وزارة الخارجية أو وزارة أخرى. وفي دول أخرى، قد يكون دور هذا المجلس استشاريًا. وفي كثير من الحالات، يُطلب من الرئيس التنفيذي أو مدير الخدمة أو مدير خدمة علاج إدمان المخدرات والكحول

الشكل 2: الهيكل القيادي والإداري المثالي



وعادةً ما يكون لمجلس الإدارة رئيسٌ يرأس الاجتماعات، ويتولى مسؤولية اتخاذ القرارات واجتماعات المجلس. ويرتبط الرئيس عادة بعلاقة عمل وثيقة مع الرئيس التنفيذي، أو مدير الخدمات، أو المدير، وقد يكون مسئولاً عن إدارتهم أو الإشراف عليهم (بحسب الإطار القانوني).

يجب تعيين أعضاء مجلس الإدارة أو الهيئة وفقاً لقواعد الموارد البشرية المعمول بها في الدولة. ويجب أن يكونوا على دراية بواجباتهم القانونية وغيرها، وأن يتلقوا (عند الحاجة) التدريب والتطوير اللازمين لأداء أدوارهم بفعالية. ومع ذلك، قد تحدث حالات تضارب المصالح: وهي حالات قد يستفيد فيها عضو مجلس الإدارة من الإجراءات أو القرارات المتخذة بصفته الرسمية كعضو في مجلس الإدارة. لذا، يجب التصريح عن حالات تضارب المصالح، وتدوينها في محاضر الاجتماعات، وإدارتها من قبل رئيس مجلس الإدارة.

ب. فريق إدارة الخدمة

عادةً ما يكون للخدمة فريق إداري رفيع المستوى مسئول عن إدارتها. ويحتاج هذا الفريق إلى امتلاك معارف ومهارات وممارسات إدارية أساسية، تشمل:

- فهمًا واضحًا ومشتركًا لأسباب وجود الخدمة.
- فهمًا واضحًا ومشتركًا للأهداف طويلة وقصيرة المدى.
- فهمًا للموارد المتاحة.
- القدرة على تخطيط وتنسيق وتنظيم الموارد لتحقيق مهام الخدمة وأهدافها.

تقديم تقارير دورية إلى مجلس الإدارة أو هيكل الإدارة العليا والاجتماع معهم بشأن حوكمة الخدمة. ويشمل ذلك عادةً تقديم تقارير عن: الشؤون المالية؛ وإدارة العقود والعلاقة مع الممولين؛ وأداء الخدمة مقارنةً بالأهداف والنتائج المخطط لها، وقضايا التوظيف الرئيسية، وإدارة المخاطر والتخطيط للطوارئ، وضمان الجودة. ويجب تدوين محاضر جميع اجتماعات مجلس الإدارة.

المربع 3: معايير الإدارة ذات الصلة

معييار الخدمة (CMI) المتعلق بـ «الإدارة الأساسية» - حسب ما حدده مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، والذي ينص على أنه: يجب أن تدار الخدمة من قبل المنظمة؛ والفقرة (ب) منه تنص على أنه: يجب أن يكون للخدمة حوكمة عليا.

الوثائق:

وصف المنظمة، وأدلة على اجتماعات فريق الإدارة العليا/مجلس الإدارة، مثل محاضر الاجتماعات، وشروط المرجعية.

ملاحظات:

يتولى فريق الإدارة العليا للمنظمة، أو مجلس إدارتها، الإشراف على الخدمة وإدارتها. كما توصي «المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) بأنه «من المستحسن إنشاء مجلس إدارة خارجي للإشراف، مما يضمن امتثال مديري وموظفي مراكز العلاج والتأهيل للممارسات الجيدة والأخلاقيات، وامتناعهم عن إساءة استخدام سلطتهم» (الصفحة 53). يشير هذا المعيار إلى الإدارة الإستراتيجية، وليس إلى إدارة العمل اليومي للخدمة من قبل الأطباء أو المدير.

خلال فترة زمنية محددة وتوثيقها. قد يتضمن وضع خطة إستراتيجية شاملة لأي مؤسسة الخطوات التالية:

- وضع بيانات الرسالة والرؤية وقيم الخدمة.
- وصف أهداف الخدمة ومجموعات المرضى وأنشطتها.
- الاتفاق على الأهداف طويلة المدى - عادةً من 3 إلى 5 سنوات، مع مراعاة بيئة العمل.
- وضع إستراتيجية شاملة - مع تحديد الأولويات، ويفضل أن يكون ذلك بعد التشاور مع أصحاب المصلحة الرئيسيين.
- الاتفاق على «مؤشرات الأداء الرئيسية» (KPIs) (مثل الأعداد المستهدفة من المرضى الذين ينبغي أن تعالجهم الخدمة؛ والكوادر؛ والتمويل)، ثم مراقبة هذه المؤشرات ومراجعتها.

وبالتالي، عادة ما تتضمن الخطط الرئيسية للخدمة ما يلي:

- الخطة الإستراتيجية: والتي تهتم باستمرارية الخدمة وتطويرها على المدى الطويل. وتغطي عادةً من 3 إلى 5 سنوات.
- الخطط السنوية: خطط قصيرة الأجل تُطور من الخطة الاستراتيجية الأوسع، وتتضمن تفاصيل أكثر حول كيفية تحقيق الأهداف في العام المقبل.
- عادةً ما ترتبط سجلات المخاطر وخطط إدارة المخاطر بالخطة الحالية. فهي تُحدّد المخاطر التي تُهدّد تقديم الخدمات واستمراريتها، وتُتيح الاتفاق على الحالات الطارئة وتنفيذها بسرعة. وتُراجع هذه الخطط عادةً بانتظام من قِبَل مجلس الإدارة أو فريق الإدارة العليا.
- قد يكون للخدمات الصغيرة خطة واحدة تتضمن عدة مكونات. أما الخدمات الأكبر أو الأكثر تعقيداً، فقد يكون لها عدة وثائق تخطيط، أو قد تكون جزءاً من

• الالتزام بالجودة والقدرة على تطبيق آليات ضمان الجودة.

• القدرة والمرونة على إدارة المخاطر وتغيير الخطط حسب الحاجة.

ويتكون فريق الإدارة عادةً (كحد أدنى) مما يلي:

- المدير الأعلى رتبة (قد يُطلق على هذا المنصب الرئيس التنفيذي، أو مدير الخدمة، أو مسئول الخدمة، أو رئيس العمليات).
- القائد السريري للخدمة (في حال تقديم تدخلات طبية أو تمريضية أو نفسية). في معظم الدول، يكون هذا هو الطبيب الرئيسي للخدمة، وهو يتحمل عادةً المسئولية السريرية القانونية عن العلاج الطبي المقدم.
- موظفون إداريون لتدوين المحاضر.
- موظفون مسئولون عن البيانات، وإدارة الأعمال/الشؤون المالية، والجودة (إن وجد).
- موظفون مسئولون عن الموارد البشرية والمالية (في المؤسسات المتوسطة أو الكبيرة).
- موظفون آخرون من «الإدارة المتوسطة» حسب الحاجة.
- يُعدّ إشراك المرضى في فريق إدارة الخدمة ممارسةً جيدة. ويمكن تحقيق ذلك إما بدعوة ممثل مُدرّب للمرضى للمشاركة في الاجتماعات، أو بوضع آلية لإبداء آرائهم (انظر القسم رقم 6.3).
- وقد يجتمع فريق إدارة الخدمة أسبوعياً، أو كل أسبوعين، أو شهرياً (حسب حجم ونطاق الخدمة) لإدارة: الشؤون المالية؛ والموظفين؛ والأداء وفقاً لعقود الخدمة؛ وتطوير الأعمال والخدمات؛ وجودة الخدمة؛ وإدارة المخاطر والتخطيط للطوارئ. ويجب تدوين محضر هذا الاجتماع بدقة مع تسجيل القرارات والإجراءات.

2.2 تخطيط الخدمة

أ. التخطيط الإستراتيجي

التخطيط الإستراتيجي هو عملية تساعد مجلس إدارة الخدمة أو فريق القيادة العليا على تحديد رسالة الخدمة ورؤيتها وقيمها وأهدافها والاتفاق عليها، ثم الاتفاق على «خارطة طريق» لكيفية تحقيق الخدمة لهذه الأهداف

المربع 4: مكونات التخطيط الإستراتيجي

المكونات	المجال الرئيسي
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد رسالة ورؤية وقيم الخدمة المتفق عليها. • تحديد الخدمات المقدمة. • تحديد الفئات المستهدفة من المرضى. • الاتفاق على أداء/نتائج الخدمة ومراقبة مؤشرات الأداء الرئيسية المرتبطة بها. 	أهداف الخدمة وأغراضها ومؤشرات الأداء الرئيسية
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد الاتجاهات الرئيسية في بيئة العمل، قد تؤثر على (التمويل، اتجاهات تعاظم المخدرات، مقدمو الخدمات الآخرون، التغييرات القانونية أو التنظيمية). • تحديد الفرص والتهديدات الخارجية. 	تحليل بيئة العمل
<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة تقديم الخدمات بما يتماشى مع التوجيهات (التدخلات القائمة على الأدلة والبراهين العلمية، والنهج الموجه نحو التعافي، وإمكانية وصول المرضى، والإنتاجية، المخرجات والنتائج). تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف الداخلية. • تحديد متطلبات الإدارة والتوظيف اللازمة للتطوير بما يتماشى مع أهداف الخدمة. • مراجعة آليات إشراك المرضى وضمان الجودة. • مراجعة علاقات أصحاب المصلحة الرئيسيين الخارجيين (الممولون، ومقدمو الخدمات الآخرون، والمجتمع المحلي، إلخ). 	المراجعة التشغيلية
<ul style="list-style-type: none"> • تلخيص الإيرادات والنفقات المالية (للسنتين الماضيتين). • توقع الإيرادات والنفقات المستقبلية. • تلخيص المتطلبات المالية طوال مدة الخطة وكيفية تليبيتها. 	الشؤون المالية
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد المخاطر الرئيسية (المالية، السريرية، المتعلقة بالتوظيف، ومخاطر الاستمرارية (مثل الأوبئة)، وملفات المرضى، إلخ). • وضع خطط طوارئ للتخفيف من حدة كل خطر. 	إدارة المخاطر
<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة فعالية الاتصالات والتسويق الحالية، بما في ذلك الحد من الوصمة الاجتماعية. • تحديد الفئات المستهدفة للتسويق والأساليب الفعالة لكل فئة. • تحديد الموارد وتخصيصها للأنشطة ذات الصلة. 	التسويق والعلاقات العامة
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد فترة/فترات للمراجعة. • تنفيذ مراقبة لمؤشرات الأداء الرئيسية (KPI) طوال فترة خطة العمل. 	المراجعة العامة

وأنشطتها الرئيسية. ببساطة، يجب أن تُحدد الرسالة ما تقدمه الخدمة، ولماذا، في جملة أو جملتين يسهل على أي جمهور فهمهما. تستند هذه الصياغات إلى الوقت الحاضر.

يُفضل أن تُصاغ الرسالة من خلال عملية تشاركية تتضمن

خطة تنظيمية شاملة.

ب. كيفية صياغة الرسالة، والرؤية، والقيم

صياغة الرسالة

بيان الرسالة هو تعبير واضح وموجز عن غرض الخدمة

وفيما يلي، بعض الأمثلة على عبارات صياغة «رسالة خدمات علاج الإدمان على المخدرات أو الكحول»:

نحن ملتزمون بمساعدة الأفراد والأسر
والمجتمعات على التعافي من مشاكل
المخدرات والكحول.

رسالتنا هي مساعدة الناس على تغيير
مسار حياتهم، والنمو كأفراد، وازدهار
حياتهم لأقصى إمكاناتها.

نسعى لتوفير رعاية ودعم متواصل بجودة عالية لجميع الناس، وخاصةً المتضررين
من الإدمان، من خلال تلبية احتياجاتهم النفسية والجسدية والعاطفية والروحية.

صياغة القيم

على مدى العقود الأخيرة، طورت العديد من خدمات علاج
تعاطي المخدرات والكحول «صياغات قيم» تعكس المبادئ
الأساسية أو الأخلاقيات الخاصة بالخدمات. تُحدد القيم
ما تؤمن به المؤسسة وكيف يُتوقع من موظفيها التصرف.
وبالتالي، فهي تُوفر توجيهًا أخلاقيًا للخدمة يُقصد به
توجيه التخطيط واتخاذ القرارات. بعض القيم موجزة،
والبعض الآخر عبارة عن قوائم مُرفقة بشرح. ومن أمثلة
صياغات قيم خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول
(مُختصرة):

«القيادة: وضع معايير في المجتمع فيما يتعلق بالتنظيف
والوقاية من الإدمان وعلاجه.

المسؤولية: تقديم الرعاية بحيث تكون في متناول الجميع،
سهلة الوصول، وبأسعار معقولة.

الاحترام: رعاية الأفراد بغض النظر عن ظروفهم، ومعاملة
المستفيدين وأسرهم، وكذلك موظفينا وزملائنا، بكرامة
وصدق.

العمل الجماعي: تصميم وتقديم الخدمات بطريقة غير
مُتحيّزة، ومحترمة، تراعي الثقافة وتُتيح أعلى مستوى من
الشراكة وتقدير المصير لكل مستفيد.

التعلم: تحسين فهمنا للمرض، والصدمة النفسية، والوصمة
الاجتماعية.

صياغة الرؤية

تتضمن العديد من خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول
صياغات رؤية مرفقة ببيان الرسالة. غالبًا ما تصف
الرؤية النتائج المرجوة على المدى الطويل، أو ما تطمح إليه
الخدمة وتسعى لتحقيقه. عادةً ما تشير هذه الصياغات إلى
المستقبل. من أمثلة صياغات الرؤية لخدمات علاج الإدمان
المذكورة أعلاه:

رؤيتنا هي تطوير وتقديم ومشاركة نهج
متكامل مبني على الفرد ويُغيّر المجتمع.

انطلاقًا من رسالتنا، تتمثل رؤيتنا في
المشاركة معًا كفريق واحد في هذا العمل
الهادف، في جوٍّ من التعاون والمسؤولية
والتوازن المالي.



كن منفتحاً، متعاطفًا، جريئًا، وأحدث فرقًا إيجابيًا.



نؤمن بأنه يمكننا أن نكون الأفضل.

نحن شغوفون بالتعافي. نقدّر تاريخنا ونستمد منه إثراء مستقبلنا.



التشاور مع مجلس الإدارة، والمدراء والقادة، والموظفين، والمرضى، وأصحاب المصلحة الرئيسيين مثل الممولين.

ج. إدارة المخاطر والتخطيط للطوارئ

من الممارسات الجيدة لجميع مؤسسات الرعاية الصحية أن يكون لديها إطار عمل لإدارة المخاطر لتحديد ومراقبة وتخفيف ومنع المخاطر التي قد يتعرض لها المرضى والعاملون وأفراد المجتمع، وأحيانًا الخدمات نفسها. وينصب التركيز الرئيسي لإدارة المخاطر على صحة وسلامة المرضى. يُعدّ منع خطر حدوث الوفاة أو الإصابة أو الأذى للمرضى أمرًا بالغ الأهمية، لا سيما الضرر الناتج عن الأخطاء السريرية أو الطبية أو الإخفاقات في تقديم الخدمات أو استمراريتها. كما تشمل أطر إدارة المخاطر تلك التي قد يتعرض لها الموظفون وقدراتهم، ومخاطر فقدان التمويل أو خسارة العقود، ومخاطر اختراق أمن البيانات أو المعلومات، ومخاطر المسؤولية القانونية أو الإجراءات القانونية، وإدارة الحوادث الحرجة، وإدارة حالات الطوارئ مثل الأوبئة.

وتشمل عمليات إدارة المخاطر عادةً ما يلي:

- تحديد المخاطر ووضع سجل للمخاطر وخطة للتخفيف منها أو إدارتها. ويشمل ذلك عادةً: المخاطر الرئيسية، وإجراءات التخفيف من المخاطر، والجهات المسؤولة، والتقدم المحرز في إجراءات التخفيف، وكيفية تقييم المخاطر بعد التخفيف، بالإضافة إلى تقييمات احتمالية حدوثها، وشدة تأثيرها، والمخاطر بعد التخفيف. (انظر المربع 6).
- وضع سياسات إدارة المخاطر.
- ينبغي أن يُراجع فريق الإدارة سجل المخاطر بانتظام (عادةً شهريًا أو كل شهرين).

المربع 5: المعايير المتعلقة بالتخطيط

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (M1) ينص على أنه يجب أن تُخطط الخدمة بشكل كافٍ لتقديم العلاج والرعاية المناسبين لمرضى اضطرابات تعاطي المخدرات.

المعيار:

(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة خطة عمل مكتوبة توضح كيفية تشغيلها وتطويرها.

الوثائق:

- يجب أن تكون الخطة مكتوبة وبأهداف مُعلنة ضمن إطار زمني مُحدد، مثل أن تكون خطة سنوية.
- كما يجب أن تتوافق مع المعلومات المتلقاة من المدراء والقادة.

ملاحظات:

المعيار (M1) الفقرة أ: عادةً ما تتضمن خطة الخدمة أو الخطة الإستراتيجية ما يلي: الرؤية، والمبادئ، والأهداف، والأغراض والأنشطة، والأدوار والمسؤوليات، والجدول الزمني والمؤشرات، وعناصر أخرى مثل وصف الخدمة؛ وما هي الخدمات المقدمة؛ وأعداد المرضى؛ والأولويات؛ والموظفين، والجوانب المالية والأهداف المحددة لفترة إعداد التقارير، إلخ.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM2): يجب أن يكون للخدمة خطة إستراتيجية أو خطة عمل.

المعيار

- (أ) يجب أن يكون للخدمة بيان «مهمة» محدد.
- (ب) يجب أن يكون للخدمة خطة مكتوبة لما تنوي إنجازه خلال فترة إعداد التقارير.
- (ج) يجب أن تُراجع خطة الخدمة بانتظام.

الوثائق:

المستندات المتعلقة بالخدمة، مقابلة المدير.

ملاحظات:

- (أ) بيان الرسالة هو وصف موجز لأهداف وقيم الخدمة، يُحدد الغرض الأساسي منها للموظفين، والمنظمات الشريكة، والعملاء، والجمهور.
- (ب) تتضمن خطة الخدمة عادةً ما يلي: وصف الخدمة؛ الخدمات المقدمة؛ عدد العملاء/المرضى وازدحام؛ المخرجات أو النتائج المتوقعة؛ الأولويات؛ التوظيف؛ المالية والأهداف لفترة إعداد التقارير.
- (ج) قد تختلف فترة المراجعة باختلاف البلدان أو البيئات. قد يكون لدى الخدمات خطة مدتها ثلاث سنوات، ولكن يجب مراجعتها سنويًا.

- قد يعتمد نظام إدارة المخاطر على المعلومات والبيانات التي تُجمع وتُراجع بانتظام لإثراء سجلات المخاطر. تُدرج الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua)

تخطيط وإدارة المخاطر ضمن المعايير الأساسية التي توصي هيئات ضمان الجودة بتطبيقها لضمان حصول الخدمات الصحية على الاعتماد.

المربع 6: مثال على سجل المخاطر

التاريخ الإصدار	وصف المخاطر	الاحتمالية	التأثير	تقييم المخاطر	الشخص المسئول	إجراءات التصحيح	التقدم المحرز
يناير 2022	أخطاء دوائية	ضئيلة	عالي	منخفض	دكتور ج.	<ul style="list-style-type: none"> - الاحتفاظ بسجل إلكتروني لكل الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب - تدقيق هذه الوصفات الطبية شهرياً - تدريب الطبيب على البروتوكولات العلاجية - مراجعة أدوية المرضى كل ثلاثة أشهر 	بحلول مارس 2022 ساري المفعول ديسمبر 2021 بدأ في يناير 2022

د. مراقبة ومراجعة خطط الخدمة

ينبغي أن تكون الخطط الإستراتيجية أو السنوية للخدمة عبارة عن وثائق نشطة وفعّالة تُستخدم لإدارة الخدمة، ويراجعها مجلس الإدارة وفريق إدارة الخدمة بانتظام. ولا ينبغي أن تكون الوثائق مهملة.

لتمكين مراقبة ومراجعة الخطط، يتعين على خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول الاتفاق على البيانات والمعلومات المطلوبة لتقييم نجاح الخطط والتحديات أو الصعوبات التي تواجهها وأسبابها. قد تكون بيانات مراقبة الأداء، والبيانات المالية، وبيانات النتائج، وملاحظات المرضى والموظفين مفيدة لمراجعة الخطط. ومن الأفضل أن تكون البيانات والمعلومات متاحة سنوياً لمراجعة الخطط الإستراتيجية، وربع سنوياً لمراجعة الخطط السنوية، وشهرياً (أو في حال التعرف على مخاطر) لمراجعة خطط إدارة المخاطر.

قد تكون بيانات المراقبة والأداء مطلوبة أيضاً لممولي الخدمة لتلبية المتطلبات أو التوقعات التعاقدية، أو لأغراض ضمان الجودة الداخلية أو الخارجية.

2.3 إدارة الموارد المالية

أ. إدارة الموارد المالية

تُعد إدارة الموارد المالية جزءاً أساسياً من إدارة خدمات علاج الإدمان. يجب تصميم الخدمات وتقديمها ضمن حدود التمويل المتاح، وأن يكون لديها دخل كاف لتلبية متطلبات تقديم الخدمات المخطط لها. وإلا، فقد لا يكون لديها دخل كاف للاستدامة. نادراً ما يكفي التمويل لتلبية جميع الاحتياجات المحلية.

تختلف الأوضاع المالية باختلاف أنواع الخدمات والبلدان، مما يتطلب تصميم التخطيط المالي بما يتناسب مع متطلبات الخدمة.

- تُعتبر بعض خدمات علاج الإدمان جزءاً من منظمة أكبر، مثل مستشفى أو شبكة خدمات أكبر، وقد لا تكون المسئولية المالية مُفوضة من المنظمة الأم. أو قد يكون لديها ميزانية مُفوضة جزئياً لبعض عناصر الخدمة فقط. وقد تتحمل خدمات أخرى المسئولية الكاملة عن الإدارة المالية.

- قد تُمول بعض الخدمات من قبل جهة تمويل واحدة، مثل دائرة حكومية أو جهة مانحة، بموجب عقد واحد. وقد يكون لدى خدمات أخرى جهات تمويل وعقود متعددة.

- قد تتلقى بعض الخدمات تمويلًا بموجب ترتيبات التأمين الصحي للمرضى الأفراد. قد يكون هذا الأمر معقدًا، وقد يتطلب من مقدمي الخدمات العمل مع عدد من شركات التأمين المختلفة في التعريفات ومتطلبات إعداد التقارير.

- قد يتم تمويل بعض الخدمات من خلال مجموعة من منح التمويل لجوانب مختلفة من الخدمة، أو من قبل المرضى الأفراد (المرضى الذين يدفعون بأنفسهم أو عن طريق التأمين الصحي).

- قد تتعاقد بعض خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول من الباطن على عناصر من الخدمات، مثل عقود التنظيف، وتتطلب هذه العقود من الباطن أيضًا إدارة مالية.

- قد يُطلب من خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول تقديم تدخلات أو علاجات محددة بتكلفة أو مستوى تمويل متفق عليه لكل مريض أو «تكلفة الوحدة» لكل حلقة علاجية. قد يتطلب هذا إجراءات ونظامًا مفضلًا لإدارة دورة الإيرادات، خاصةً إذا تم تمويل الخدمة من خلال التأمين الصحي للمرضى الأفراد.

- معظم الممولين يشترطون الالتزام بمتطلبات إعداد التقارير المالية (ومقاييس الأداء) التي قد يتم تحديدها في العقود أو مواصفات الخدمة.

- قد يكون لدى الدول أو المناطق المحلية أيضًا أطر قانونية ولوائح تتعلق بكيفية إدارة الخدمات لأموالها والإبلاغ عنها - وقد يختلف هذا وفقًا لما إذا كانت الخدمة «غير ربحية» أو خيرية، أو خدمة قانونية أو حكومية، أو خدمة خاصة أو «ربحية».

ومهما كانت الترتيبات، فمن الجيد وجود آليات واضحة لضمان عمل جميع الخدمات ضمن الميزانيات.

ب. التخطيط المالي

يُنصح بأن يكون لدى الخدمات إستراتيجية مالية تُخطط للسنة الحالية، ويُفضل للسنوات الثلاث المقبلة. وعادةً ما تكون هذه العملية جزءًا من عمليات إدارة الأعمال أو التخطيط الإستراتيجي الموضحة سابقًا.

إذ تُتيح عملية التخطيط المالي الفرصة للتركيز على الدخل المتاح أو الذي سيكون متاحًا، والخدمات التي سيتم تقديمها، والموارد التي يجب تخصيصها، وعوامل الخطر الموجودة،

بما في ذلك فقدان الدخل. من الضروري عدم المبالغة في تقدير الدخل المحتمل أو التقليل من تكاليف تقديم الخدمة. من أسباب إغلاق خدمات علاج المخدرات والكحول عدم القدرة على تأمين موارد كافية أو ضعف التخطيط المالي.

كما تقع على عاتق فرق إدارة الخدمات ومجالس الإدارة مسئولية ضمان استخدام الموارد ومراقبتها بشكل مناسب.

وكذلك، ينبغي وضع أنظمة مالية تسمح بتقدير تكاليف التدخلات أو علاج المرضى. كما ينبغي اعتماد الميزانيات السنوية للسنة المالية من قبل المدير الأعلى ومجلس الإدارة. ويُفضل أن تتم مراقبة الشؤون المالية شهريًا من قبل فريق الإدارة، وكل ثلاثة أشهر على الأقل من قبل مجلس الإدارة. وهذا يسمح بتتبع الإيرادات والنفقات بدقة مقارنة بالميزانيات، والاستجابة المبكرة للظروف المتغيرة.

وينبغي أن تمتلك الخدمة أيضًا مجموعة من السياسات والإجراءات المعتمدة لإدارة المالية، بما يتوافق مع القوانين واللوائح المالية، وتراجع بانتظام.

ج. المتطلبات المالية الرئيسية لأفضل الممارسات

- إستراتيجية مالية واقعية تتوافق مع الخطة الإستراتيجية أو السنوية للخدمة.

- ميزانية سنوية لتوجيه تقديم الخدمات وممارساتها. ينبغي أن تُحدد جميع عناصر الإيرادات والنفقات المتوقعة، وأن تخضع لمراجعة ربع سنوية على الأقل من قِبَل مجلس الإدارة.

- مراجعة شهرية للإيرادات والنفقات وللكتشوفات المالية لعملية التشغيل من قِبَل فريق إدارة الخدمة.

- تحديد واضح لتكلفة كل وحدة مُحددة من وحدات تقديم الخدمة - بهدف الانتقال إلى نظام يُحدد تكاليف جلسات علاج المرضى (تكلفة الوحدة).

- إستراتيجية تسعير لحزم عناصر العلاج أو مجموعات المرضى المختلفة. ينبغي أن يضمن ذلك توافق التسعير مع التعريفات المحلية أو الوطنية أو تعريفات التأمين.

- إذا كان التأمين هو مصدر الدخل الأساسي، فسيحتاج مدير الخدمة إلى توضيح ما ستموله شركات التأمين وما لا تموله، وما إذا كان المرضى مسئولين عن «الدفع الجزئي» أو «الرسوم الإضافية».

المربع 6: المعايير المتعلقة بالإدارة المالية

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (M2) ينص على أنه: يجب أن تعمل الخدمة وفقاً للإجراءات المالية المعمول بها.

المعيار:

أ) يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات محددة لإدارة وإعداد تقارير عن الموارد المالية المخصصة لتشغيل الخدمة وتطويرها.

ب) يجب أن تخصص الخدمة ميزانية لعملها وتقديم خدماتها وفقاً للخطة المكتوبة.

الوثائق:

أ) كشوفات الإجراءات المالية، معلومات من المدراء والقادة.

ب) ميزانية محددة لفترة زمنية محددة، مثل: سنوية، دليل على أن الميزانية تتوافق مع الخطة والمعلومات المتلقاة من المدراء والقادة.

ج) التقارير المالية، يجب أن تتوافق مع المعلومات المتلقاة من المدراء والقادة.

ملاحظات:

المعيار (M2) الفقرة أ: قد تشمل الإجراءات المالية: شراء السلع أو المعدات أو المقاولين؛ دفع رواتب الموظفين والفواتير والمرافق؛ الاحتفاظ بسجلات المعاملات المالية؛ إدارة "الصندوق الصغير"؛ إجراءات رسوم المرضى (إن وجدت)؛ إلخ.

المعيار (M2) الفقرة ب: يُعد وجود ميزانية حالية للخدمة ممارسة جيدة ومطلوبة في العديد من البلدان.

المعيار (M2) الفقرة ج: التقارير المالية "المنتظمة" قد تكون سنوية أو ربع سنوية أو شهرية، وذلك حسب نوع الخدمة ومتطلبات إدارتها/مجلس إدارتها/هيئات تمويلها.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM3): يجب أن تمتلك الخدمة موارد وإجراءات مالية مناسبة بما يحقق الإدارة المالية.

المعيار

أ) يجب أن تمتلك الخدمة ميزانية كافية لتحقيق خطتها، وتقديم تقارير منتظمة عن النفقات (إلى مجلس الإدارة أو فريق الإدارة العليا).

ب) يجب أن تمتلك الخدمة إجراءات مالية راسخة.

ج) في حال فرضت الخدمات رسوماً على المرضى مقابل العلاج، يجب توضيح الرسوم لهم قبل بدء العلاج.

الوثائق:

المستندات المتعلقة بالخدمة، وميزانياتها، وتقاريرها المالية المقدمة إلى مجلس الإدارة أو فريق الإدارة العليا، ومقابلة المدير.

ينبغي أن تكون الأنظمة المالية مدعومة بالمبادئ التوجيهية والسياسات والإجراءات المالية التي يعرفها الموظفون المعنيون وأن يخضع للمراقبة. وقد تشتمل على:

- تسجيل الإيرادات والنفقات (داخلياً) وإعداد التقارير المالية للجهات الممولة.
- تسجيل واستلام المدفوعات.
- إيداع النقد والشيكات.
- الموافقة على رواتب الموظفين.
- دفع رواتب وبنفقات الموظفين.
- دفع رواتب المتطوعين (النفقات، إلخ).
- دفع رواتب ممثلي المرضى أو أنشطة مشاركة المرضى (إن وجدت).
- دفع رواتب أعضاء مجلس الإدارة أو المجلس الاستشاري (إن وجدت).
- دفع مساهمات الموظفين مثل الضرائب والتأمين والمعاشات التقاعدية.
- دفع الضرائب (إن لزم الأمر).
- معالجة تأمين المرضى للتدخلات العلاجية (إن لزم الأمر).
- تحديد أسعار وإجراءات الموافقة على رسوم المرضى وفرضها وتحصيلها (إن وجدت).
- إدارة دورة الإيرادات.
- التعاقد ودفع تأمين المسؤولية (إن لزم الأمر).
- التعاقد ودفع مستحقات المقاولين من الباطن.
- التعامل مع «المصروفات النثرية».
- التبرعات - ضمان تسجيل الأموال أو السلع المقدمة كتبرعات واستخدامها للغرض المخصص لها.
- إدارة الحوادث المتعلقة بالإدارة المالية، مثل السرقة والاحتيال، وما إلى ذلك.
- تدقيق الحسابات.

بالإضافة إلى ذلك، قد يُطلب من بعض أنواع الخدمات في بعض البلدان تدقيق حساباتها أو تقاريرها المالية السنوية من قبل مدققين ماليين خارجيين، أو اعتمادها.

2.4 إدارة العقود والتعاون مع الممولين

كما هو موضح أعلاه، يمكن تمويل خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول بطرق متنوعة، حيث يعتمد بعضها على مصدر تمويل واحد، بينما يعتمد البعض الآخر على مصادر تمويل متعددة، أو من خلال ترتيبات معقدة تتضمن شركات تأمين صحي للمرضى. بالنسبة لبعض الخدمات، يكون تمويلها جزءاً لا يتجزأ من مؤسسة أكبر، مثل خدمات الصحة النفسية أو المستشفيات.

فمن الممارسات الجيدة لأي مدير خدمة أن يبني ويحافظ على علاقة عمل إيجابية ويديرها بفعالية مع المؤسسة أو المؤسسات التي تمول الخدمة. سواء كانت مؤسسة مضيضة، مثل مجلس إدارة مستشفى، أو ممولين خارجيين، أو هيئات تأمين صحي، أو جهات مانحة.

من الناحية المثالية، تتضمن علاقة العمل الإيجابية هذه ما يلي:

- تعيين شخص مسؤول عن تمويل الخدمة أو العقد.
- توضيح المعلومات والبيانات المطلوبة من الممول وموعدها، بما في ذلك:
 - التقارير المالية.
 - تقارير مراقبة العقود.
 - تقارير وفقاً لمؤشرات الأداء الرئيسية المتفق عليها.
- المعلومات التي قد تكون مطلوبة في حال وقوع حوادث تُشكل خطراً على تقديم الخدمة، أو على المرضى، أو على سمعة الخدمة، مثل الشكاوى أو تقارير الحوادث.
- التواصل المنتظم والمُخطط له مع الجهة الممولة.
- اجتماعات مراقبة العقود، حيث يُمكن طرح القضايا ومناقشتها بطريقة مهنية. يُفضّل أن يكون الأداء الجيد للخدمة موضع ترحيب، وأن تُناقش المشاكل أو القضايا التي نشأت بطريقة تُركّز على إيجاد الحلول.
- الاتفاق المُسبق مع الجهة الممولة حول:
 - المعلومات التي قد تكون مطلوبة في حال وقوع حادث خطير، أو شكاوى من المرضى أو الموظفين، أو التغطية الإعلامية السلبية.
 - متى وما هي المعلومات الإضافية التي يجب مشاركتها، مثل تقارير ضمان الجودة أو التفتيش.

- إمكانية مناقشة فرص التمويل المستقبلية والتطورات المحتملة في الخدمات.
- الاتفاق مع الجهة الممولة على كيفية تقدير معلومات الخدمة ومواد الاتصال للجهة الممولة.
- البروتوكول الخاص بدعوة الجهات الممولة لحضور فعاليات الخدمة، مثل فعاليات توزيع الجوائز.

كما يمكن تطبيق مبادئ تعزيز العلاقات الإيجابية والتواصل المنتظم على الجهات المعنية الأخرى، مثل منظمات المجتمع المحلي.

انظر أيضاً المعيار PC4 الخاص بالعناية بالمرضى، والذي ينص على أنه: يجب أن تعمل الخدمة بالشراكة مع خدمات أخرى لتلبية احتياجات المرضى (صفحة 40).

ولكن، من النادر أن تمتلك أي خدمة علاج من المخدرات أو الكحول القدرة أو التمويل اللازم لتغطية كامل احتياجات المرضى المتنوعة والمعقدة في منطقة ما. لذلك، يُعدّ بناء وإدارة الشراكات بفعالية مع خدمات علاج المخدرات والكحول الأخرى، ومقدمي خدمات الصحة والرعاية الاجتماعية والعدالة الجنائية، أمراً بالغ الأهمية للمساعدة في تسهيل وصول المرضى إلى مجموعة من الخدمات الأخرى، وتيسيق العلاج أو التدخلات الحالية، وتعزيز العمل المشترك. سيتم تناول هذا لاحقاً في المعيار (PC4).

2.5 إدارة الموارد البشرية

تُعنى إدارة وتطوير الموارد البشرية (HR) بجميع جوانب توظيف الموظفين، بما في ذلك المتطوعين.

ويشمل ذلك كيفية استقطاب الموظفين وتوظيفهم وإدارتهم وتنظيمهم وتحفيزهم ومعاملتهم والإشراف عليهم وتقييمهم وتدريبهم ودفع رواتبهم. كما تُغطي ظروف عمل الموظفين ورفاهيتهم وأنظمة شؤون الموظفين وسجلاتهم.

من المرجح أن تتضمن إدارة الموارد البشرية الناجحة ما يلي:

- استقطاب وتطوير وتحفيز الموظفين والمتطوعين لتحقيق رسالة الخدمة.
- وضع الهيكل التنظيمي ومناخ إداري يتطور ويعزز التعاون والالتزام في جميع أنحاء الخدمة.
- ضمان عمل الموظفين بما يتماشى مع قيم الخدمة، ومعالجة أي سلوك أو تصرف ينتهك حقوق المرضى الإنسانية أو كرامتهم أو احترامهم على وجه السرعة.

- تحقيق أقصى استفادة من مهارات وقدرات جميع الموظفين والمتطوعين.
- ضمان وفاء الخدمة بالمسؤوليات القانونية والمطلوبة تجاه الموظفين والمتطوعين، وخاصةً فيما يتعلق بظروف العمل وجودة الحياة العملية.

أ. هيكل الإدارة والتوظيف

يجب أن يُسهّل هيكل الإدارة والتوظيف الجيد إدارة العمليات، والعلاج الفعال القائم على الأدلة العلمية، ومراقبة الخدمة بما يتماشى مع خطة الخدمة.

يجب أن يكون لدى الخدمة خطوط واضحة للمساءلة والإدارة واتخاذ القرارات والتواصل، وأن تكون معروفة لجميع الموظفين. يجب أن يكون التسلسل الهرمي لإدارة الموظفين واضحًا وشفافًا.

يجب أن يكون جميع الموظفين على دراية واضحة بدورهم وواجباتهم، ومستوى الكفاءة المطلوب منهم لأداء عملهم، والسلوك والتصرفات التي تتوقعها الخدمة منهم.

كما يجب أن تكون هناك مجموعة شاملة من السياسات والإجراءات التي تحكم إدارة الموارد البشرية، وأن تكون معروفة ومتاحة لجميع الموظفين. يجب أن تتوافق هذه التوجيهات مع معايير الدولة وتشريعاتها ولوائحها وتوجيهات المجموعات المهنية، ويجب مراجعتها بانتظام. من المصادر المفيدة لمنسوبي الخدمة أن يكون هناك كتيب إرشادي للموظفين والمتطوعين، وأن يكون متاحًا للجميع.

فريق العمل

يجب على الخدمة ضمان امتلاك كل موظف (وفريق العمل ككل) للمهارات والمعرفة والخبرة والسلوكيات اللازمة للاستجابة لاحتياجات المرضى وتقديم تدخلات علاجية موجهة نحو التعافي، ورعاية فعالة قائمة على الأدلة العلمية.

كما يجب أن يكون الفريق متوازنًا بشكل مناسب فيما يتعلق بالعرق والإثنية والجنس واللغة والتنوع. في العديد من البلدان، من المتوقع أن يعكس فريق العمل، جزئيًا على الأقل، الفئات السكانية المستهدفة من المرضى.

ففي خدمة علاج الإدمان المتخصصة، يُعدّ وجود فريق عمل متعدد التخصصات الخيار الأمثل - حسب نطاق الخدمة أو مواصفاتها. تُوصي الإرشادات الدولية بتوفير علاج مُوجّه نحو التعافي. يشمل ذلك عادةً تقديم الدعم المتبادل بين

المربع 7: المعيار (3M): يجب أن تدير الخدمة مواردها البشرية بكفاءة لتقديم علاج فعال ورعاية ملائمة.

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار:

المعيار (3M) الفقرة أ: يجب أن يتوافق هيكل التوظيف لدى جهة تقديم الخدمة مع اللوائح الوطنية أو خطة الخدمة الحالية

الوثائق:

مستندات مكتوبة حول تخصيص الموارد البشرية.

معلومات عن نسب الموظفين/المرضى أو عن عدد الحالات من المدراء والقادة.

ملاحظات:

قد تختلف متطلبات أعداد الموظفين والتخصصات من دولة لأخرى. تُحدد بعض الدول الموظفين المطلوبين لمختلف خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات المتخصصة. إذا لم تكن توقعات الموظفين واضحة، فيجب الاتفاق على التقييم مسبقًا من قبل فريق ضمان الجودة والخدمات. يجب على المقيمين تدوين ملاحظات حول أعداد المرضى والحضور اليومي، ونوع الخدمات (مرضى خارجيون/مرضى داخليون/مرضى مقيمون)، وأعداد الموظفين (في الموقع وتحت الطلب)، والخلفية المهنية (المديرون، الإدارة، موظفو الاستقبال، الأطباء، الممرضات، أخصائيو علم النفس، المستشارون، المتطوعون، إلخ).

انظر أيضا:

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (CDONU): معايير الإدارة الأساسية

المعيار (CM5): يجب أن تُدير الجهة مواردها البشرية لتوفير علاج فعال

المعيار

المعيار (CM5) الفقرة أ: تمتلك الجهة كوادر كافية لتلبية خطتها أو المتطلبات الوطنية

الأقران والمساعدة المتبادلة من قبل موظفين أو متطوعين ذوي «خبرة تعافي مُعاشة» من اضطرابات تعاطي المواد المسببة للإدمان. في الواقع، يُمكن أن يكون وجود موظفين و/أو متطوعين أكفاء، ممن يُمثلون نماذج واضحة لأشخاص في طور التعافي من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، مصدر إلهام وأمل للمرضى.

ب. التوظيف والاختيار

في الأسابيع أو الأشهر الأولى من التوظيف، يُنصح بتقديم ما يلي:

- تدريب تمهيدي أو توجيهي للموظفين الجدد.
- فترة اختبار للموظفين الجدد. تتراوح هذه الفترة عادةً بين ثلاثة وستة أشهر، ويُتوقع من الموظفين إثبات كفاءتهم خلال هذه الفترة قبل الحصول على عقد طويل الأجل. يجب أن تتضمن مراجعات فترة الاختبار معايير واضحة للنجاح.

ج. إدارة الموظفين والإشراف عليهم وتقييمهم

1) إدارة الموظفين

يجب أن يخضع جميع الموظفين لإدارة نشطة من قبل مديرهم المباشر لضمان أدائهم ودعمهم في أدوارهم. كما يجب على المدراء والقادة تشجيع وتحفيز الفرق والأفراد على زيادة مشاركة الموظفين ومساعدتهم على الشعور بالتقدير. يُعدّ الاجتماع مع مديرهم المباشر وتلقي الإشراف المنتظم عنصرين أساسيين في إدارة الموظفين وتحفيزهم ودعمهم وتطويرهم.

2) الإشراف على الموظفين

من الممارسات الجيدة أن يحصل الموظفون على إشراف فردي منظم يدعمهم في عملهم وفي تطوير ممارساتهم وتحسينها. قد يكون الإشراف شرطاً أساسياً لبعض التخصصات المهنية، مثل الممرضين أو المرشدين، للحفاظ على المتطلبات المهنية للممارسة.

كما ينبغي أن يكون لدى الخدمات سياسة إشراف مكتوبة تُحدد نوع ومحتوى وتكرار الإشراف على مختلف تخصصات الموظفين. جميع الموظفين بحاجة إلى الإشراف، ويختلف محتوى الإشراف باختلاف الأدوار. على سبيل المثال، قد يتلقى الموظفون الإداريون إشرافاً يتعلق بالعمل الإداري الذي يؤديه، وخدمة العملاء، وكيفية تعاملهم مع الزملاء، وقيم الخدمة. يجب أن يتلقى الموظفون الذين يقدمون العلاج والرعاية للمرضى أو الطاقم السريري (مثل المعالج الرئيسي، أو مدير الحالة، أو الممرض، أو الطبيب، أو المرشد، أو الأخصائي النفسي) إشرافاً سريرياً فيما يتعلق بعملهم مع المرضى - لضمان ممارسة أخلاقية قائمة على الأدلة العلمية (ويفضل أن يكون ذلك من قبل صاحب خبرة من نفس التخصص). كما يمكن الإشراف على أدائهم ضمن فريق، وواجباتهم الإدارية مثل تدوين ملاحظات المرضى، وما إلى ذلك. قد يتلقى الطاقم السريري أيضاً إشرافاً جماعياً فيما يتعلق بالمرضى أو التدخل العلاجي مع طبيب استشاري.

ينبغي على الخدمة وضع إجراءات فعّالة والحفاظ عليها لضمان قدرتها على استقطاب وتوظيف موظفين يتمتعون بالمهارات والمعرفة والخبرة والقيم والدوافع المناسبة.

تشمل الممارسات الجيدة في التوظيف والاختيار وجود أوصاف وظيفية واضحة، ومواصفات شخصية، وحزم رواتب لكل دور. في بعض الدول، يكون هناك إطار وطني للمهارات الوظيفية اللازمة وسلم للرواتب - وخاصةً للموظفين المهنيين مثل الممرضين، والأخصائيين النفسيين، والأطباء.

ينبغي أن يكون لدى الخدمة صيغ وإجراءات واضحة للإعلان عن الوظائف.

فيما يتعلق باختيار الموظفين، ينبغي أن يكون لدى الخدمة إجراءات محددة حول كيفية اختيار الموظفين وكيفية جمع المعلومات لإثبات كفاءتهم وسلامتهم لأداء عملهم (بما يتماشى مع معايير وقوانين الدولة). قد تشمل إجراءات اختيار الموظفين ما يلي:

- كيفية التقدم للوظيفة (عادةً عن طريق تعبئة طلب أو تقديم سيرة ذاتية ومستندات داعمة).
- ما هي «الأوراق» أو إثبات التعليم والتدريب المطلوب من المرشحين (التحقق من المؤهلات، والشهادات، أو إثبات الكفاءة، إلخ).
- إجراءات شفافة لاختيار المرشحين، بما في ذلك معايير اختيار واضحة، وإجراءات المقابلات (ومن هم أعضاء لجان المقابلات)، و«متطلبات اختبار» التوظيف، مثل فحص المعرفة أو المهارات المطلوبة، واتخاذ القرارات وتسجيل نتائج المقابلات لملاحظات المرشحين أو في حالة وجود أي اعتراض.
- عملية جمع المراجع للمرشحين.
- الحصول على تصاريح أمنية أو فحوصات قانونية من السلطات للموظفين المحتملين.

يجب أن تتبع سياسات الخدمة قوانين ولوائح الدولة المتعلقة بالتوظيف، مثل تشريعات تكافؤ الفرص. يجب على جميع الموظفين المحتملين استيفاء متطلبات الإقامة والتوظيف في الدولة (خاصةً إذا كان المرشح مواطناً قانونياً لدولة أخرى).

بمجرد التوظيف، يجب أن يكون لدى كل موظف عقد عمل مع صاحب العمل بشروط وأحكام واضحة (بما يتماشى مع القوانين والأعراف المحلية).

تستغرق جلسات الإشراف عادةً حوالي ساعة واحدة، ويوصى بأن تكون بشكل شهري كحد أدنى. يجب تدوين محاضر جلسات الإشراف والاتفاق عليها رسمياً بما يحقق مصلحة المشرف والموظف.

لذا، يشمل الإشراف الفعال ما يلي:

- إشراف منتظم يتماشى مع سياسة الخدمة (ويفضل أن تكون الجلسات شهرية لمدة ساعة تقريباً مع مدير الموظف أو المشرف).
- إشراف إداري فيما يتعلق بالوصف الوظيفي والعمل الجماعي وقيم الخدمة.
- إشراف سريري (لمن يقدمون العلاج والرعاية للمرضى).
- يجب الاتفاق على محاضر جلسات الإشراف مع تدوين الإجراءات. ويجب تقديم هذه المحاضر للموظف في أقرب وقت ممكن بعد الإشراف.
- يجب أن يكون المشرفون مدربين ومؤهلين للإشراف على الموظفين الذين يشرفون عليهم.

3) تقييم الموظفين

تهدف تقييمات الموظفين إلى تقييم ومراجعة أداء الموظفين وفقاً لوصف وظائفهم، في نقاط متفق عليها، لتحقيق أقصى قدر من الفعالية؛ والاتفاق على خطط تطوير فردية للموظفين؛ وتطوير إمكاناتهم. يجب أن يكون لدى الخدمات سياسات لتقييم الموظفين يتم إبلاغها لجميع الموظفين وفهمها من قبلهم. يجب أن يركز نظام تقييم الموظفين الفعال على ما يلي:

- أن يكون مدعوماً بسياسة تقييم الموظفين.
- أن تكون تقييمات الموظفين عادلة وشفافة، حيث يُقدم الموظف والمدير ملاحظات حول أدائه في المجالات الرئيسية لدوره.
- أن يكون مُطلعاً على بيانات الحضور والأداء، إن وُجدت.
- مراجعة الإنجازات منذ آخر تقييم، والتأكد من تحقيق الأهداف المحددة.
- تحديد متطلبات التدريب والتطوير للموظفين، وكيفية تحقيقها. ومن الأفضل أن يكون لكل موظف خطة تدريب فردية بعد التقييم.
- يجب أن يُجري التقييمات موظفون مُدربون على نظام تقييم الخدمة.

المربع 7: المعيار (3M): يجب أن تدير الخدمة مواردها البشرية بكفاءة لتقديم علاج فعال ورعاية ملائمة.

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (M2) ينص على أنه: يجب أن تعمل الخدمة وفقاً للإجراءات المالية المعمول بها.

المعيار:

المعيار (M3) الفقرة ب: يجب أن تضمن الخدمة كفاءة الموظفين وحصولهم على التعليم والتدريب اللازمين.

الوثائق:

سجلات الموظفين، مثل مؤهلاتهم وشهاداتهم وسجلات تدريبهم. معلومات من المدراء والقادة والموظفين.

ملاحظات:

يُعرّف مصطلح "كفاءة الموظفين" بأنه "المهارات والخبرة و/أو المؤهلات/الشهادات اللازمة لأداء وظيفة ما". قد تختلف متطلبات كفاءة الموظفين من بلد إلى آخر. يتجاوز التقييم المباشر لمهارات الموظفين وخبراتهم أهداف هذه الأداة. يتم تقييم كفاءة الموظفين من خلال عمليات تدقيق سجلات الموظفين.

المعيار:

المعيار (M3) الفقرة ج: يجب أن يتلقى الموظفون إشرافاً ودعماً فنياً وشخصياً بانتظام.

الوثائق:

وثائق أو بروتوكولات للإشراف والدعم المنتظم للموظفين. تدقيق سجلات الموظفين للإشراف والدعم.

معلومات من المدراء والقادة والموظفين.

ملاحظات:

يعكس هذا المعيار توقع الإشراف المنتظم (شهرياً مثلاً) ودعم الموظفين الذين يقدمون العلاج أو التدخلات المباشرة للمرضى.

انظر أيضاً:

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM5): يجب أن تُدير الجهة مواردها البشرية لتوفير علاج فعال.

• المعيار (CM5) الفقرة ب: يجب ضمان كفاءة الموظفين في أداء واجباتهم.

• المعيار (CM5) الفقرة ج: يجب أن يتلقى الموظفون الذين يقدمون التدخلات السريرية أو النفسية الاجتماعية إشرافاً وتدريباً وتطويراً منتظماً لضمان الكفاءة ومنع الإرهاق.

د. إستراتيجية تدريب الخدمات

من الناحية المثالية، ينبغي للخدمات وضع إستراتيجية أو خطة تدريب على مستوى المؤسسة للعام المقبل، بناءً على تحليل احتياجات التدريب والتطوير لفريق الموظفين والمتطوعين بأكمله. وينبغي أن يرتبط ذلك أيضًا بخطة عمل الخدمة مع أهداف مؤشرات الأداء الرئيسية (حسب الحاجة).

ستُرسخ الروابط بين نظام تدريب الموظفين والإشراف والتقييم والتدريب والتطوير في احتياجات الموظفين المحددة بوضوح.

قد يُقدم بعض التدريب والتطوير «داخليًا» من قبل موظفين كبار وكفؤين، ولكن قد يلزم الاستعانة بمصادر خارجية للبعض الآخر.

ينبغي مراعاة المتطلبات المختلفة لفئات الموظفين المختلفة في الإستراتيجية، مثل المدراء والقادة والإداريين وموظفي البيانات والطاقتم الطبي والمتطوعين وموظفي الاستقبال والأمن (إذا كانوا جزءًا من الخدمة).

ينبغي تخصيص موارد مالية كافية للتدريب وتطوير الموظفين في ميزانية الخدمة.

تتضمن إستراتيجية أو خطة التدريب الفعالة ما يلي:

- بيان الأولويات.
- الالتزام بضمان كفاءة الموظفين في جميع الأدوار.
- نظام واضح لتحديد متطلبات تدريب وتطوير الموظفين.
- الربط بين تقييم الموظفين والتدريب والتطوير.
- تحديد طبيعة التدريب والتطوير الذي سيتم تقديمه خلال العام، بما في ذلك: ما إذا كان التدريب داخليًا أو خارجيًا، وعبر الإنترنت أو حضوريًا، والأعداد المتوقعة؛ وما سيتم تقديمه لمجموعات الموظفين المختلفة.
- كيفية دمج التدريب في الممارسة العملية (على سبيل المثال، المراقبة والإشراف، إلخ).
- ميزانية للتدريب والتطوير.
- كيفية مراقبة خطة إستراتيجية التدريب ومراجعتها في العام التالي.

ه. رفاهية الموظفين

تشير الإرشادات الدولية إلى أن تقديم خدمات علاج الإدمان قد يكون مرهقًا للموظفين، وقد يرتبط بمستويات

أعلى من «الإرهاق» وانخفاض معدلات الاحتفاظ بالموظفين. بالإضافة إلى ذلك، قد تضم خدمات علاج الإدمان أيضًا موظفين ومتطوعين لديهم «خبرة عملية» في اضطرابات تعاطي المخدرات، وقد يكونون أكثر عرضة للإرهاق أو أكثر عرضة للإصابة بمشاكل صحية كامنة.

لذلك، يُعدّ تعزيز الصحة والرفاهية بشكل فعال ضمن فريق العمل ممارسة جيدة. كما يُمكن أن تُفيد مبادرات الصحة والرفاهية على مستوى الخدمة كلاً من الموظفين والمرضى. كما يُمكن أن تُعزز مبادرات تحسين الصحة والرفاهية علاقات علاجية أفضل إذا أدرك المرضى أن الموظفين يسعون أيضًا إلى تحسين صحتهم البدنية والعقلية وقدرتهم على التكيف من خلال مبادرات مثل زيادة التمارين الرياضية؛ والحد من السمنة؛ والإقلاع عن التدخين؛ وما إلى ذلك.

ومن الممارسات الجيدة، في هذا الصدد، أن تُطوّر خدمات علاج الإدمان، بالتشاور مع الموظفين، خططًا سنوية للصحة والرفاهية. يُمكن أن يكون ذلك بسيطًا كتفديد جلسة تمارين أسبوعية ممتعة للموظفين، أو برنامج للإقلاع عن التدخين، أو برنامجًا مُوسّعًا مثل مبادرة «خمس طرق للرفاهية» القائمة على الأدلة العلمية على مستوى الخدمة (انظر قسم المراجع).

و. صحة وسلامة الموظفين، والتأمين، والمسئولية القانونية

تتحمل جهة تقديم الخدمات مسئولية رعاية الموظفين (وكذلك المرضى) لضمان الصحة والسلامة في العمل. وقد يتضمن ذلك تطبيق جهة تقديم الخدمات لسياسات وممارسات يجب على الموظفين الالتزام بها. قد تشمل سياسات وإجراءات الصحة والسلامة ما يلي: النظافة ومكافحة العدوى؛ والسلامة من الحرائق؛ العمل التوعوي أو سياسات العمل الفردي، والوقاية من الحوادث الخطيرة أو المؤسفة، وما إلى ذلك.

كما ينبغي على جهة تقديم الخدمات ضمان حصولها وموظفيها على التأمين و/أو تغطية المسئولية أو التعويض المهني التي تتطلبها الدولة أو المنطقة المحلية.

ز. إدارة تظلمات الموظفين، وشكاواهم، والإبلاغ عن المخالفات.

ينبغي أن يكون الموظفون قادرين على إبداء أي مخاوف أو شكوى (دون تحيز) بشأن ممارسات الخدمة إذا رأوا أنها غير أخلاقية أو سيئة أو مثيرة للقلق. لذلك، ينبغي أن يكون لدى الخدمة سياسة ثابتة للموظفين للإبلاغ عن مخاوفهم عبر مديريهم، أو «سياسة للإبلاغ عن المخالفات» إذا شعروا بتورط المدير أو إذا رغبوا في عدم الكشف عن هويتهم.

- الاستغناء عن الخدمة إذا لم تعد هناك حاجة إلى دور ما أو إنهاء عقد الخدمة.
- التقاعد من الوظيفة بسبب بلوغ الحد الأقصى لسن العمل.
- إنهاء الخدمة بسبب ضعف الأداء أو مسألة تأديبية.

ينبغي أن يكون لدى الخدمة سياسات وإجراءات واضحة لإنهاء خدمة الموظفين، ويجب توضيحها لجميع الموظفين في بداية عقود العمل. يجب أن تشمل هذه السياسات: حزم المكافآت (إن وجدت)، ومدفوعات تعويضات نهاية الخدمة؛ وتوفير مراجع لأصحاب العمل المستقبليين؛ والمعدات التي بحوزة الموظفين، إلخ.

ي. المتطوعون

ينتشر استخدام المتطوعين في خدمات علاج الإدمان على نطاق واسع في العديد من البلدان. يمكن للمتطوعين أن يقدموا مجموعة واسعة من المهارات وأن يكونوا مورداً إضافياً للخدمة. يمكنهم توسيع نطاق تقديم الخدمة، وزيادة مستوى نطاق التدخلات المقدمة، ويمكن أن يكونوا قدوة إيجابية في «التعافي للموس» إذا كانوا «خبراء تعافي بالخبرة» من اضطرابات تعاطي المواد المسببة للإدمان. كما يمكنهم المساعدة في جعل الخدمة أكثر فعالية من حيث التكلفة. مع ذلك، لا ينبغي استخدام المتطوعين بدلاً من أدوار الموظفين المحترفين والأجر المطلوب، بل ينبغي، إن أمكن، أن يكونوا إضافة إلى فريق الموظفين المطلوب.

من الممارسات الجيدة (والمطلوبة في العديد من الدول) أن يخضع المتطوعون للعديد من سياسات الموارد البشرية في الخدمة وأن يستفيدوا منها. قد يشمل ذلك: سياسات التوظيف؛ إجراءات «الموافقة» القانونية والسلامة؛ وجود «عقد» أو اتفاقية للتطوع؛ تعريف الموظفين وتدريبهم المستمر؛ الإشراف على الموظفين وإدارتهم وتقييمهم؛ الالتزام بسياسات وإجراءات الخدمة، وما إلى ذلك، وإنهاء دور التطوع.

يحتاج المتطوعون إلى التدريب والكفاءة اللازمة للقيام بدورهم، سواءً كانت وظيفة «الاستقبال والترحيب»؛ أو تقديم المرطبات للمرضى؛ أو إدارة مجموعات دعم الأقران أو المساعدة المتبادلة. كما يحتاج المتطوعون إلى الإشراف عليهم وإدارتهم من قبل الخدمة لضمان فهمهم لدورهم بوضوح، وتلقيهم الدعم والتدريب المناسبين، وأدائهم لدورهم (كما هو متفق عليه) وتصرفهم بشكل لائق. ينبغي أن يكون لدى الخدمة سياسات واضحة بشأن ما إذا كان يتم تعويض

إذا كان لدى أحد الموظفين شكوى بشأن كيفية معاملته من قبل الخدمة أو أي عضو آخر من الموظفين أو مدير أو فريق عمل، فقد يرغب في رفع هذه الشكوى على أنها «تظلم». يجب أن يكون لدى الخدمات سياسات واضحة لشكاوى الموظفين، بما في ذلك كيفية رفعها والتوسط فيها وعمليات التصعيد إذا تعذر حل المشكلات.

ح. إدارة الأداء الضعيف أو القضايا التأديبية

يُنصح بوضع سياسات وإجراءات لإدارة الموظفين الذين قد لا يؤدون عملهم بالمستوى المتوقع حسب الوصف الوظيفي أو خطتهم السنوية المتفق عليها في الإشراف والتقييم. بمجرد تحديد هذا السلوك، تتم مناقشته عادةً في جلسة إشراف أو تقييم للموظف (ما لم يكن حادثاً خطيراً يتطلب إجراءً فورياً). في هذه الظروف، يجتمع المدير أو المشرف عادةً مع الموظف لتحديد سبب ضعف الأداء واتخاذ خطوات لتصحيح ذلك وفقاً للسياسة. قد يشمل ذلك تدريباً أو إشرافاً إضافياً للموظف أو إجازة إنسانية في حال وجود ظروف قاهرة أو مشاكل شخصية. قد يكون من المفيد تخصيص فترة لمراقبة أداء الموظف مع تحديد أهداف واضحة لتحقيقها. إذا لم يتحسن الوضع، فقد ترغب الجهة المعنية في اتخاذ إجراء لإنهاء الخدمة بما يتماشى مع سياساتها.

كما يُنصح بأن تضع الجهات المعنية سياسات وإجراءات تغطي القضايا التأديبية للموظفين - حين يتصرف أحد الموظفين بطريقة لا تتوافق مع قيم أو قواعد أو سياسات أو إجراءات الخدمة. قد تكون هذه الأحداث عبارة عن حدث أو سلسلة من الأحداث، والتي بمجرد لفت انتباه الإدارة إليها، تؤدي إلى تحقيق (وفقاً لسياسة محددة). تُميز العديد من سياسات تأديب الموظفين بين مستويات القضايا التأديبية - حيث تستدعي بعض الأحداث الخطيرة للغاية (مثل إساءة معاملة مريض أو سرقة من الخدمة) الإيقاف الفوري عن العمل، وقد تؤدي إلى الفصل و/أو اتخاذ إجراء قانوني. هناك أحداث أخرى قد لا تكون خطيرة للغاية، ولكنها قد تؤدي إلى وجود «نتيجة تأديبية» في سجل الموظف، ويُطلب منه الخضوع لمزيد من المراقبة والإشراف و/أو التدريب.

ط. إنهاء الخدمة

هناك عدة طرق مختلفة يمكن للموظفين من خلالها إنهاء عقود عملهم. وقد يشمل ذلك:

- انتهاء عقد محدد المدة.

المتطوعين وكيفية ذلك - مثل نفقات السفر المدفوعة أو نفقات رعاية الأطفال لتمكينهم من التطوع.

من الممارسات الجيدة أن يكون هناك دليل أو كتيب للمتطوعين إذا كانت الخدمة تضم عددًا كبيرًا من المتطوعين، وكان لديها عضو مُرشَّح من الموظفين ليكون منسقًا ومديرًا للمتطوعين.

ك. توظيف الأشخاص ذوي خبرة التعافي من اضطرابات تعاطي المخدرات

تُوظَّف العديد من خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول أشخاصًا ذوي خبرة تعافي مع اضطرابات تعاطي المخدرات. ويُعدُّ توظيف الموظفين والمتطوعين ذوي خبرة التعافي المعاشة أمرًا قيمًا وفقًا للإرشادات الدولية، ويمكن أن يُشكِّل إضافةً قيمةً لفريق العمل، ويُقدِّم أمثلةً مُلهمةً وواضحةً على التعافي للمرضى. كما يُمكن أن يُساعد توظيف الأشخاص ذوي خبرة التعافي المعاشة في جعل خدمة علاج إدمان المخدرات والكحول أكثر تركيزًا على التعافي.

في العديد من الخدمات، يكون الموظفون أو المتطوعون ذوي خبرة التعافي المعاشة في مرحلة التعافي المستدام؛ وفي خدمات أخرى، قد يكونون لا يزالون في مرحلة العلاج أو في طور التعافي المبكر - حسب دورهم.

من حيث المبدأ، يجب أن يخضع الموظفون (والمتطوعين) ذوي خبرة التعافي المعاشة لنفس الشروط والأحكام والسياسات والإجراءات المطبقة على غيرهم من الموظفين (أو المتطوعين). يجب أن يكونوا قد خضعوا لعملية اختيار رسمية، وأن يكون لديهم توصيف وظيفي وعقود عمل، وأن يكونوا مؤهلين ومناسبين لوظيفة محددة. من المهم ملاحظة أن «خبرة التعافي المعاشة» في اضطرابات تعاطي المواد المخدرة لا تُؤهل الشخص لتقديم تدخلات علاجية من المخدرات أو الكحول دون تدريب. يجب أن يكون كل فرد من أفراد الطاقم الذي يقدم العلاج مدربًا وكفؤًا، ويفضل أن يكون مؤهلًا لما يتطلبه دوره، سواءً كان ذلك تقديم تدخلات نفسية واجتماعية (مثل الاستشارات) أو تدخلات دوائية أو تدخلات للحد من الضرر المحتمل لتعاطي المخدرات، مثل الحد من خطر الجرعة الزائدة. يجب أن يتلقوا نفس الإشراف والإدارة الممنوحة للموظفين الآخرين. إذا تم توظيف شخص لديه «خبرة التعافي المعاشة» لدعم الأقران، فيجب أن يكون مدربًا وكفؤًا في أسلوب دعم الأقران المستخدم في الخدمة (مثل برنامج «12 خطوة نحو التعافي»)، أو دعم الأقران القائم على العلاج المعرفي السلوكي، أو التدريب على التعافي، وما إلى ذلك).

المربع 8: معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (CDONU): معايير الإدارة الأساسية.

المعيار (CM5): يجب أن تُدير الجهة مواردها البشرية لتوفير علاج فعال.

المعيار:

المعيار (CM5) الفقرة د: يجب أن يكون لدى الجهة المقدمة للخدمات سياسات وإجراءات شاملة ومعتمدة للموارد البشرية تدعم إدارة فعالة للموارد البشرية الوثائق:

سياسات وإجراءات الموارد البشرية، وإثبات وضعها، ومقابلة المدير.

ملاحظات:

يمكن أن تشمل قائمة مراجعة سياسات وإجراءات الموارد البشرية للجهة ما يلي:

- التوظيف والاحتفاظ
- توصيف وظائف الجهة.
- هياكل رواتب الجهة.
- إدارة الموظفين والإشراف عليهم وتطويرهم.
- مراقبة أعباء عمل الموظفين.
- شكاوى الموظفين.
- الإجراءات التأديبية.
- شكاوى الموظفين.
- سياسة تعاطي الموظفين للمخدرات.
- سياسات التطوع.
- توظيف الأشخاص الذين لديهم "خبرة عملية" في اضطرابات تعاطي المخدرات.
- دليل الموظفين مع "مدونات قواعد السلوك".
- دليل المتطوعين.

المعيار:

المعيار (CM5) الفقرة هـ: يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لحفظ سجلات الموظفين.

الوثائق:

سجلات الموظفين، مقابلة المدير.

ملاحظات:

قد تكون سجلات الموظفين إلكترونية أو ورقية. يُفضل أن يكون لدى الجهة المعنية سجل لكل موظف يغطي: عملية التوظيف، والإدارة، والإشراف، والتقييم، والتدريب، وخطة التطوير الشخصي، والشكاوى أو المظالم، كما تؤكد "المعايير" (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) (UNODC) على ضرورة تسجيل القضايا المتعلقة بإساءة معاملة العملاء بالسجل.

توفر بعض الخدمات إشرافاً أو دعماً إضافياً للأشخاص ذوي «خبرة التعافي المعاشة». بعض الخدمات تشترط امتناع الموظفين أو المتطوعين ذوي «خبرة التعافي المعاشة» عن تعاطي المخدرات والكحول لفترة زمنية محددة، مثل سنتين. قد تكون خدمات أخرى أكثر مرونة. من المهم ألا تكون «القواعد» تعسفية، وألا تُشكّل عائقاً أمام التطوع أو فرص العمل المناسبة، وألا تكون تمييزية (مثل استبعاد الأشخاص الذين يتناولون أدوية علاجية للأفيون ممن يتمتعون بحالة صحية مستقرة). ينبغي أن يستند توظيف الأشخاص ذوي «خبرة التعافي المعاشة» إلى قدرتهم على أداء دور أو وظيفة محددة، ويُفضّل اتخاذ القرار بناءً على كل حالة على حدة.

ل: سياسة تعاطي الموظفين للمواد المخدرة (بما في ذلك منتجات التدخين والنيكوتين).

يُصحّ مقدّمو خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول بوضع سياسات تتعلق بتعاطي الموظفين للمواد المخدرة، وخاصة تعاطي المخدرات والكحول غير المشروعة أو المؤثرة على العقل في مرافق الخدمة. لا تسمح العديد من سياسات خدمات العلاج بتعاطي أو تقديم المخدرات أو الكحول غير المشروعة أو المؤثرة على العقل من قبل الموظفين أو المتطوعين (حتى لو كانت المخدرات أو الكحول قانونية في الدولة)، وقد يخضع هذا السلوك لإجراءات تأديبية.

م: أنظمة سجلات الموظفين

ينبغي أن يكون لدى جميع الخدمات نظام لحفظ سجلات الموظفين ونظام لإدارة المعلومات المتعلقة بهذه السجلات. قد يكون نظام السجلات ورقياً أو حاسوبياً. أياً كان النظام المستخدم، يجب أن يستند إلى سياسة تحدد: المعلومات التي تُحفظ؛ كيفية حفظها وضمان سريتها؛ كيفية تحديث السجلات؛ كيفية مشاركة المعلومات، ولمن وفي أي ظروف؛ مدة الاحتفاظ بالمعلومات المتعلقة بالموظفين وكيفية إتلافها عند عدم الحاجة إليها.

2.6 إدارة مرافق ومعدات الخدمة

أ. إدارة المرافق

تشمل إدارة خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول إدارة مرافق أو مباني الخدمات. قد تختلف متطلبات إدارة المرافق باختلاف أنواع الخدمات، مثل خدمات العيادات الخارجية مقابل وحدات إعادة التأهيل السكنية. وبالمثل، تختلف المتطلبات والمعايير القانونية والتنظيمية لإدارة مختلف أنواع المباني والمرافق في مختلف البلدان. من حيث

المبدأ، ينبغي أن تستوفي جميع خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول المتطلبات المحلية أو الوطنية، بما في ذلك متطلبات التسجيل والترخيص لنوع الخدمة.

يجب أن تتوفر في مبنى أي خدمة غرف ومساحات كافية لضمان تقديم علاج عالي الجودة لأعداد وأنواع المرضى الذين تعالجهم. ويشمل ذلك:

- أماكن دخول واستقبال.
- غرفة انتظار للمرضى.
- مساحة إدارية أو مكتبية، تشمل مساحة عمل الموظفين، وتخزين السجلات والوثائق السرية، واجتماعات الموظفين.
- غرف سريرية مناسبة للتقييم والعلاج الطبي.
- غرف فردية أو جماعية للتدخلات النفسية والاجتماعية
- دورات مياه و/أو حمامات.
- مطبخ أو ركن لتناول المرطبات للموظفين (والمرضى إن وجدوا).
- غرف نوم للمرضى في وحدات إعادة التأهيل الداخلي أو السكني.
- مساحة إضافية حسب وظيفة ونطاق الخدمة: على سبيل المثال، غرف صيدلية و/أو صرف الأدوية أو مساحة مخصصة للتدخلات الدوائية؛ غرف للتعليم والتدريب أو الأنشطة البدنية والمهنية - وخاصة في إعادة التأهيل السكني، ومساحة خارجية للأنشطة ومواقف السيارات، إلخ.

تُعد سهولة وصول المرضى والموظفين أمراً بالغ الأهمية، ويجب على الخدمة ضمان سهولة وصول فئات المرضى والموظفين المستهدفة إلى المرافق. يجب مراعاة ضمان سهولة وصول المرضى ذوي الإعاقة إلى الخدمة ومرافقها (الغرف والمراحيض وما إلى ذلك)، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من مشاكل في الحركة والبصر والسمع. لدى العديد من الدول قوانين ولوائح وإرشادات تتعلق بإمكانية الوصول إلى مباني الرعاية الصحية والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة، ويجب الالتزام بها (حسب الاقتضاء). وبالمثل، يجب أن تشير لافتات الخدمة لتوجيه الأشخاص حول المباني إلى الغرض من الغرف، ويجب أن تكون واضحة ومناسبة فيما يتعلق بلغات المرضى ومستويات معرفتهم بالقراءة والكتابة وما إلى ذلك (بما يتماشى مع التشريعات والمعايير المحلية أو الخاصة بالبلد).

يجب تصميم الخدمات بحيث تلبى متطلبات جنس المريض وعمره بما يتماشى مع معايير البلد، بما في ذلك مرافق دورات مياه منفصلة للجنسين (حسب الحاجة)، ومرافق أو غرف منفصلة للمرضى من مختلف الجنسين والأعمار (إذا كان ذلك مناسباً).

يمكن لخدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول أيضاً زيادة ملائمة المرافق من خلال ضمان أنها جذابة للمرضى ومصممة ومزينة ومُحافظ عليها لتشجيع الحضور من قبل المرضى (والموظفين) ويجب أن تعزز التعافي.

لضمان كفاءة الخدمة، يجب تنظيم تدفق المرضى خلال ساعات العمل لتحقيق توازن يمنع الاكتظاظ ويضمن الاستغلال الأمثل للمرافق. وبما أن إدارة تدفق المرضى هي عملية ديناميكية، فيجب أن تكون الخطط مرنة وقابلة للتعديل الفوري استجابةً لظروف استثنائية، كتجديد المباني أو تفشي الأوبئة (مثل كوفيد-19)، مع الالتزام التام بتوجيهات الصحة العامة المحلية.

يجب أيضاً إدارة المباني لتحقيق أقصى قدر من السلامة والأمان للمرضى والموظفين والمباني والمعدات نفسها. قد يشمل ذلك إدارة المرضى لتقليل مخاطر تعاطي المواد المخدرة والإمداد بها والعنف والإيذاء البدني أو اللفظي للمرضى والموظفين والإتلاف المتعمد للمباني وما إلى ذلك. يجب عرض قواعد الخدمة بوضوح وشرحها لجميع المرضى. يتطلب الأمن عادةً قفل الخدمة وتأمينها عند عدم استخدامها وتأمين المرافق ومحتوياتها. في بعض البلدان، تتطلب خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول موظفي أمن؛ في حالات أخرى، لا يُعتبر هذا ضرورياً. مهما كانت ظروف الخدمة، يجب أن يكون لديها سياسات وإجراءات مُعتمدة لضمان أمن المباني ومستخدامها.

انظر أيضاً: المعيار (P5) الذي ينص على: يجب أن تضمن الجهة التي تقدم الخدمة الامتثال بفعالية لمعايير النظافة، ومكافحة الحرائق والعدوى، وغيرها من أنواع الحماية من الحوادث الخطيرة. وكذلك فيما يتعلق بالصحة والسلامة، والنظافة البيئية، والتنظيف، ومكافحة العدوى.

أ. إدارة معدات الخدمة

يجب أن يكون لدى الخدمة سياسات وإجراءات مُعتمدة لضمان إدارتها لمعدات لضمان ملائمتها للغرض أو سلامتها وصلاحياتها للعمل. قد تكون المعدات سريرية، مثل: المعدات الطبية المستخدمة أثناء التقييم أو الفحص أو العلاج (الأجهزة الطبية، وأجهزة قياس ضغط الدم، والسماعات الطبية، وأجهزة الأكسجين، وأجهزة الشفط، وأرائك الفحص)؛ أو قد تكون معدات مُتعلقة بتعافي المرضى (مثل معدات الصالة الرياضية، ومعدات التدريب المهني). قد تكون أجهزة كمبيوتر

المربع 9: المعايير المتعلقة بمرافق الخدمة والمعدات. معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (CM5): ينص على أنه: يجب أن تمتلك جهة تقديم الخدمة مرافق ومعدات كافية لتقديم خدمات ملائمة.

المعيار:

المعيار (M5) الفقرة أ: يجب أن تكون مرافق الخدمة كافية بما يتناسب مع نوع الخدمة والتدخلات المقدمة.

الوثائق:

معلومات حول ما إذا كانت مرافق تقديم الخدمة متوافقة مع اللوائح والمتطلبات المحلية من حيث الغرف والمساحة والنظافة البيئية، بناءً على زيارة المُقيّم للموقع.

وثائق المرفق، بما في ذلك الغرف/المراحيض والمساحة. خطة الخدمة و/أو عدد المرضى الذين يحضرون يومياً.

المعيار:

المعيار (M5) الفقرة ب: يجب أن تكون مرافق الخدمة كافية و"ملائمة" لنوع الخدمة والتدخلات المقدمة.

الوثائق:

قائمة المعدات. سجلات سلامة أو صيانة المعدات، بما في ذلك عمليات التفتيش/المعايرة الفنية الدورية. معلومات من المدراء والقادة.

وهنا تجدر الإشارة إلى المعيار (M5) الذي ينص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة بفعالية توفير مستوى ملائم من النظافة، ومكافحة الحريق، ومكافحة العدوى، والحماية من الحوادث الخطيرة الأخرى.

انظر أيضاً:

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM4): يجب أن تُلبي أماكن الإقامة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة المتطلبات الأساسية وأن تُوفر بيئة مناسبة لتقديم الخدمة. (انظر أيضاً القسم الخاص ب: وضع معايير محددة).

ومعدات مكتبية، ومعدات طبخ وإعاشة، أو معدات أخرى مثل تلك المستخدمة في التنظيف وصيانة الخدمات، إلخ.

جميع الخدمات، بما في ذلك أثاث الخدمة. بالنسبة للمرضى الداخليين أو المقيمين، ينطبق هذا أيضاً على الأسرّة، مع التأكد من أن الأسرّة والفرش مناسبة ونظيفان.

كما يجب أن يكون لدى الخدمة سياسات وإجراءات مُعتمدة تتعلق بالمعدات، والتي تغطي (كحد أدنى): الشراء؛ التخزين؛ الصيانة وفحوصات السلامة؛ والتخلص منها.

2.7 أنظمة سجلات المرضى

المربع 10: المعايير المتعلقة بسجلات المرضى وحوكمة المعلومات.

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (M6) ينص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لحفظ سجلات المرضى بما يُسهّل عملية تقديم العلاج والرعاية.

المعيار:

المعيار (M6) الفقرة أ: يجب أن يكون لدى الخدمة نظام شامل لحفظ سجلات المرضى.

الوثائق:

يجب أن يكون هناك نظام شامل لحفظ سجلات المرضى - سواء ورقياً أو إلكترونياً.

ملاحظات:

يجب أن تشمل سجلات المرضى ما يلي:

التفاصيل الاجتماعية والديموغرافية للمريض؛ التقييم وتقييم المخاطر وخطط التخفيف؛ وثائق الموافقة الموقعة؛ ملاحظات الحالة للمواعيد والتواصل؛ سجلات الأدوية؛ خطط العلاج والمراجعات؛ الإحالات والعمل المشترك مع مقدمي الخدمات الآخرين؛ التخطيط للخروج والرعاية الشاملة؛ ومعلومات مشاركة الأسرة ومعلومات التواصل.

الوثائق:

المعيار (M6) الفقرة ب: يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لإدارة معلومات سجلات المرضى.

الأدلة:

إجراء مُعتمد

توثيق إجراءات إدارة المعلومات، مثل سجلات المرضى.

ملاحظات:

ينبغي أن يشمل إجراء إدارة المعلومات المُعتمد ضمان جمع سجلات المرضى وتخزينها، وضمان سرية المرضى/مشاركة المعلومات بشكل مناسب، وإتباع نهج مُنسق في التعامل مع أي ثغرات في المعلومات (من يُبلغ، وما هي الإجراءات التصحيحية المتخذة) وما إلى ذلك.

انظر أيضاً:

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM6) الفقرة ج: يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لسجلات المرضى وإجراء مُعتمد لإدارة المعلومات لضمان التخزين الآمن للمعلومات، والسرية، ومشاركة المعلومات بشكل مناسب.

يُطلب من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية في معظم البلدان (بما في ذلك خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات) الاحتفاظ بسجلات للعلاج الذي يتلقاه مرضاها أو المستفيدون من الخدمة. وغالباً ما تُبنى كيفية حفظ سجلات المرضى، وما يُحتفظ به، والقواعد المتعلقة بسرية المرضى ومشاركة المعلومات، على القوانين واللوائح و/أو الإرشادات في معظم البلدان. ويُطلق على هذا أحياناً اسم حوكمة معلومات المرضى.

يجب أن يكون لدى جميع خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول نظام سجلات للمرضى إلكترونياً أو ورقياً. كما يجب أن يكون هذا النظام آمناً ومحميّاً، ومتاحاً فقط للموظفين المطلوب منهم الوصول إليه لأداء واجباتهم، أو لمن لديهم إذن صريح بذلك.

يجب أن يستند هذا النظام إلى سياسة خدمة وإجراءات راسخة لإدارة معلومات سجلات المرضى. يجب أن يكون الموظفون على دراية بإدارة المعلومات وحفظ سجلات المرضى وتدريبهم عليها - وفقاً لدورهم.

في بداية العلاج، يجب إطلاع جميع المرضى على المعلومات التي سيتم الاحتفاظ بها عنهم وكيفية استخدامها أثناء علاجهم. لذا في بداية العلاج، يجب أن يُطلب من جميع المرضى إعطاء موافقة كتابية مستتيرة بشأن سجلاتهم وسريتها والظروف التي يجوز فيها مشاركة المعلومات. تتطلب مشاركة معلومات المريض عادةً موافقة المرضى (مثل مشاركة المعلومات مع خدمة أخرى لإحالة صحية). ومع ذلك، قد تكون هناك حالات تتم فيها مشاركة المعلومات دون موافقة المريض (على سبيل المثال، إذا كان هو أو شخص آخر معرضاً لخطر كبير للضرر). قد يكون المريض قد وافق أيضاً على العلاج ضمن إطار قانوني يتطلب مشاركة المعلومات مع جهة أخرى (على سبيل المثال، الموافقة على مشاركة بعض المعلومات مع محكمة أو دائرة مراقبة سلوك في بداية العلاج).

8.2 أنظمة ضمان جودة الخدمة

أ. استيفاء المتطلبات الوطنية أو الإقليمية للتسجيل أو الاعتماد أو التوثيق.

تتطلب العديد من الدول أو المناطق المحلية تسجيل خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول، أو اعتمادها، أو ترخيصها، أو اعتمادها لتقديم العلاج من قبل جهة وطنية أو محلية. صُممت هذه المتطلبات عادةً لضمان استيفاء مقدمي

ب. ضمان جودة الخدمة

ضمان الجودة (QA) هو عملية أنشطة أو برامج تهدف إلى مراقبة جودة أي تدخل أو خدمة أو نظام، وضمانها، وتحسينها (المركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدمانها، 2020).

يشمل هذا المفهوم تقييم جودة الرعاية وفقاً للمعايير؛ وتحديد المشاكل في تقديم الرعاية؛ وتصميم أنشطة للتغلب على هذه العيوب؛ ومتابعة المتابعة لضمان فعالية الخطوات التصحيحية. تُعد معايير الجودة إحدى الأدوات المستخدمة في عملية ضمان الجودة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تُركز أنظمة ضمان الجودة في مجال خفض الطلب على المخدرات على مدى تحسين التدخلات أو الخدمات أو الأنظمة المتعلقة بالمخدرات للنتائج.

ضمان الجودة عملية وليست نتيجة نهائية أو «تقييماً» لمرة واحدة. يصف ضمان الجودة وتحسين الجودة نهجاً أو ثقافة قائمة على المراقبة المستمرة للخدمة والسعي لتحسين جودتها ونتائجها للمرضى. من الناحية المثالية، ينبغي لجميع خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول تطبيق دورة ضمان جودة تتضمن مراجعة مستمرة لممارساتها والسعي لتحسين الجوانب التي لا تفي بالمعايير أو التوقعات أو المتطلبات.

ففي خدمات علاج المخدرات والكحول، قد يكون ضمان الجودة عملية شاملة أو «بسيطة» حسب الموارد المتاحة للخدمة. قد يُشار إلى ضمان الجودة في بعض الخدمات بـ«الحوكمة السريرية»، ويركز بشكل خاص على ضمان الممارسة القائمة على الأدلة العلمية، والسلامة، وإدارة المخاطر.

يطلب ممولو الخدمات من الخدمات مراقبة جوانب الخدمة والإبلاغ عنها، مثل أوقات انتظار المرضى، وأعداد المرضى في العلاج، أو معدلات الإشغال. وقد يطلبون من الخدمة جمع معلومات عن قضايا مثل شكاوى المرضى، أو الحوادث الخطيرة أو غير المرغوب فيها، والإبلاغ عنها. وقد يطلبون مراقبة مؤشرات أو معايير الأداء الرئيسية والإبلاغ عنها. إذا كانت الخدمة جزءاً من منظمة أكبر، فقد تخضع آلية ضمان الجودة الخاصة بها أيضاً لإدارة المنظمة، مثل عمليات تدقيق إدارة الأدوية التي يجريها فريق ضمان الجودة في المنظمة.

يمكن لآلية ضمان الجودة أن تساعد الخدمة على الاستجابة بشكل أكثر فعالية لاحتياجات المرضى. من حيث المبدأ، يجب أن تُشرك الخدمة المرضى دائماً في تقييم جودتها. كما أن مشاركة المرضى تُعدّ أمراً بالغ الأهمية لوضع خطط لتحسين الخدمة وتنفيذ تحسيناتها.

الخدمات للمعايير المتفق عليها للعمل أو لتلقي التمويل، وأن يكونوا على مستوى جودة معروف. قد تختلف هذه الأنظمة باختلاف البلد أو نوع الخدمة المقدمة.

- في عدد قليل من البلدان، لا توجد متطلبات لتسجيل أو ترخيص أو اعتماد خدمات علاج الإدمان.
- في بعض البلدان، تُخصص المتطلبات ونظام ضمان الجودة لخدمات الرعاية الصحية العامة، وليست مُخصصة في خدمات علاج الإدمان.
- في عدد قليل من الدول، تكون المتطلبات و/أو نظام ضمان الجودة مُخصصاً أو مُصمماً خصيصاً لخدمات علاج الإدمان.
- في بعض الدول، قد تُغطي المتطلبات أو نظام ضمان الجودة أنواعاً معينة من الخدمات (مثل الخدمات المقدمة في المستشفيات أو وحدات إعادة التأهيل السكنية) دون غيرها.
- في بعض الدول، قد تُفرض شروط على الموظفين المهنيين للتسجيل أو الترخيص، ولكن ليس على خدمات العلاج. ويوضح المربع 11 متطلبات «معياري الجودة الرئيسي» لاستيفاء متطلبات التسجيل أو شهادة التسجيل أو الترخيص أو الاعتماد - على مستوى الدولة أو المنطقة المحلية.

المربع 11: المعايير المتعلقة بتسجيل الخدمات. معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (M4): ينص على أنه: يجب أن تُلبي جهة تقديم الخدمة المتطلبات الوطنية/المحلية اللازمة للسماح لها بتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات.

المعيار:

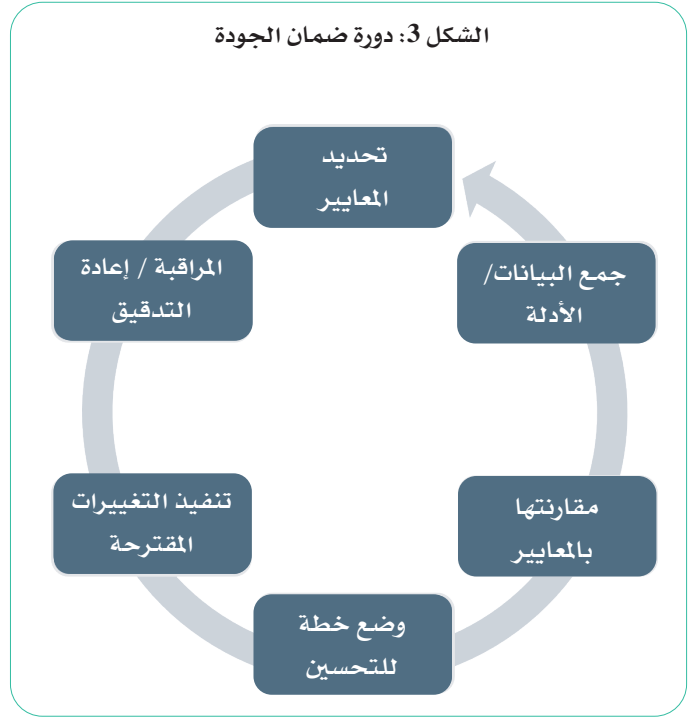
(أ) يجب أن تكون الخدمة مسجلة/معمتدة/موثقة محلياً لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات.
(ب) يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لضمان الجودة، وأن يشمل:

- وجود عملية ضمان جودة أو حوكمة سريرية.
- معايير واضحة.
- مراقبة أو تدقيق للمعايير.
- نظام للملاحظات المرضى ومشاركتهم.
- آلية التحسين المستمر.

الوثائق:

شهادة تسجيل أو اعتماد أو شهادة للعمل كمقدم خدمة لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات.
(انظر أيضاً القسم الخاص ب: وضع معايير محددة).

الشكل 3: دورة ضمان الجودة



ويتناول المربع 12 معيار الجودة الرئيسي (M7) بالتفصيل، حيث ينص المعيار على أنه: يجب أن تكون للخدمة آلية مستدامة لضمان الجودة.

المعيار (M7) الفقرة أ) تنص على أنه: «يجب أن يكون لدى الخدمة آلية مستدامة لضمان الجودة». هذا يعني أنه يجب التخطيط لآلية ضمان الجودة، وأن تتوفر لها موارد كافية، وأن تدعمها إدارة الخدمة.

المعيار (M7) الفقرة ب) يتعلق بمراقبة الخدمة والتدقيق الذاتي وفقاً للمعايير. يجب على مديري الخدمة تحديد المعايير التي تنطبق على الخدمة. قد تكون بعض معايير الخدمة مطلوبة بموجب قوانين أو لوائح أو توجيهات وطنية أو محلية؛ أو من قبل الممولين أو المؤسسة الأم، أو تنطبق على بعض أنواع الخدمات. قد تشمل المراقبة: جمع بيانات أداء الخدمة والإبلاغ عنها، مثل أعداد المرضى في العلاج؛ ومدة إقامة المرضى، وما إلى ذلك. قد تشمل عمليات تدقيق منظمة لسجلات المرضى أو إدارة الأدوية أو بروتوكولات الخدمة. قد تُدرج ملاحظات المرضى أيضاً في المراقبة المنتظمة. قد يتم دمج بعض عمليات المراقبة مع جمع البيانات الروتينية للخدمة. قد تكون عمليات المراقبة والتدقيق الأخرى أنشطة مخططة سنوياً.

المعيار (M7) الفقرة ج) يتعلق بمشاركة المرضى في ضمان جودة الخدمة. تُعدّ ملاحظات المرضى وإشراكهم في ضمان جودة خدمات علاج الإدمان ممارسة جيدة كما هو موضح في «المعايير الدولية» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية

المربع 12: المعايير المتعلقة بضمان الجودة.

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (M7) ينص على أنه: يجب أن تكون لدى الخدمة آلية مستدامة لضمان الجودة.

المعيار:

المعيار (M7) الفقرة أ) تنص على أنه: «يجب أن يكون لدى الخدمة معايير محددة فيما يتعلق بكيفية تقديم الخدمة».

الوثائق:

وثيقة معايير الخدمة.

المعيار:

المعيار (M7) الفقرة ب) تنص على أنه: «يجب أن تراقب الخدمة ممارساتها وتُدققها بانتظام وفقاً لمعاييرها».

الوثائق:

بيانات أو تقارير مراقبة أو تدقيق الخدمة.

المعيار:

المعيار (M7) الفقرة ج) تنص على أنه: «يجب أن يكون لدى الخدمة آلية راسخة لإشراك المرضى في ضمان جودة الخدمة».

الوثائق:

آلية ملاحظات المرضى (استبيانات الخروج، تقارير الإدارة، معلومات من مستخدمي الخدمة).

المعيار:

المعيار (M7) الفقرة د) تنص على أنه: «يجب أن تُراجع الخدمة الممارسات وتحسّنها بانتظام عند الحاجة».

الوثائق:

اجتماعات الحوكمة السريرية أو اجتماعات الإدارة.

تقارير التدقيق أو المراقبة، خطط التحسين.

WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) (2020). ويمكن إشراك المرضى من خلال استطلاعات رأي منتظمة لرضاهم، أو مجموعات تركيز، أو هيئات تمثيلية للمرضى، أو إشراكهم في إعادة تصميم الخدمة لزيادة جاذبيتها وملائمتها لاحتياجاتهم. ومن الأفضل ربط هذه الأمور باجتماعات الإدارة، أو الجودة، أو الحوكمة السريرية.

المعيار (M7) الفقرة د) يشترط قيام الجهات التي تقدم الخدمات بمراجعة ممارساتها وتحسينها بانتظام حسب الحاجة. ويمكن للخدمة تنفيذ ذلك من خلال اجتماعات منتظمة (شهرية مثلاً) تُركز على الجودة أو الحوكمة السريرية، حيث تُراجع بيانات المراقبة والشكاوى وعمليات التدقيق، وتُوضع خطط عمل في حال عدم استيفاء المعايير، وكان التحسين مطلوباً.

3.7 القائمة المرجعية للعلاج والرعاية المخصصة المرتكزة على الشخص

الرمز	المعيار	الوثائق	نعم / لا
M1	يجب أن تخطط الخدمة بشكل كاف لتقديم العلاج والرعاية المناسبين لمرضى اضطرابات تعاطي المخدرات		
	(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة خطة عمل مكتوبة توضح كيفية تشغيلها وتطويرها	• خطة عمل مكتوبة	
M2	يجب أن تعمل الخدمة وفق إجراءات مالية راسخة		
	(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات محددة لإدارة الموارد المالية وإعداد تقارير عنها.	• الإجراءات المالية • يتم تنفيذ إجراءات الأدلة	
	(ب) يجب أن يكون لدى الخدمة ميزانية مخصصة وفقاً للخطة المكتوبة.	• الميزانية تتوافق مع الخطة المكتوبة	
M3	يجب أن تدير الخدمة مواردها البشرية بكفاءة لتقديم علاج فعال ورعاية ملائمة.		
	(أ) يجب أن يتوافق هيكل التوظيف لدى جهة تقديم الخدمة مع اللوائح الوطنية أو خطة الخدمة الحالية	• سجلات الموظفين، وملفات تعريف الموظفين، وأرقام المرضى/سجلات الحضور	
	(ب) يجب أن تضمن الخدمة كفاءة الموظفين وحصولهم على التعليم والتدريب اللازمين.	• وثائق ملفات تعريف الموظفين ومؤهلاتهم وتدريبهم	
M4	يجب أن تلبى الخدمة المتطلبات الوطنية/الإقليمية لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات (إن وجدت)		
	يجب أن تكون الخدمة مسجلة/معتمدة/موثقة محلياً لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات	• وثائق التسجيل أو الشهادة أو الاعتماد	
M5	يجب أن تمتلك جهة تقديم الخدمة مرافق ومعدات كافية لتقديم خدمات ملائمة		
	(أ) يجب أن تكون مرافق الخدمة كافية لنوع الخدمة والتدخلات المقدمة.	• مستندات/مخططات طوابق غرف الخدمة والمساحة	
	(ب) يجب أن تكون معدات الخدمة كافية و«ملائمة» لنوع الخدمة والتدخلات المقدمة	• قائمة المعدات، وفحوصات السلامة والصيانة الحالية للمعدات	
M6	يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لحفظ سجلات المرضى بما يُسهّل عملية تقديم العلاج والرعاية		
	(أ) يجب أن يكون هناك نظام شامل لحفظ سجلات المرضى	• نظام سجلات المرضى الورقية أو الإلكترونية	
	(ب) يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات محددة وثابتة لإدارة المعلومات المتعلقة بسجلات المرضى	• إجراءات إدارة المعلومات • يتم تطبيق إجراءات الأدلة	
M7	يجب أن يكون لدى الخدمة آلية مستدامة لضمان الجودة		
	(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة معايير محددة فيما يتعلق بكيفية تقديم الخدمة	• بيانات المراقبة أو تقارير التدقيق • مقارنة الممارسات بالمعايير	
	(ب) يجب أن تراقب الخدمة ممارساتها وتُدققها بانتظام وفقاً لمعاييرها	• تقارير عن استطلاعات المرضى الدورية و/أو الاستشارات حول جودة الخدمة	
	(ج) يجب أن تُراجع الخدمة الممارسات وتحسّنها بانتظام عند الحاجة	• تقارير المراقبة أو التدقيق • محاضر اجتماعات الإدارة التي تُناقش فيها التقارير وتُتخذ فيها القرارات	

وقد تتباين تلك العملية لتضمن خطوات مختلفة، مثل:

- الفحص الموجز، يليه توفير تدخل موجز لمن يعانون من اضطرابات خفيفة في تعاطي المواد المسببة للإدمان. هذا هو نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) المشار إليه سابقاً.



- الإحالة إلى التقييم المتخصص للمصابين باضطرابات متوسطة إلى حادة في تعاطي المواد المسببة للإدمان/أو لديهم احتياجات معقدة.
 - تقييم أولي يتبعه تقييم شامل وتشخيص.
 - تتم عملية التقييم الشامل والتشخيص على مدى فترة زمنية، وعادة ما يشارك فيها فريق متعدد التخصصات.
- أ. فحص اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

يمكن إجراء فحص اضطرابات تعاطي المواد المخدرة في بيئات أو بواسطة طاقم غير متخصص في اضطرابات تعاطي المواد المسببة للإدمان. يتكون الفحص عادةً من طرح أسئلة موجزة حول تعاطي المواد المسببة للإدمان على المريض الذي يُحتمل تعاطيه لها. من الممارسات الجيدة استخدام أداة فحص معتمدة (مثل: AUDIT أو DUDIT أو DAST، انظر قسم المراجع). في بعض الحالات، قد يُجرى فحص بيولوجي لتعاطي المواد المسببة للإدمان بموافقة المريض (سواء فحص بول أو تحليل شعر أو دم).

يشير مصطلح «العلاج المُرتكز على المريض» عادةً إلى العلاج الذي يُركّز في جوهره على الفرد طالب المساعدة (المريض، أو العميل، أو متلقي الخدمة)، بدلاً من التركيز على المرض أو احتياجات مُقدّم الخدمة. إذ يُركّز العلاج المُرتكز على المريض على الاحتياجات الصحية وتوقعات الأشخاص والمجتمعات المحتاجة، ويُنظّم حولها. ففي علاج الإدمان، ينبغي أن تُدرك الرعاية المُرتكزة على المريض، والمركزة على المريض، الدور الحاسم للفرد في العلاج كشريك فاعل تُؤخذ احتياجاته ورغباته ونقاط قوته في الاعتبار، بدلاً من أن يكون مُتلقياً سلبياً للعلاج. كما يقصد بالعلاج المُرتكز على المريض أن العلاج مُصمّم خصيصاً للفرد، ويستند إلى احتياجاته الفريدة وأهداف التعافي الخاصة به. لذلك، يستند العلاج المُركّز على احتياجات الفرد المُقيّمة، ثم يُصمّم بما يُناسب احتياجاته وأهدافه ونقاط قوته ووضعها. أما العلاج غير المُرتكز على المريض، فيتمثل في تقديم حزمة العلاج نفسها لجميع المرضى، بغض النظر عن اختلاف احتياجاتهم؛ وهو نهج لا تُوصي به الإرشادات الدولية. يُعدّ التخطيط للعلاج الفردي والمراجعة الدورية التي تشمل المريض بالكامل أمراً أساسياً لتقديم علاج فردي مُرتكز على المريض.

لذا، يغطي هذا القسم العناصر الأساسية للعلاج الفردي، بما في ذلك الفحص والتقييم؛ والموافقة المستتيرة؛ والخطة العلاجية ومراجعتها، والعمل بالشراكة مع مقدمي الخدمات الآخرين لتلبية احتياجات المرضى. كما يتناول المعايير المتعلقة بتلبية احتياجات الفئات المختلفة.

3.1 فحص المريض وتقييمه

يجب أن تستند جميع تدخلات علاج إدمان المخدرات والكحول إلى عملية فحص و/أو تقييم. قد تختلف العملية باختلاف المريض، والبيئة، والخدمة، وشدة وتعقيد الحاجة الفردية، وكفاءة الطاقم.

الشكل 4: التقييم والتخطيط للعلاج والرعاية اللاحقة



توفر بعض خدمات علاج المخدرات والكحول تقييماً أولياً، في حين يتم إجراء التقييم الشامل على مدار عدة أسابيع، وقد تقدم خدمات أخرى تقييماً شاملاً فقط.

ومن حيث المبدأ، ينبغي أن يكون جميع الموظفين المشاركين في التقييم مؤهلين. لا يمكن للموظفين عادةً تقديم تقييمات إلا لما هم مؤهلون لتقديمه. على سبيل المثال، ينبغي أن يُجري طبيب أو أحد الموظفين المؤهلين لوصف الأدوية تقييماً للتدخلات الدوائية.

وقد يتمكن الموظفون غير القادرين على تقييم مشاكل الصحة العقلية والجسدية من تقديم فحص لبعض المشاكل وإحالتهم إلى طاقم التمريض أو الطاقم الطبي لإجراء تقييم شامل لمشاكل الصحة العقلية والجسدية.

كما تُتيح عملية التقييم فرصة لشرح إجراءات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة للمريض وتقديم معلومات عن الخدمات ومواد ترويجية صحية له.

يتضمن التقييم الشامل لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة عادةً جمع معلومات حول ما يلي:

- تعاطي المواد المخدرة: تاريخ التعاطي، والاستخدام الحالي، ودرجة الاعتماد، وتاريخ علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. قد يشمل ذلك استخدام أداة تشخيص معتمدة لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة، مثل مؤشر شدة الإدمان (AS I) أو استبيان اضطرابات تعاطي المواد المخدرة (SADQ)، أو المقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (SCID) (DSM-5)، أو المقابلة التشخيصية الدولية المركبة - وحدة تعاطي المواد المخدرة (CI-SAM) (انظر المراجع).
- الوضع الاجتماعي والاقتصادي: مستوى التعليم، السكن، العمل، العلاقات الأسرية أو الاجتماعية (بما في ذلك المعالون).
- فحص أو تقييم مشاكل الصحة العقلية. وقد يشمل ذلك أيضاً استخدام أداة تشخيص معتمدة لمشاكل الصحة العقلية (انظر المراجع).

إذا أشار الفحص إلى اضطراب تعاطي مواد مخدرة خفيف الحدة، فقد يُعرض على المريض مواد تعليمية و/أو تدخل موجز. يجب أن يستند هذا التدخل الموجز إلى منهجية قائمة على الأدلة العلمية مثل نهج «فرامز» (FRAMES) (F = التعليقات والملاحظات؛ R = المسؤولية؛ A = النصح والإرشاد؛ M = الخيارات المتاحة؛ E = التعاطف؛ S = الكفاءة الذاتية)، (انظر قسم المراجع). أما إذا أشار الفحص إلى اضطراب تعاطي مواد مخدرة متوسط أو شديد الحدة، فقد يُحال المريض إلى خدمة علاج متخصصة في علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة لإجراء تقييم شامل.

ب. التقييم الشامل

تقدم بعض خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول تقييماً أولياً، ثم تجرى تقييم شامل للمريض على مدى عدة أسابيع، في حين أن بعض جهات تقديم الخدمات الأخرى قد تكفي بإجراء تقييم شامل فقط.

تكمّن الفائدة المحتملة من تقديم تقييم أولي سريع في قدرته على تحديد الاحتياجات والمخاطر الفورية، والتي يمكن تليتها أو التخفيف منها أثناء خضوع المرضى للتقييم الشامل. يُعد تقييم المخاطر والتخفيف منها جزءاً مهماً من التقييم وعلاج الإدمان، حيث قد يكون المرضى معرضين لخطر ضرر جسيم، بما في ذلك خطر الجرعة الزائدة.

التقييم الشامل لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة هو عملية جمع وتحليل المعلومات من المريض وعنه لفهم وتشخيص اضطراب تعاطي المواد المخدرة الذي يعاني منه والمشكلات ذات الصلة. يؤدي هذا إلى توصيات بالعلاج أو التدخلات لتحسين الصحة والرفاهية الاجتماعية. التقييم الشامل هو أساس خطة العلاج. ينبغي أن يكون المريض شريكاً كاملاً في التقييم الشامل، وأن تُستطلع آراؤه حول حالته وأهداف العلاج وتؤخذ بعين الاعتبار. تُتيح عملية التقييم فرصة للخدمة لبناء علاقة ودية وعلاجية مع المريض، بدلاً من مجرد ملء استبيانات التقييم.

تتم عمليات التقييم الشامل عادةً على مدار عدة جلسات، وقد تشمل فريقاً متعدد التخصصات، خاصةً إذا كانت هناك حاجة إلى فحوصات بدنية و/أو عينات طبية حيوية. في الوضع الأمثل، يتعاون الفريق لإعداد تقييم شامل واحد لكل مريض. في بعض البلدان، يُدير عملية التقييم الشامل مدير حالة أو عامل رئيسي.

العلاج، بعد شرح مخاطرها وفوائدها وقواعدها المقترحة ومناقشتها. يجب أن يفهم المريض تمامًا ما هو مُقترح، وأن يكون قادرًا على الموافقة من منطلق معرفته بالفوائد والمخاطر المحتملة للعلاج وما يُتوقع منه القيام به.

قد لا يتمتع بعض المرضى بالأهلية القانونية أو الإدراكية للموافقة على التقييم أو العلاج دون إشراك أشخاص آخرين مسؤولين عنهم.

• قد يُطلب من الأطفال والمراهقين إشراك بالغين ذوي مسؤولية أبوية في التقييم أو العلاج.

• في بعض البلدان، قد يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة الإدراكية إلى مشاركة شخص مسؤول عنهم.

• في بعض البلدان، قد ينص الإطار القانوني على عدم جواز موافقة المرأة على التقييم أو العلاج دون موافقة زوجها أو أقربائها من الرجال.

• في بعض البلدان، قد يحتاج المريض إلى تقييم «قدرته على الموافقة» قبل التقييم أو العلاج. وكقاعدة عامة، كلما زادت شدة الإجراء أو طابعه وكان التدخل أكثر كثافة، كلما زادت صرامة الشروط المطلوبة للحصول على الموافقة المستنيرة والتأكد من أهلية الشخص لتقديمها.

المربع 13: المعايير المتعلقة بالتقييم.

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (PCI) ينص على أنه: يجب أن تكون تقييمات المرضى شاملة وتشاركية.

المعيار:

أ. يجب أن تكون تقييمات المرضى شاملة.
ب. يجب أن يلعب المرضى دورًا فعالًا في تقييمهم و يجب أن تُقدَّر آراؤهم.

ج. يجب أن تُؤخذ نقاط قوة المريض وموارده (رأس مال التعافي) في الاعتبار أثناء التقييم.

الوثائق:

سجلات المرضى، والمعلومات المستقاة من المدراء والقادة والموظفين والمرضى.

انظر أيضًا:

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الرعاية الأساسية المعيار (CC4): يجب أن تقدم الخدمة فحصًا وتقييمًا شاملًا يأخذ في الاعتبار مجموعة من احتياجات المريض وقدراته وإمكاناته، ويستند ذلك إلى الموافقة المستنيرة.

• فحص أو تقييم مشاكل الصحة الجسدية، وخاصة تلك المرتبطة بتعاطي المواد المخدرة (بما في ذلك الاختبارات الطبية الحيوية).

• سلوك المرضى الإجرامي ومشاركتهم في نظام العدالة الجنائية.

• نقاط قوة المرضى أو أصولهم (رأس مال التعافي)، بما في ذلك العلاقات الداعمة.

• آراء المرضى ورغباتهم وأهداف العلاج.

عند أخذ عينات بيولوجية كجزء من عملية التقييم (مثل عينات البول للكشف عن تعاطي المخدرات)، يجب أن تستند هذه العمليات إلى بروتوكول مُعتمد وأن تُنفَّذ وفقًا له. ومن الأمثلة على ذلك أخذ عينات البول أو الدم للكشف عن وجود تعاطي مواد.

ج. تقييم المخاطر

ينبغي أن يكون تقييم المخاطر، أو تقييم المخاطر الجسيمة المباشرة التي قد يتعرض لها المريض و/أو الآخرين، جزءًا من تقييم شامل. في حال وجود مخاطر مباشرة على المريض (مثل خطر تناول جرعة زائدة من المواد المخدرة الأفيونية، أو الانتحار، أو العنف ضد النفس أو الآخرين)، يجب وضع خطة لتخفيف المخاطر وتنفيذها فورًا (بموافقة المريض). إذا كان يُعتقد أن المريض يُشكل خطرًا مباشرًا على الآخرين (مثل أطفاله المعالين)، فقد يلزم اتخاذ إجراءات تتماشى مع سياسة الخدمة ومعايير وقوانين الدولة (وإبلاغ المريض ودعمه وفقًا لذلك).

3.2 الموافقة المستنيرة - موافقة المريض وأهليته للموافقة

يجب على المرضى إعطاء موافقة صريحة على التقييم والعلاج. ويجب شرح إجراءات التقييم للمرضى ومنحهم موافقتهم (قد يشمل ذلك المعلومات المطلوبة؛ والفحوصات الطبية أو العينات البيولوجية، وإجراءات الحفاظ على السرية).

بعد التقييم، تبدأ مرحلة تحديد التشخيص أو التشخيصات (عادةً من قِبل طبيب). في الأنظمة الممولة من التأمين الصحي، يُشترط التشخيص للحصول على تمويل لحزمة علاجية محددة. بعد ذلك، يُوصى بحزمة علاجية وتُناقش مع المريض، بما في ذلك المخاطر والفوائد المحتملة للعلاج و«القواعد» التي يُتوقع من المريض الالتزام بها. يجب الحصول على موافقة مستنيرة من المريض على حزمة

- في معظم البلدان، يُسمح بالعلاج الطارئ دون موافقة في الحالات التي تُهدد الحياة، أو عندما يكون المريض فاقداً للوعي.

يجب أن يتلقى كل مريض (أو أي شخص مسئول عن المريض) معلومات حول خيارات العلاج وقواعده قبل العلاج. ويجب أن يوقع جميع المرضى على وثائق الموافقة المستنيرة في مذكرات حالتهم.

كما يجوز للمريض سحب موافقته في أي وقت، دون تحيز، ويجب توثيق سحب الموافقة في ملفه.

المربع 14: المعايير المتعلقة بالموافقة المستنيرة.

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (PC2) ينص على أنه: يجب أن يتم تقديم العلاج والرعاية بناءً على موافقة مستنيرة من المرضى.

المعيار:

أ. يجب أن تُقدّم الخدمة بناءً على موافقة المريض الحرة والمستنيرة.

ب. يجب أن تُوثق الخدمة موافقته على العلاج في سجلات المرضى.

الوثائق:

بروتوكول للموافقة المستنيرة، سجلات المرضى، معلومات من المرضى.

انظر أيضاً:

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الرعاية الأساسية

المعيار (CC4) – الفقرة د: يجب أن تطلب الخدمة موافقة مستنيرة من المرضى قبل العلاج وتُسجّلها في سجلات المرضى.

3.3 الخطة العلاجية - وضعها ومراجعتها بانتظام

أ. وضع الخطة العلاجية

في الحالة المثالية، يُخصص للمرضى مدير حالة أو عامل رئيسي مُعين، يعمل معهم على وضع الخطة العلاجية ومراجعتها، ويرافقهم خلال رحلة علاجهم في الخدمة.

تُعد عملية وضع الخطة العلاجية إجراءً متكاملًا يتطلب عقد اجتماعات دورية منتظمة مع المريض، وذلك بهدف تحديد سلسلة من الأهداف المرئية المحددة زمنياً لتحقيق الأهداف العامة للعلاج بشكل تدريجي ووفقاً للبرنامج العلاجي المتفق عليه. تتضمن هذه العملية التعاون مع

المرضى لصياغة أهداف صغيرة قابلة للتحقيق في سياق تقدمهم في العلاج، مما يساهم في الوصول إلى الأهداف النهائية بشكل منهجي ومدروس.

يجب أن تُحدد كل خطة أهداف المريض في تلك المرحلة من رحلته العلاجية، وتدخلات العلاج والتعافي المُقدمة لتحقيق أهدافه، وما يجب على كل من المريض والفريق العلاجي القيام به. يمكن للموظفين اقتراح خطة علاجية في اجتماع فريق متعدد التخصصات، ولكن يجب تطويرها بالشراكة مع المريض. يجب مراجعة الخطة العلاجية بانتظام مع المرضى عند تحقيق أهدافهم أو عند تغير احتياجاتهم بمرور الوقت، خلال الرحلة العلاجية.

يجب أن يكون لدى جميع المرضى الخاضعين للعلاج خطة علاجية، إلا إذا كانوا يتلقون تدخلاً قصيراً، أو تدخلاً مفاجئاً، أو تدخلاً بجلسة واحدة.

يجب أن تتضمن الخطة العلاجية ما يلي:

- مراعاة حزمة علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بكل فرد، وجنسه، وعرقه، ولفته، وقدراته، ومتطلباته الثقافية.
- تحديد سلسلة من الأهداف الصغيرة القابلة للتحقيق، والمعالم التي تم تحقيقها خلال فترة زمنية محددة (بالتعاون مع المريض).
- الإشارة صراحةً إلى المخاطر المباشرة وكيفية التخفيف منها أو إدارتها (مثل الجرعة الزائدة، وخطر العنف من وإلى الآخرين، إلخ).
- تحديد تدخلات العلاج والتعافي التي سيتم تقديمها، ومن سيقوم بها؛ (على سبيل المثال، تدخلات لإدارة الرغبة الشديدة في تعاطي المخدرات وتقليل خطر الانتكاس).
- اتخاذ إجراءات لمنع «الانقطاع» عن العلاج قبل اكتماله - بالاتفاق مع المريض.
- تحديد الخدمات الأخرى المُستخدمة لتلبية احتياجات العميل. سيحتاج الموظفون إلى تسجيل الحالات والمعلومات التي ستُشارك (بموافقة) مع الخدمات الأخرى لتلبية خطة العلاج في سجلات المرضى. على سبيل المثال، تنسيق الإحالة والرعاية مع أخصائي علاج التهاب الكبد الوبائي سي.
- تحديد موعد للمراجعة.

المربع 15: المعايير المتعلقة بوضع الخطة العلاجية ومراجعتها

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (PC3) ينص على أنه: يجب أن يكون لدى جميع المرضى خطة علاج فردية مكتوبة تُراجع بانتظام وتُساعد في تنسيق العلاج والرعاية.

المعيار:

- أ) يجب أن يكون لدى المرضى خطة علاج فردية مكتوبة.
- ب) يجب أن تُراجع الخدمة العلاج بانتظام، مع مراعاة آراء المرضى حول تقديم العلاج.
- ج) يجب أن تُسجّل الخدمة إحالات المرضى إلى مقدمي خدمات آخرين في خطط علاج المرضى.
- د) يجب أن يكون لدى المرضى خطط خروج عند مغادرتهم الخدمات تعزيزاً للرعاية الشاملة والحد من الانتكاس.

الوثائق:

- أ) تدقيق خطط العلاج في سجلات المرضى.
 - ب) تدقيق سجلات المرضى بشأن مراجعات خطط العلاج.
 - ج) تدقيق سجلات المرضى بشأن الإحالة والتنسيق.
 - د) تدقيق خطط الخروج في سجلات المرضى الخارجين.
- معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الرعاية الأساسية المعيار (CC5): يجب أن يكون لدى جميع المرضى الذين يتلقون علاجاً متخصصاً لاضطرابات تعاطي المخدرات خطط علاج فردية، تُراجع بانتظام وتُسجّل تنسيق الرعاية مع مقدمي الخدمات الآخرين.

ينبغي على العاملين الأساسيين أو مديري الحالات التحدث مع المرضى في بداية عملية وضع الخطة العلاجية والاتفاق على إجراءات لمنع الانقطاع عن العلاج. يجب تصميم إستراتيجيات لمنع الانقطاع خصيصاً لكل مريض، ويمكن أن تشمل:

- دعمًا نفسيًا واجتماعيًا إضافيًا إذا كان المريض لا يزال يعاني.
- مراجعة الأدوية وتحسينها للحد من الانتكاس.
- الموافقة على التواصل مع المريض عبر العائلة أو الأصدقاء في حال تعذر الاتصال به.

تُعد اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، سواءً كانت متوسطة أو شديدة الحدة، حالات مزمنة متكررة، وفي حال حدوث الانتكاس، لا ينبغي أن يكون ذلك سبباً للخروج المبكر من

خطة العلاج هي وثيقة تُعدّ بالتعاون مع المريض، ويجب إطلاعها عليها في نهاية جلسة وضع الخطة العلاجية أو مراجعتها، كما يجب أن يُوقَّع عليها من قبل الموظف الرئيسي والمريض. وهي ليست ملاحظة تُضاف في الملف الطبي ولا يطلع عليها المريض. يجب أن تُضاف نسخة من الخطة العلاجية في سجل المريض، ولكن من الضروري أيضًا إعطاء المريض لمحة عن الخطة العلاجية وأهدافها وإجراءاتها.

ب. مراجعة الخطة العلاجية

يمكن التخطيط لمراجعة خطة العلاج مُسبقاً أو إجراؤها إذا طرأ تغيير سريع على حالة المريض يتطلب استجابة مختلفة من الخدمة. يجب أن تشمل مراجعات خطة العلاج ما يلي:

- مراجعة ما إذا كانت خطة العلاج تُلبّي أهداف المريض.
- تحديد احتياجات المريض غير المُلباة.
- التحقق من رضا المريض.
- مراجعة أهداف العلاج والتدخلات (إن لزم الأمر).

تستخدم بعض الدول «تقنيات رسم الخرائط المعرفية» لوضع خطط العلاج ومراجعتها مع المرضى.

ج. التخطيط للخروج والرعاية اللاحقة:

يُعد التخطيط للخروج جزءاً مهماً من الخطة العلاجية، سواءً كان ذلك خروجاً بسبب انتهاء العلاج، أو إحالته إلى خدمة أخرى لعلاج المخدرات والكحول للمرحلة التالية من الرحلة العلاجية.

د. منع الانقطاع المبكر عن العلاج والخروج المبكر:

يُمثل انقطاع المرضى عن العلاج أو مغادرة المرضى لعلاج المخدرات أو الكحول قبل انتهاء العلاج أو قبل استفادتهم منه مشكلة رئيسية في بعض الخدمات والأنظمة. تُسبب المعدلات المرتفعة للانقطاع المبكر تكاليف باهظة للخدمات، حيث غالباً ما تكون المرحلة الأولى من العلاج أكثر كثافة وتكلفة. والأهم من ذلك، أن الانقطاع المبكر عن العلاج و/أو الخروج المبكر للمرضى يمكن أن يُعرّضهم لخطر الانتكاس أو الضرر بشكل أكبر مما لو لم يبدؤوا العلاج أبداً. يرتفع خطر الجرعة الزائدة والوفاة بشكل خاص لدى متعاطي المواد المخدرة الأفيونية الذين ينتكسون بعد انخفاض قدرتهم على تحملها نتيجة لإزالة السموم، كما أن من يغادرون مراكز إعادة التأهيل أو الوحدات الداخلية قبل الأوان قد يكونون معرضين لخطر كبير وضرر جسيم.

السجن أو وحدات إعادة التأهيل، يموت في غضون ثلاثة أسابيع بسبب الانتكاس إلى تعاطي المواد المخدرة الأفيونية.

و. التخطيط للخروج أو الرعاية اللاحقة بعد إتمام العلاج

يُخرج المريض عادةً من العلاج إذا أكمل بنجاح حزمة أو برنامج العلاج وحقق أهدافه.

ينبغي على الخدمات ضمان حصول جميع المرضى على خطة خروج أو رعاية لاحقة، تُوضع بالشراكة معهم. قد يبدأ التخطيط للخروج في الأسابيع أو الأشهر التي تسبق الخروج الفعلي، وذلك لضمان حصول المريض على سكن مناسب، ودخل، وحشد الدعم في مجتمعه المحلي.

حتى بعد العلاج «الناجح»، يُعد الانتكاس أمرًا شائعًا، وينبغي أن تضمن خطة الخروج أو الرعاية اللاحقة حصول المريض على:

- الدعم المستمر، مثل دعم الأقران أو المساعدة المتبادلة، أو «فحوصات التعافي» من الخدمة.
- الدعم من العائلة والأصدقاء أو غيرهم (القادة الدينيين الداعمين للتعافي) لدعم أهداف التعافي.
- إستراتيجيات للتعامل مع الرغبة الشديدة في تعاطي المخدرات والوقاية من الانتكاسة.
- الدعم الاقتصادي (مثل التوظيف) والأنشطة التي تُشغل يومهم (العمل، التعليم، الأنشطة الترفيهية الصحية، إلخ).
- السكن الذي يدعم أهداف تعافيتهم.
- الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية، مثل التسجيل لدى مركز صحي أو طبيب عام.
- طرق سريعة للعودة إلى العلاج في حال الانتكاس.

3.4 العمل على بناء شراكات مع مقدمي خدمات آخرين لتنسيق العلاج

سيحتاج بعض المرضى إلى إحالة وعلاج لعدة خدمات لتلبية احتياجاتهم. على سبيل المثال، تنسيق الإحالة والرعاية مع فريق رعاية صحية ثانوية. يجب أن تنعكس جميع عمليات تنسيق الإحالة والرعاية في خطط العلاج من قبل مدير الرعاية أو العامل الرئيسي، وأن تُسجل في سجلات المرضى.

العلاج - بل يجب مراجعة حزمة علاج المريض، وقد يلزم زيادة العلاج والدعم المقدمين للمريض أو تحسينهما - قد تكون هناك حاجة إلى المزيد، لا إلى تقليلهما. من المهم أن يتذكر طاقم علاج الإدمان أن جزءًا أساسيًا من علاج الإدمان هو مساعدة المرضى على التعلم من الانتكاسات، ودراسة أسباب حدوثها، ومساعدتهم على وضع خطط ودعم لمنع حدوث الانتكاس في المستقبل. إذا تم استبعاد المرضى أو تسريحهم بسبب الانتكاس أو العودة إلى تعاطي المواد المخدرة، فقد تُفقد هذه الفرصة للتعلم، ويتعرض المريض لخطر أكبر للضرر.

لذلك، يجب على مديري الخدمات مراقبة معدلات التسرب المبكر من العلاج ومحاولة خفض المعدلات غير المقبولة للتسرب المبكر باستخدام تقنيات قائمة على الأدلة العلمية.

هـ. الخروج من مركز العلاج والتحويل إلى مقدمي خدمات آخرين لاستكمال علاج إدمان المخدرات والكحول

قد يحتاج المريض إلى الخروج من إحدى الخدمات ونقله إلى خدمة أخرى لعلاج المخدرات، على سبيل المثال، إحالته من خدمة متخصصة للمرضى الداخليين إلى خدمة للمرضى الخارجيين بالقرب من منزله. تتطلب عمليات الانتقال بين خدمات علاج المخدرات والكحول إدارة فعّالة من كلا الخدمتين لمنع انقطاع المرضى عن العلاج خلال هذه الفترة، وتعزيز استمرارية الرعاية بسلاسة. ينبغي أن يكون لدى الخدمتين مسارات متفق عليها للإحالة والتواصل لتعزيز الرعاية الشاملة للمريض - مدعومة ببروتوكول أو مذكرة تفاهم بين الخدمتين. ومن الناحية المثالية، يمكن أن يشمل ذلك ما يلي:

- مسارات وإجراءات إحالة متفق عليها.
- اتصال مسبق بين المرضى وموظفي الخدمة المتلقية قبل النقل.
- اتفاق على معلومات المريض التي سيتم تبادلها بين الخدمتين (بموافقة المريض).
- إجراء متفق عليه لمنع انقطاع المرضى عن العلاج أو انتكاسهم أثناء النقل. هذا مهم بشكل خاص للمرضى الذين كانوا يعتمدون سابقًا على المواد المخدرة الأفيونية والذين يُنقلون من برامج العلاج الداخلي أو إعادة التأهيل السكني أو السجن، إذ يرتفع خطر الجرعة الزائدة والوفاة في حال انسحابهم. وقد أشارت بعض الأبحاث إلى أن واحدًا من كل 200 شخص يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة الأفيونية ويفادرون

بالنسبة لجميع الخدمات، وخاصةً الخدمات المحلية، يُنصح بأن:

- تُراقب ملفات المرضى وذلك لضمان تلبية احتياجات الفئة المستهدفة.
- تتخذ خطوات للوصول إلى فئات المجتمع الأقل تمثيلاً في الخدمة.
- تضمن أن تكون الخدمات المقدمة ملائمة وقائمة على الأدلة العلمية للفئات ذات الاحتياجات الخاصة. قد يتطلب هذا من الخدمة تصميم تدخلات وخدمات مُخصصة لفئات مُحددة.
- تضمن أن يتمتع فريق العمل بالكفاءة والمؤهلات من ناحية (المهارات اللغوية، الجنس، العرق، إلخ) للعمل مع فئات مُتنوعة.

المربع 17: المعايير المتعلقة بتلبية الاحتياجات المتنوعة للمرضى

معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار (PC5) ينص على أنه: يجب أن تُلبي الخدمة احتياجات فئات مُتنوعة من المرضى.

المعيار:

أ) يجب أن تُعزز الخدمة الوصول إلى الرعاية لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة، وأن يكون لديها استراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.

ب) يجب تدريب الموظفين على التعامل مع فئات متنوعة من المرضى.

ج) يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولات راسخة لضمان تلبية احتياجات الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة من العلاج والرعاية (مثل النساء والأطفال والمراهقين، إلخ).

الوثائق:

أ) سجلات الموظفين.

ب) وُضعت بروتوكولات للفئات ذات الاحتياجات الخاصة من العلاج والرعاية، وبروتوكولات مُعتمدة، معلومات من المدراء والقادة والموظفين.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الفئة المستهدفة المعيار (Tar4): يجب أن تضمن الخدمة تكافؤ فرص الوصول إلى العلاج وتلقي العلاج المناسب لشتى الفئات المُستهدفة على تنوعها.

المربع 16: المعايير المتعلقة بوضع الخطة العلاجية ومراجعتها

معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار (PC4) ينص على أنه: يجب أن تعمل الخدمة بالشراكة والتنسيق مع مقدمي خدمات آخرين لتلبية احتياجات المرضى.

المعيار:

أ) يجب أن تعمل الخدمة مع مقدمي خدمات آخرين لتلبية احتياجات المرضى.

الوثائق:

نماذج الإحالة، واتفاقيات الشراكة مع مقدمي خدمات آخرين، وسجلات المرضى، ومعلومات من المدراء والقادة معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الرعاية الأساسية المعيار (CM10): يجب أن يكون لدى الخدمة اتفاقيات شراكة مع مقدمي خدمات آخرين لتلبية الاحتياجات المتنوعة للمرضى.

من الممارسات الجيدة أن يكون لدى خدمة علاج الإدمان ترتيبات عمل مشتركة مع مقدمي خدمات آخرين، مدعومة بإجراءات تشغيلية قياسية (SOPs)، مع مسارات إحالة متفق عليها، وتبادل المعلومات، وترتيبات عمل.

3.5 تصميم خدمات العلاج لتلبية احتياجات فئات متنوعة من المرضى

تُشجع «المعايير الدولية» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC) خدمات علاج الإدمان على بذل قصارى جهدها لضمان تلبية الاحتياجات المتنوعة لفئات المرضى المستهدفة. بعض الفئات السكانية لديها احتياجات خاصة تتطلب من خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول تعديل تقديم الخدمات لتلبية تلك الاحتياجات. ومن الأمثلة على ذلك، أن تكون خدمات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات منفصلة عن خدمات علاج البالغين، وأن تُصمم خصيصاً لمراعاة اختلاف الوضع القانوني ومستوى النضج. ومن الأمثلة الأخرى مجموعة عرقية تتطلب تقديم العلاج بلغة معينة.

مصممة بعض خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول لعلاج فئة مستهدفة محددة فقط، مثل الرجال أو النساء أو الأطفال والمراهقين. وقد يُشترط في عقد التعاقد مع الخدمة تلبية احتياجات جميع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات في منطقة جغرافية معينة.

تختلف فئات المرضى المُستهدفة باختلاف البلدان وخدمات علاج الإدمان. من الفئات المتنوعة التي قد تحتاج إلى مُراعاة: النساء؛ الأطفال والشباب؛ الآباء والأمهات الذين يُعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات؛ الجماعات العرقية؛ الجماعات الدينية المُختلفة؛ الأشخاص الذين لا مأوى لهم أو نازحون داخلياً في بلد ما؛ الأشخاص ذوو الإعاقة؛ الأشخاص المتورطون في نظام العدالة الجنائية، إلخ.

ومن الممارسات الجيدة أن يكون لدى الخدمات بروتوكولات لمجموعات محددة أو أن تشير في بروتوكولات الخدمات إلى كيفية أخذ الاحتياجات المتنوعة لمجموعات المرضى المُختلفة في الاعتبار.

إذ يوضح المربع 17 معايير الجودة الرئيسية المتعلقة بتلبية احتياجات فئات المرضى المتنوعة. وتتص الفقرة (أ) منه على أنه يجب أن تحسّن الخدمة فرص الحصول على الرعاية الصحية لمجموعة متنوعة من الفئات المُستهدفة، وأن تمتلك إستراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.

3.6 إشراك المرضى في تصميم الخدمة وفي كيفية تقديمها

أ. إشراك المرضى في تصميم الخدمة

أقرّت «المعايير الدولية» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) بأهمية إشراك المرضى في تصميم وتقديم خدمات علاج الإدمان. ومن أهم مبادئ العلاج الموجه نحو التعافي تقدير مساهمة الأشخاص الذين لديهم «خبرة تعافي معاشة» من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

فيما يتعلق بتصميم الخدمة، يمكن للتشاور مع المرضى أو «خبراء التعافي بالخبرة» ضمان تصميم الخدمة بما يتناسب مع احتياجاتهم. على سبيل المثال، يمكن أن تُوفّر الاستشارة حول مواعيد فتح الخدمات، أو كيفية تحسين الوصول لفئات معينة من المرضى، ملاحظات قيّمة من «العملاء» يمكن استخدامها لضمان تصميم الخدمات بما يُلبّي ظروف المرضى واحتياجاتهم و رغباتهم.

ويمكن استشارة المرضى وإشراكهم في إدارة الخدمات واتخاذ القرارات بطرق متنوعة، بما في ذلك:

- جلسات استشارية مع المرضى حول قضايا محددة، مثل إعادة تصميم الخدمة.
- استطلاعات رأي المرضى من قِبل «مرضى خبراء» مُدرّبين على كيفية جمع البيانات وتقديم التقارير إلى الإدارة.

- منتدى استشارة منتظم للمرضى.

- مجموعة تمثيلية للمرضى، يجتمع ممثلوها بانتظام، ويُقدّمون ملاحظاتهم إلى الإدارة.

- ممثلو المرضى في اجتماعات الحوكمة السريرية.

- ممثلو المرضى في مجموعات تصميم أو تطوير الخدمات.

- أيًا كانت الآلية المُعتمدة، يجب أن تكون منتظمة، وأن تُراعي الإدارة آراء المرضى بشكل منهجي.

من المهم أيضًا طمأنة المرضى بأن ملاحظاتهم (خاصةً إذا كانت حرجة) لن تؤثر سلبًا عليهم أو على علاجهم.

عند جمع ملاحظات المرضى، يُنصح بالتأكد من تلقي ملاحظاتهم أو اقتراحاتهم ردًا رسميًا من الإدارة. يمكن أن يكون ذلك عبر ردود رسمية على ممثلي المرضى أو عبر ملصقات في مناطق الانتظار توضح طلب المريض وكيفية استجابة الإدارة (ملصقات مثل: «طلباتكم أوامر»).

المربع 18: المعايير المتعلقة بإشراك المرضى في تصميم الخدمة وتقديمها

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (PC6) ينص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة إشراك المرضى في عملية تصميم الخدمة وتحديد كيفية تقديمها.

المعيار:

(أ) يجب أن تضع الخدمة آليات لإشراك المرضى في تصميم الخدمة

(ب) يجب إشراك الأشخاص ذوي "الخبرة الفعلية" ممن كانوا يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات واستطاعوا التعافي منها في تقديم الخدمة.

الوثائق:

(أ) مجموعة استشارية للمرضى، ومحاضر اجتماعات تُظهر المشاركة، ومعلومات من مستخدمي الخدمة

(ب) يُظهر تدقيق سجلات الموظفين أن بعض المتطوعين/الموظفين لديهم "خبرة فعلية"، معلومات من المدراء والقادة والموظفين

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): الإدارة الأساسية

المعيار (CM7): يجب أن تُشرك الخدمة المرضى والخبراء ممن مروا بنفس التجربة في تطوير الخدمة وعملية ضمان جودتها وتقديمها.

المتبادلة؛ والعمل التوعوي لجذب المرضى أو مساعدتهم في البقاء في العلاج؛ و«الاستقبال» أو «استقبال المرضى والترحيب بهم»، وتقديم المرطبات في أماكن الانتظار، إلخ.

ومع ذلك، تُشير الإرشادات الدولية بوضوح إلى أن امتلاك «خبرة تعافي» من اضطرابات تعاطي المواد المسببة للإدمان لا يؤهل الشخص تلقائياً لتقديم تدخلات نفسية واجتماعية. يجب أن يكون الموظفون أو المتطوعون ذوو «خبرة التعافي المعاشة» الذين يقدمون تدخلات علاجية مدربين ومؤهلين بشكل مناسب في هذه التدخلات: سواء كانوا مستشارين أو ممرضين أو أطباء. ويحق للموظفين أو المتطوعين ذوي «خبرة التعافي المعاشة» الاستفادة من إجراءات الموارد البشرية كغيرهم من الموظفين، بما في ذلك الدعم والإشراف المنتظم (انظر القسم رقم 5.2).

ب. إشراك الأشخاص الذين لديهم خبرة تعافي من اضطرابات تعاطي المواد المسببة للإدمان في تقديم الخدمات

كما ذكرنا سابقاً، من الممارسات الجيدة لخدمات علاج المخدرات والكحول إشراك الأشخاص الذين لديهم «خبرة تعافي» من اضطرابات تعاطي المخدرات والتعافي منها في تقديم الخدمات. يمكن أن يزرع هذا الأمل ويكون قدوة للمرضى. هناك أيضاً أدلة قوية على أن دعم الأقران، مثل الذي توفره زمالة برنامج «12 خطوة»، يمكن أن يساعد الأشخاص على التغلب على إدمان المخدرات، ويجب أن تُسهّل الخدمات الوصول إلى دعم الأقران كمكمل للعلاج. يمكن لـ«خبراء التعافي بالخبرة» المختارين والمدربين والمدعومين بشكل صحيح العمل أو التطوع في خدمات العلاج في أدوار متنوعة، مثل: دعم الأقران؛ وتوفير مجموعات المساعدة

3.7 القائمة المرجعية للعلاج والرعاية المخصصة المرتكزة على الشخص

الرمز	المعيار	الوثائق	نعم / لا
PC1	يجب أن تكون تقييمات المرضى شاملة وتشاركية		
	أ) يجب أن تكون تقييمات العملاء شاملة.	• أداة تقييم شاملة وعملية تُستخدم بشكل روتيني.	
	ب) يجب أن يلعب المرضى دوراً فعالاً في تقييمهم، ويجب أن تقدر آراؤهم.	• تشير مراجعة سجلات المرضى و/أو استطلاعات رأي المرضى إلى أنه يتم البحث عن آراء المرضى وأخذها في الاعتبار أثناء التقييم مال التعافي) في الاعتبار أثناء التقييم.	
PC2	ج) يجب أن تُؤخذ نقاط قوة المريض وموارده (رأس مال التعافي) في الاعتبار أثناء التقييم.	• أداة تقييم شاملة. • يُظهر تدقيق سجلات المرضى نقاط قوة المرضى ومواردهم التي تم تقييمها.	
	يجب أن يُقدم العلاج والرعاية بناءً على موافقة مستنيرة من المرضى		
PC3	أ) يجب أن تُقدّم الخدمة بناءً على موافقة المريض الحرة والمستنيرة.	• بروتوكولات الخدمة والوثائق المتعلقة بالموافقة.	
	ب) يجب أن تُوثق الموافقة المريض على العلاج في سجلاته.	• يجب أن يُظهر تدقيق سجلات المريض تسجيل الموافقة بشكل روتيني.	
PC3	يجب أن يكون لدى جميع المرضى خطة علاج فردية مكتوبة تتم مراجعتها بانتظام وتساعد في تنسيق العلاج والرعاية		
	أ) يجب أن يكون لدى المرضى خطة علاج فردية مكتوبة.	• مراجعة سجلات المرضى المتعلقة بخطة العلاج.	
	ب) يجب أن تُراجع الخدمة العلاج بانتظام، مع مراعاة آراء المرضى حول تقديم العلاج.	• تدقيق سجلات المرضى مع: • مراجعة خطة العلاج. • تسجيل آراء المرضى في المراجعات.	
	ج) يجب أن تُسجّل الخدمة إحالات المرضى إلى مقدمي خدمات آخرين في خطط علاج المرضى.	• تدقيق سجلات المرضى للإحالات.	
د) يجب أن يكون لدى المرضى خطط خروج عند مغادرتهم الخدمات تعزيزاً للرعاية الشاملة والحد من الانتكاس.	• مراجعة سجلات المرضى وخطط الخروج.		

الرمز	المعيار	الوثائق	نعم / لا
PC4	يجب أن تعمل الخدمة بالشراكة والتنسيق مع الخدمات الأخرى لتلبية احتياجات المرضى.		
	أ) يجب أن تعمل الخدمة مع مقدمي خدمات آخرين لتلبية احتياجات المرضى.	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكولات مع مقدمي خدمات آخرين. مسارات إحالة واضحة. 	
PC5	يجب أن تلبى الخدمة احتياجات مجموعة متنوعة من المرضى		
	أ) يجب أن تُعزز الخدمة الوصول إلى الرعاية لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة، وأن يكون لديها استراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.	<ul style="list-style-type: none"> تقارير تُظهر مدى وصول مجموعة متنوعة من المرضى. استراتيجيات أو خطط لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج. 	
	ب) يجب تدريب الموظفين على التعامل مع فئات متنوعة من المرضى.	<ul style="list-style-type: none"> يجب أن يُظهر تدقيق سجلات الموظفين التدريب أو الكفاءة. 	
	ج) يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولات راسخة لضمان تلبية احتياجات الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة من العلاج والرعاية (مثل النساء والأطفال والمراهقين، إلخ).	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكولات لمختلف الفئات السكانية بروتوكولات مثبتة يتم تطبيقها 	
PC6	يجب أن تضمن الخدمة إشراك المرضى في عملية تصميم الخدمة وتحديد كيفية تقديمها		
	أ) يجب أن تضع الخدمة آليات لإشراك المرضى في تصميم الخدمة.	<ul style="list-style-type: none"> آليات موثقة لإشراك المرضى. ملاحظات المرضى حول المشاركة. 	
	ب) يجب إشراك الأشخاص ذوي «خبرة تعافي مُعاشة» في اضطرابات تعاطي المخدرات والتعافي منها في تقديم الخدمات.	<ul style="list-style-type: none"> تدقيق الموظفين أو المتطوعين أدلة على دعم الأقران، والتوجيه، وما إلى ذلك. 	

4.1 أهمية النهج الموثق

ويوضح المربع 19 معايير الجودة الرئيسية المتعلقة بإتباع الخدمة لنهج موثق.



المربع 19: التدخلات القائمة على الأدلة العلمية ومدعومة ببروتوكولات راسخة
معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار:

(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة نهج موثق يتمشى مع الأدلة العلمية.

الوثائق:

دليل علاجي، أو مجموعة من الوثائق، أو صفحات ويب تغطي جميع جوانب العلاج المقدم. معلومات من المدراء والقادة.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): الرعاية الأساسية . المعيار (CC1) - الفقرة أ: يجب أن تتبع الخدمة نهجاً علاجياً موثقاً قائماً على الأدلة العلمية، ويتم توضيحه للموظفين والمرضى، على سبيل المثال، في دليل العلاج.

فمن الناحية المثالية، يجب أن تحتوي خدمة علاج إدمان المخدرات والكحول على دليل علاجي، أو مجموعة من الوثائق، أو صفحات ويب تصف وتشرح حزم العلاج ومجموعة التدخلات التي تقدمها الخدمة، ومجموعات المرضى، ومعايير الإدماج والاستبعاد، والقواعد أو المتطلبات، بما في ذلك تمويل العلاج، وجدول زمنية للخدمة، وما إلى ذلك.

عادةً ما لا يحتوي دليل العلاج أو الوثائق على وثائق مفصلة توضح كيفية تنفيذ كل تدخل، والكفاءة المطلوبة للموظفين؛ فهذه هي البروتوكولات أو إجراءات التشغيل القياسية للتدخلات الموضحة أدناه.

يُعد وجود وثائق مكتوبة حول ما تقدمه خدمة علاج الإدمان وكيفية تقديمها مسئوليةً بالغة الأهمية لإدارة الخدمة. ولا ينبغي أن يكون وجود أدلة الخدمة والبروتوكولات أو إجراءات التشغيل القياسية (SOPs) المتعلقة بالعلاج الذي تقدمه الخدمة مجرد عمل ورقي. بل يجب أن تكون هذه الوثائق حيةً ويستخدمها الموظفون بفعالية، وأن توفر إرشادات حول كيفية تقديم التدخلات العلاجية في الخدمات وما يُتوقع من الموظفين القيام به. وبالمثل، يجب أن تكون المعلومات متاحةً للمرضى حول ما سيتلقونه وما هو متوقع منهم.

في جميع خدمات الرعاية الصحية، ينبغي أن تُرشد المعرفة العلمية التدخلات المقدمة للمرضى. وتوصي الإرشادات الدولية بأن تُقدم خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول تدخلات أثبتت فعاليتها من خلال البحث العلمي. فالتدخلات التي لم تُثبت فعاليتها من خلال البحث العلمي قد لا تُحسن حياة المرضى، بل قد تلحق الضرر بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.

علاوةً على ذلك، من الضروري أن تضمن خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول، عند تقديمها للتدخلات، الالتزام التام بتصميم وتنفيذ التدخل الذي حقق نتائج إيجابية. يُطلق على هذا أحياناً «الالتزام» بنموذج التدخل القائم على الأدلة العلمية. ويشمل ذلك ضمان كفاءة الموظفين الذين يُقدمون التدخل.

ويمكن لمديري خدمات العلاج وآليات ضمان الجودة التحقق مما إذا كانت الخدمة تُقدم تدخلات علاجية قائمة على الأدلة العلمية من خلال التأكد من:

(أ) وجود بروتوكولات أو إجراءات تشغيلية قياسية لكل تدخل.

(ب) وجود أدلة على تنفيذ كل تدخل وفقاً للبروتوكول (يمكن أن تكون الأدلة تدقيقاً لسجلات المرضى للتأكد من تلقي المرضى للتدخلات كما هو مُصمم، أو تدقيقاً للأدوية للإشارة إلى الامتثال للبروتوكولات، إلخ).

(ج) كفاءة الموظفين الذين يُقدمون التدخلات للقيام بذلك. يجب أن يتمتع الموظفون بالخبرة والمؤهلات والتدريب اللازم لتقديم تدخل علاجي مُحدد.

علاوةً على ذلك، يجب أن يخضع الموظفون لإشراف مستمر لضمان ترجمة التدريب إلى ممارسة قائمة على الأدلة العلمية والالتزام بنماذج التدخل.

4.2 إجراءات التشغيل القياسية (SOPs)

البروتوكول أو إجراء التشغيل القياسي (SOP) هو وثيقة تشرح التدخل أو الإجراء بالتفصيل للموظفين، وعادةً ما تتضمن كحد أدنى ما يلي:

- الغرض من إجراء التشغيل القياسي.
- مقدمة.
- النطاق: مجال وسياق إجراء التشغيل القياسي.
- التعريفات.
- المسؤوليات.
- الإجراءات المحددة: شرح تفصيلي لكيفية تنفيذ التدخل خطوة بخطوة.
- متطلبات إعداد التقارير والنماذج أو القوالب المستخدمة.
- كيفية ارتباط هذا الإجراء التشغيلي القياسي بإجراءات التشغيل القياسية الأخرى.
- سجل تحديثات إجراء التشغيل القياسي (من، متى، وما الذي تغير) وتاريخ المراجعة.

4.3 ضمان توافق التدخلات مع التوجيهات الدولية والأدلة العلمية

يوضح الجزء المتبقي من هذا القسم معايير الجودة الرئيسية للمجموعات الرئيسية من التدخلات التي تقدمها خدمات علاج الإدمان المتخصصة.

- تدخلات للحد من الأضرار الصحية والاجتماعية لاضطرابات تعاطي المخدرات والكحول (المربع 20).
 - التدخلات النفسية والاجتماعية (المربع 21).
 - التدخلات الدوائية (المربع 22).
 - تدخلات إدارة التعافي (المربع 23).
- بما أن خدمات علاج الإدمان المختلفة تقدم أنواعاً مختلفة من التدخلات، ينبغي على المدراء والقادة اختيار التدخلات التي تقدمها هذه الخدمات. تُعتبر المعايير المتعلقة بالتدخلات النفسية والاجتماعية «الخيوط الذهبية» لجميع خدمات علاج الإدمان، وتُطبق على جميع هذه الخدمات. علاوة على ذلك، من الممارسات الجيدة أن تُقدم جميع خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول بعض التدخلات للحد من العواقب السلبية والاجتماعية لتعاطي المخدرات والكحول - مثل الوقاية من الجرعات الزائدة.

4.4 التدخلات المرجحة للحد من الأضرار الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات

يوضح المربع 20 معايير الجودة الرئيسية المتعلقة بالتدخلات الرامية إلى الحد من الأضرار والعواقب الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المواد المخدرة. تختلف التدخلات التي تقدمها خدمات علاج الإدمان باختلاف نطاق الخدمة، وفئات المرضى واحتياجاتهم، والإطار القانوني وثقافة البلد.

وتشمل التدخلات التي توصي بها «المعايير الدولية» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) (2020) ما يلي:

- معلومات عن الخدمات التي تلبي الاحتياجات الأساسية (السلامة، والمياه، والغذاء، والمأوى، والنظافة، والملابس) والربط بها.
- برامج الحصول على الإبر والمحاقن.
- برامج توزيع الواقي الذكري.

المربع 20: التدخلات القائمة على الأدلة العلمية ومدعومة ببروتوكولات راسخة وتهدف إلى الحد من العواقب الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات
معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار:

المعيار (E3) الفقرة ب - النقطة رقم 1: يجب أن تستخدم الخدمة بروتوكولاً أو إجراءات تشغيلية قياسية مُعتمدة لضمان أن تكون التدخلات الرامية إلى الحد من الآثار والأضرار الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات قائمة على الأدلة العلمية.

المعيار (E3) الفقرة ب - النقطة رقم 2: يجب ضمان كفاءة الموظفين في تقديم التدخلات للحد من العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات
الوثائق:

المعيار (E3) الفقرة ب - النقطة رقم 1: بروتوكول الخدمة أو إجراءات تشغيلية قياسية أو وثيقة مشابهة
المعيار (E3) الفقرة ب - النقطة رقم 2: سجلات الموظفين
معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير التدخل
المعيار (Int1): يجب أن تُقدم الخدمة أو تعمل مع جهات أخرى لتعزيز الصحة والحد من الآثار والأضرار الصحية والاجتماعية السلبية المرتبطة بتعاطي المخدرات من خلال التوعية أو ضمن الخدمات

- الوقاية من الجرعات الزائدة، وتحديدها، وإدارتها، بما في ذلك توزيع دواء النالكسون ليكون متوفراً في المنزل.
 - الفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة البشرية/فيروسات التهاب الكبد الوبائي والاستشارات المرتبطة به.
 - معلومات عن خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتشخيصه وعلاجه، والربط بها.
 - معلومات عن خدمات التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد الوبائي ب، والوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه، والربط بها.
 - معلومات عن خدمات الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والسل وتشخيصها وعلاجها، والربط بها.
 - معلومات وتوعية موجّهة لتعاطي المخدرات وأزواجهم، حول آثار المخدرات، والمخاطر المرتبطة بتعاطيها، وكيفية الحد من الأضرار الصحية والاجتماعية الناجمة عنها.
 - معلومات عن مجموعات المساعدة المتبادلة ودعم الأقران (مثل زمالة المدمنين المجهولين، مجموعات الدعم لأصدقاء وعائلات الأفراد المتأثرين بالإدمان، زمالة مدمني الكوكايين المجهولين... الخ، وغيرها من المجموعات)، وكيفية الوصول إليها.
 - أنشطة مكافحة الوصمة الاجتماعية، ورفع الوعي، والترويج في المجتمع.
 - نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) لعلاج لتعاطي المخدرات.
 - الاستشارات الأساسية.
 - معلومات عن الرعاية الطبية الأساسية (مثل علاج الجروح والإصابات) وإمكانية الوصول إليها.
 - معلومات عن خدمات الدعم الاجتماعي، بما في ذلك مؤسسات توفير الغذاء والمأوى ووسائل النظافة والتعقيم.
 - التدخل في الأزمات والتدخلات الطارئة.
 - الحصول على الدعم القانوني.
 - الإحالة إلى خدمات علاج الإدمان الأخرى وخدمات إدارة التعافي.
 - الإحالة إلى الخدمات الصحية والاجتماعية.
- ويمكن تقديم هذه التدخلات من خلال خدمات داخلية مخصصة أو من خلال التواصل مع الخدمات ذات الصلة في المجتمع المحلي. يتطلب هذا المعيار من الخدمة العمل

بالشراكة مع منظمات ومؤسسات علاج الإدمان الأخرى ومجموعة من مقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية الآخرين حتى تتمكن من إحالة المرضى إذا لم تتمكن من تقديم هذه التدخلات بنفسها.

بالنسبة لجميع معايير التدخل، ينبغي أن يكون لدى الخدمة:

أ. بروتوكولات مكتوبة أو إجراءات تشغيلية قياسية للتدخلات التي تقدمها.

ب. ضمان كفاءة الموظفين في تقديم كل تدخل.

4.5 التدخلات النفسية والاجتماعية

تُعد التدخلات النفسية والاجتماعية القائمة على الأدلة العلمية أو «العلاجات النفسية المعتمدة على الكلام» تدخلات أساسية لجميع خدمات علاج الإدمان. قد تكون التدخلات النفسية والاجتماعية فردية أو جماعية. تُقدّم هذه الخدمات عادةً وجهاً لوجه، ولكن هناك أدلة متزايدة على أن التقديم الافتراضي (عبر الإنترنت أو الهاتف) قد يكون فعالاً أيضاً.

تشمل التدخلات النفسية والاجتماعية الموصى بها وفقاً للمعايير الدولية (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) (2020) ما يلي:

- التثقيف النفسي.
 - العلاج السلوكي المعرفي.
 - المقابلات التحفيزية والعلاج التعزيزي التحفيزي.
 - مناهج التعزيز المجتمعي.
 - مناهج العلاج الموجهة للأسرة.
 - إدارة الطوارئ.
 - المساعدة المتبادلة (بما في ذلك مجموعات برنامج «12 خطوة نحو التعافي»).
 - دعم التعافي مثل دعم السكن والتوظيف.
- ترتبط فعالية التدخلات النفسية والاجتماعية بكل من توفير تدخل قائم على الأدلة العلمية وجودة العلاقة العلاجية التي تربط الموظفين الذين يقدمون التدخل بالمرضى. وبالتالي، تتطلب كفاءة الموظفين في تقديم التدخلات النفسية والاجتماعية المعرفة والمهارات اللازمة لتقديم التدخل، بالإضافة إلى مواقف الموظفين وصفاتهم التي تمكنهم من بناء علاقات علاجية جيدة مع المرضى والحفاظ عليها. صفات الطاقم، مثل التعاطف، وعدم إصدار الأحكام، والاهتمام، والرحمة، بالغة الأهمية.

ويمكن تقديم التدخلات النفسية والاجتماعية من قبل:

- طاقم عمل مُعيّن خصيصاً لهذا الغرض (علماء نفس، مستشارون، معالجون أسريون).
- عاملون رئيسيون أو مديرو حالات (إذا كانوا مؤهلين للقيام بذلك) في سياق التخطيط والمراجعة الدورية للعلاج.
- دعم الأقران والمساعدة المتبادلة من قبل طاقم عمل أو متطوعين «لديهم خبرة سابقة فعلية».

ينبغي أيضاً تصميم التدخلات النفسية والاجتماعية بما يتناسب مع الاحتياجات الفردية للمريض. قد يرتبط ذلك بشدة وتعقيد اضطرابه - على سبيل المثال، قد يحتاج مريض يعاني من اضطراب تعاطي القنب المعتدل إلى برنامج نفسي اجتماعي لمدة ستة أسابيع، بينما قد يحتاج مريض يعاني من اضطراب تعاطي المنشطات الحاد إلى تدخلات نفسية واجتماعية مختلفة، بالتتابع، على مدار عام أو أكثر. ينبغي تصميم التدخلات النفسية والاجتماعية بما يتناسب مع احتياجات فئات المرضى، مع إجراء تعديلات على أساليب تقديمها أو محتواها لتلبية احتياجات النساء؛ والأطفال والشباب؛ والجماعات الدينية أو العرقية؛ والأشخاص ذوي الإلمام بالقراءة والكتابة المنخفض؛ والنازحين والمشردين، إلخ.

وبالنسبة لجميع التدخلات النفسية والاجتماعية، ينبغي أن يكون لها:

- أ. بروتوكولات مكتوبة أو إجراءات تشغيلية قياسية لكل تدخل من التدخلات النفسية والاجتماعية التي تقدمها.
- ب. ضمان كفاءة الموظفين لتقديم هذه التدخلات.
- ج. ضمان وجود العلاقة العلاجية الإيجابية بين المرضى والموظفين.

«المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة - عام 2020) تؤكد على أن التدخلات الدوائية ينبغي أن تُقدم دائماً في سياق التدخلات النفسية والاجتماعية.

4.6 التدخلات الدوائية

التدخلات الدوائية هي تلك التي تتضمن وصف الأدوية. ينبغي قراءة هذا القسم بالتزامن مع القسم 6.6 الذي يتناول إدارة الأدوية (طلب الأدوية، وتخزينها، ووصفها، وصرفها، والتخلص منها).

قد لا تُقدم بعض خدمات علاج الإدمان المتخصصة تدخلات دوائية، وقد لا ينطبق هذا القسم. وقد لا تُقدم خدمات أخرى وصفاً للأدوية، ولكن قد يتعين عليها إدارة الأدوية في مقارها (مثل أدوية المرضى في وحدات إعادة التأهيل السكنية)، ولذلك قد يكون القسم 6.6 ذا صلة.

تُقدم بعض خدمات علاج الإدمان المتخصصة تدخلات دوائية، ويُصح المدراء والقادة بالالتزام بالإرشادات والمعايير الواردة في هذا القسم، وكذلك بشأن إدارة الأدوية.

وقد تُوصف الأدوية من قبل خدمات علاج الإدمان المتخصصة لأسباب مُتعددة، منها:

- إدارة أعراض انسحاب المخدرات أو الكحول.
- أدوية لتخفيف أعراض تعاطي القنب أو المنشطات أو غيرها من المخدرات أو الكحول (وصف الأعراض).
- العلاج الوقائي باستخدام ناهضات الأفيون.
- الوقاية من الجرعات الزائدة وإدارتها.

المربع 21: التدخلات النفسية والاجتماعية القائمة على الأدلة العلمية ومدعومة ببروتوكولات راسخة
معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار:

المعيار (E3) الفقرة ج - النقطة رقم 1: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولاً أو إجراءات تشغيلية قياسية راسخة لضمان أن تكون التدخلات النفسية والاجتماعية قائمة على الأدلة العلمية.

المعيار (E3) الفقرة ج - النقطة رقم 2: يجب أن يمتلك الموظفون المعرفة والكفاءة المهنية الكافية لتقديم التدخلات النفسية والاجتماعية الملائمة.

الوثائق:

المعيار (E3) الفقرة ج - النقطة رقم 1: بروتوكول الخدمة أو إجراءات تشغيلية قياسية أو وثيقة مماثلة.

المعيار (E3) الفقرة ج - النقطة رقم 2: تدقيق سجلات الموظفين للتحقق من الكفاءة، استبيانات المرضى للتحقق من التحالف العلاجي.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير التدخل.

- المعيار (Int3): يجب أن تقدم الخدمة تدخلات علاجية نفسية واجتماعية بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة العلمية.

- الوقاية من الانتكاس الناتج عن تعاطي الأفيون أو الكحول.

ولذلك، تؤكد «المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO/UNODC) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) (2020) على ضرورة تقديم التدخلات الدوائية دائماً في سياق التدخلات النفسية والاجتماعية.

قد يكون نطاق بعض خدمات علاج الإدمان المتخصصة أوسع، ويشمل أيضاً تدخلات دوائية لإدارة الأمراض المصاحبة، مثل مشاكل الصحة النفسية، أو مشاكل الصحة البدنية، مثل لقاحات التهاب الكبد الوبائي ب أو إدارة العدوى.

ويوضح المربع 22 معايير الجودة الرئيسية للتدخلات الدوائية في خدمات العلاج من الإدمان. وكما هو الحال مع معايير التدخل السابقة، ينبغي على مديري الخدمات التي تقدم التدخلات الدوائية التأكد من أن الخدمة:

- أ. لديها بروتوكولات مكتوبة أو إجراءات تشغيلية قياسية للتدخلات الدوائية التي تقدمها.
- ب. أن يكون الموظفون مؤهلين لتقديم كل تدخل دوائي.

المربع 22: التدخلات الدوائية القائمة على الأدلة العلمية ومدعومة ببروتوكولات راسخة معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار:

المعيار (E3) الفقرة د - النقطة رقم 1: يجب أن تستخدم الخدمة بروتوكولاً راسخاً أو إجراءات تشغيلية قياسية لضمان أن تكون التدخلات الدوائية قائمة على الأدلة العلمية.

المعيار (E3) الفقرة د - النقطة رقم 2: يجب أن يمتلك الموظفون المعرفة والكفاءة المهنية الكافية لتقديم التدخلات الدوائية الملائمة.

الوثائق:

المعيار (E3) الفقرة د - النقطة رقم 1: بروتوكول الخدمة أو إجراءات تشغيلية قياسية أو وثيقة مماثلة.

المعيار (E3) الفقرة د - النقطة رقم 2: سجلات الموظفين -معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير التدخل.

-المعيار (Int4): يجب أن تقدم الخدمة تدخلات علاجية دوائية بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة العلمية.

كما ينبغي تطوير بروتوكولات التدخل الدوائي أو إجراءات التشغيل القياسية (SOPs) بما يتماشى مع الإرشادات القائمة على الأدلة العلمية للأدوية، كما حددتها منظمة الصحة العالمية، وذلك في حال عدم وجود إرشادات سريرية وطنية في هذا المجال.

جدير بالذكر أن الأطر الطبية القانونية تختلف باختلاف البلدان، وخاصةً فيما يتعلق بالأدوية الخاضعة للرقابة، مثل أدوية ناهضات الأفيون، مثل: الميثادون والبوبيرينورفين. يجب أن تعكس إجراءات التشغيل القياسية للخدمات القوانين واللوائح الطبية القانونية الوطنية، مع الالتزام بالتوجيهات الدولية.

وكذلك تختلف كفاءة الكوادر الطبية في تقديم التدخلات الدوائية باختلاف البلدان. عادةً ما يتولى وصف الأدوية في خدمات علاج الإدمان المتخصصة أطباء متخصصون في علاج اضطرابات إدمان المخدرات والكحول (مثل طبيب نفسي متخصص في الإدمان، أو طبيب آخر حاصل على تدريب ومؤهلات إضافية في علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة). بعض البلدان تُتيح لـ«الفنيين غير الأطباء» تقديم التدخلات الدوائية لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة. قد يكون هؤلاء ممرضين أو صيادلة حاصلين على مؤهلات إضافية لوصف الأدوية ضمن بروتوكولات متفق عليها. لا ينبغي تقديم التدخلات الدوائية من قبل كوادر طبية غير

4.7 تدخلات إدارة التعافي

إدارة التعافي

تُعد إدارة التعافي عملية طويلة الأمد تتضمن جهوداً متواصلة لتحقيق أهداف التعافي والحفاظ عليها. قد تشمل هذه الأهداف ضبط النفس الطوعي من تعاطي المواد المخدرة، وتحسين صحة الشخص ورفاهيته؛ أو أهدافاً تتعلق بالتوظيف أو التعليم، والدعم الاجتماعي، والمشاركة المجتمعية. تُوصف تدخلات إدارة التعافي أحياناً بأنها تدخلات رعاية مستمرة تستمر أثناء العلاج وبعده. تُوصف أحياناً أيضاً بـ«الرعاية اللاحقة» بعد انتهاء فترة العلاج الرسمي من اضطرابات تعاطي المواد المسببة للإدمان. تصف «المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لعام 2020، أربعة مبادئ لإدارة التعافي. وهي:

- التركيز على تعزيز نقاط القوة بدلاً من تقليل نقاط الضعف.
- برامج مرنة لتلبية احتياجات كل مريض على حدة.

- الحصول على سكن مستقر يدعم التعافي أو الحفاظ عليه.
 - الحفاظ على التحرر من العنف والإساءة.
 - حل المشكلات القانونية والمالية.
 - الاستقرار المالي.
 - مواصلة التعليم أو الحصول على وظيفة أو وسيلة دعم مالي (بما في ذلك التطوع).
 - المشاركة الاجتماعية أو الثقافية أو الإنسانية أو الروحية لتعزيز هدف الحياة.
 - المساعدة في تخفيف وطأة الوصمة والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.
- وقد تشمل بعض التدخلات المحددة التي قد يقدمها مقدمو علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، تسهيل الوصول إلى المساعدة المتبادلة، وفحوصات التعافي اللاحقة على فترات منتظمة بعد العلاج (شخصياً أو عبر الهاتف أو الإنترنت).
- وكما هو الحال مع التدخلات الأخرى، ينبغي أن تتضمن الخدمات ما يلي:
- أ. بروتوكولات مكتوبة أو إجراءات تشغيلية قياسية لكل تدخل من تدخلات إدارة التعافي التي تقدمها،
- ب. ضمان كفاءة الموظفين في تقديم هذه التدخلات.

- مراعاة استقلالية المريض وحرية اختياره في المساعدة على إدارة حالته «المزمنة» من إدمان المواد المخدرة.
- المشاركة المجتمعية وإشراك عائلة المريض وأصدقائه والمجتمع المحلي في تعافيه.
- تجمع إدارة التعافي بين الأنشطة والتدخلات، بالإضافة إلى علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة القائم على الأدلة العلمية. تساعد إدارة التعافي على تقوية وتعزيز موارد المريض الداخلية والخارجية لتحسين فرص التعافي المستقر أو التدريجي. وقد يشمل ذلك:
- تعزيز مرونة الفرد وكفاءته الذاتية وثقته بنفسه لمواجهة تحديات الحياة مع الحفاظ على أهداف التعافي.
- بناء شبكة اجتماعية داعمة تُساعد في تحقيق أهداف التعافي والحفاظ عليها.
- مساعدة الأفراد على وضع إستراتيجيات لتعزيز الصحة والتعافي والحفاظ عليهما.
- التثقيف والتدريب للوقاية من الانتكاس والجرعة الزائدة وإدارتهما - بما في ذلك استخدام النالوكسون لعلاج جرعات المواد المخدرة الأفيونية الزائدة.
- التثقيف والموارد اللازمة للتعامل مع أنظمة الصحة والرعاية الاجتماعية.
- المشاركة الفعالة في برامج المساعدة المتبادلة والمساعدة الذاتية، مثل زمالات برنامج «12 خطوة»، ومجموعات الدعم الروحي أو غيرها.

المربع 23: تدخلات إدارة التعافي القائمة على الأدلة العلمية ومدعومة ببروتوكولات راسخة معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار:

المعيار (E3) الفقرة هـ - النقطة رقم 1: يجب أن تستخدم الخدمة بروتوكولاً راسخاً أو إجراءات تشغيلية قياسية لضمان استناد التدخلات إلى الأدلة.

المعيار (E3) الفقرة هـ - النقطة رقم 2: يجب أن يمتلك الموظفون المعرفة والكفاءة المهنية الكافية لتقديم تدخلات إدارة التعافي الملائمة.

الوثائق:

المعيار (E3) الفقرة هـ - النقطة رقم 1: بروتوكول الخدمة أو إجراءات تشغيلية قياسية أو وثيقة مماثلة.

المعيار (E3) الفقرة هـ - النقطة رقم 2: سجلات الموظفين.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير التدخل.

المعيار (Int5): يجب أن تقدم الخدمة خدمات ودعمًا مستدامًا لإدارة التعافي.

4.8 القائمة المرجعية للتدخلات القائمة على الأدلة العلمية

الرمز	المعيار	الوثائق	نعم / لا
(E3)-أ	يجب أن يكون لدى الخدمة نهج موثق يتماشى مع الأدلة العلمية		
	يجب أن يغطي دليل العلاج (أو الوثائق المماثلة) جميع جوانب العلاج المقدم.	<ul style="list-style-type: none"> • دليل العلاج أو وثائقه. • معلومات من المدراء والقادة. 	
(E3)-ب	يجب أن تهدف الخدمة إلى الحد من العواقب الصحية والاجتماعية السلبية الناجمة عن تعاطي المخدرات		
	1. يجب أن تستخدم الخدمة بروتوكولاً أو إجراءات تشغيلية قياسية مُعتمدة لضمان أن تكون التدخلات الرامية إلى الحد من الآثار الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول أو إجراءات تشغيلية قياسية للتدخلات الرامية إلى الحد من الآثار الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات. • دليل على تطبيق البروتوكول. 	
	2. يجب ضمان كفاءة الموظفين في تقديم التدخلات للحد من العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات.	<ul style="list-style-type: none"> • تشير سجلات الموظفين إلى امتلاكهم المؤهلات والتدريب اللازم لتقديم التدخلات للحد من العواقب الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات. 	
(E3)-ج	التدخلات النفسية والاجتماعية		
	1. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولاً أو إجراءات تشغيلية قياسية راسخة لضمان أن تكون التدخلات النفسية-الاجتماعية قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول أو إجراء تشغيلي قياسي للتدخلات النفسية والاجتماعية. • دليل على تطبيق البروتوكول. 	
	2. يجب أن يتمتع الموظفون بالكفاءة لتقديم تدخلات نفسية-اجتماعية قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • يجب أن تشير سجلات الموظفين إلى امتلاكهم المؤهلات والتدريب اللازم لتقديم تدخلات نفسية واجتماعية. 	
(E3)-د	التدخلات الدوائية (إذا كان يتم توفيرها من خلال الخدمة)		
	1. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولاً أو إجراءات تشغيلية قياسية راسخة لضمان أن تكون التدخلات الدوائية قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول أو إجراء تشغيلي قياسي للتدخلات النفسية والاجتماعية. • إثبات تطبيق البروتوكول. 	
	2. يجب أن يتمتع الموظفون بالكفاءة لتقديم تدخلات دوائية قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • يجب أن تشير سجلات الموظفين إلى امتلاكهم المؤهلات والتدريب اللازم لطلب الأدوية وتخزينها ووصفها وصرفها وتنسيقها. 	
(E3)-هـ	تدخلات إدارة التعافي		
	1. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولاً أو إجراءات تشغيلية قياسية راسخة لضمان أن تدخلات إدارة التعافي قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول أو وثيقة أو إجراء تشغيلي قياسي لتدخلات إدارة التعافي القائمة على الأدلة. • دليل على تطبيق البروتوكول. 	
	2. يجب أن يتمتع الموظفون بالكفاءة لتقديم تدخلات إدارة التعافي قائمة على الأدلة العلمية.	<ul style="list-style-type: none"> • يجب أن تشير سجلات الموظفين إلى امتلاكهم المؤهلات والتدريب اللازم لتقديم تدخلات إدارة التعافي. 	

يُطلب من خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول بشكل متزايد إثبات مدى فائدتها للمرضى وتحقيقها للنتائج المرجوة، ومدى رضا المرضى عنها، وفي حال عدم رضاهم، اتخاذ خطوات لتحسينها. يمكن تحقيق ذلك من خلال تطبيق دورة مراقبة وتحسين الأداء كما هو موضح في الشكل 5 أدناه. وسيتم شرح ذلك بالتفصيل في القسم التالي.



ويرتبط أداء خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول بمدى تحقيق الخدمة للأهداف في جوانب مختلفة من تقديم الخدمة، مثل عدد المرضى الذين تعالجهم، ومعدلات إشغال الأسرة، وعدد المرضى الذين يكملون علاجهم، وما إلى ذلك.

عادةً ما ترتبط نتائج خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول بتأثير الخدمة على مرضاهم - على سبيل المثال، هل انخفض تعاطي المخدرات أو توقف، وهل تحسنت صحة المريض.

يشير مصطلح المراقبة عادةً إلى الجمع المنتظم أو الروتيني للبيانات المتعلقة بأداء أو نتائج خدمات علاج الإدمان. من المهم مراقبة جوانب الخدمة التي تُعتبر حاسمة لنجاحها. إحدى الطرق التي قد تستخدمها الخدمة، أو قد يطلبها ممولوها، هي وضع مؤشرات أداء رئيسية (KPIs). وهذه عادةً عبارة عن عدد صغير من نقاط البيانات التي يُعتقد أنها الأكثر أهمية لإثبات أن الخدمة تحقق أهدافها أو فعاليتها.

كما يمكن لخدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول استخدام بيانات الأداء والنتائج لمراقبة نفسها وإثبات فعاليتها. ويمكنها بعد ذلك تنفيذ إجراءات لتحسين الأداء في حال عدم تحقيق الأهداف. ويمكن للجهات الممولة

استخدام بيانات الرصد لفحص الخدمات بدقة، ومقارنة الخدمات المماثلة، ومحاسبة الخدمات، أو استخدامها لإبلاغ مدفوعات الخدمات أو المنح.

هناك ثلاثة معايير جودة رئيسية تتعلق بمراقبة أداء الخدمات وإمكانية الوصول إليها - معياران يتعلقان بإمكانية الوصول إلى الخدمات، ومعياري واحد يتعلق بمراقبة الأداء والنتائج.



5.1 ضمان وصول الفئات المستهدفة للخدمات في الوقت المناسب

يُعد ضمان الوصول في الوقت المناسب إلى علاج الإدمان على المخدرات والكحول مؤشراً مهماً للأداء في العديد من البلدان. يوضح المربع 24 معياري الجودة الرئيسيين المتعلقين بوصول المرضى.

المعيار (E1) ينص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة وصول الفئات المستهدفة للخدمات في الوقت المناسب و

المعيار (PC5) - الفقرة أ ينص على أنه: يجب أن تعمل الخدمة على تعظيم الوصول إلى الرعاية لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة، وأن يكون لديها إستراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.

تطلب هذه المعايير من الخدمات مراقبة وضمان الوصول لجميع الفئات المستهدفة. تشمل أمثلة معايير الجودة الرئيسية لوصول المرضى أوقات الانتظار؛ أعداد المرضى من الفئات ذات الاحتياجات العلاجية الخاصة الذين يحصلون على العلاج، وما إلى ذلك.

وقد تشمل إستراتيجيات إشراك الفئات التي قد لا تصل إليها الخدمة ما يلي:

- تدخلات التوعية المجتمعية لتقديم الخدمات أو استقطاب وجذب المرضى للعلاج.
- موائمة الخدمات المقدمة لتلبية احتياجات فئات سكانية محددة (على سبيل المثال، التدخلات المصممة خصيصاً للجنس، والعرق، والدين، والمواد المخدرة المستخدمة... إلخ).

كان ناقصًا. في هذا المثال، نفذت الخدمة بعد ذلك خطوات لجذب النساء، وشمل ذلك رعاية أطفال الأمهات وتدخلات مخصصة للنساء فقط.

5.2 مراقبة الأداء وإدارته

يوضح المربع 25 معيار الجودة الرئيسي E2 - الذي ينص على أنه يجب أن تراقب الخدمة أدائها وتحسن نتائجها. قد تُراقب خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول مجموعة من جوانب خدماتها. لمراقبة الأداء بفعالية، من المهم لخدمات علاج الإدمان:

- توضيح ما تسعى الخدمة إلى تحقيقه - لنفسها و/أو للممولين.
- النظر في مؤشرات الأداء الرئيسية التي يمكن ضبطها لتلبية الاحتياجات الداخلية والخارجية.
- التفكير في كيفية مراقبة مؤشرات الأداء الرئيسية.
- يُفضل أن يتم ذلك من خلال جمع البيانات بشكل روتيني، باستخدام متطلبات البيانات المحلية، واستطلاعات رضا المرضى الدورية، وما إلى ذلك.
- امتلاك الموارد الداخلية لجمع البيانات وتحليلها لإعداد تقارير المراقبة لفريق الإدارة.
- امتلاك آليات وعمليات لتحسين الأداء.
- النظر في كيفية إشراك المرضى في المراقبة والتحسين. التفكير في كيفية توصيل نتائج المراقبة داخليًا وخارجيًا. وتشمل أمثلة مؤشرات الأداء الرئيسية لمراقبة الأداء: الاحتفاظ بالمريض في العلاج، وإشغال الأسرة؛ والأعداد في العلاج؛ أعداد المرضى الذين أكملوا العلاج، إلخ.

5.3 مراقبة النتائج وإدارتها

تتعلق مراقبة إدارة النتائج والنتائج في معايير الجودة الرئيسية بنتائج المرضى. يتطلب رصد نتائج المرضى، في الوضع الأمثل، الحصول على بيانات حول سلوك المريض قبل بدء العلاج، ثم أثناءه و/أو بعد انتهائه. عادةً ما تتعلق النتائج الأولية لخدمات علاج إدمان المخدرات والكحول بمعالجة المرضى لاضطراب تعاطيهم للمواد (على سبيل المثال، انخفاض الاستخدام، والتوقف عن الاستخدام). ويمكن قياس ذلك من خلال جمع بيانات حول سلوك المرضى في تعاطي المواد المخدرة، مثل انخفاض عدد أيام

ويعتمد تحديد «الفئة المستهدفة» لخدمات علاج إدمان المخدرات والكحول على نطاق الخدمة. بعض خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات «محلية» ومصممة أو ممولة لتلبية احتياجات جميع المرضى في منطقة معينة (مثل الرجال والنساء والأطفال والشباب، ومتعاطي المخدرات بالحقن، إلخ). قد تُصمم خدمات أخرى لفئة مستهدفة محددة، مثل خدمة مخصصة للنساء فقط. يُقر معيار الجودة الرئيسي (PC5) - بالفقرة أ منه - بأن بعض الفئات قد تكون ممثلة تمثيلاً ناقصًا في العلاج أو يصعب جذبها إليه، ويطلب من الخدمات مراقبة وصول فئات مستهدفة مختلفة إلى العلاج واتخاذ خطوات لتحسينه إذا كان الوصول إلى العلاج أقل بالنسبة لفئة معينة. ومن الأمثلة الشائعة على ذلك خدمة يكون فيها 80% من المرضى رجالاً و 20% نساء.

ففي هذا المثال، أشار تقييم الاحتياجات المحلية إلى أن 33% من السكان المحليين الذين يعانون من مشاكل إدمان كانوا من النساء - لذا، على الرغم من انخفاض عدد النساء اللواتي يعانين من مشاكل إدمان، إلا أن تمثيلهن في العلاج

المربع 24: ضمان الوصول للخدمات في الوقت المناسب

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (E1) ينص على أنه يجب على الجهة التي تقدم الخدمات ضمان سهولة وصول الفئات المستهدفة لهذه الخدمات في الوقت المناسب.

المعيار:

أ. يجب أن تضمن الخدمة وتراقب إمكانية وصول المرضى إلى العلاج في الوقت المناسب.

الوثائق:

دليل على وجود مؤشر واحد أو أكثر من مؤشرات الجودة الرئيسية للوصول. يتم مراقبة مؤشرات الجودة الرئيسية ومراجعة الأداء

المعيار (PC5) ينص على أنه يجب على الجهة التي تقدم الخدمات أن تلبى احتياجات فئات متنوعة من المرضى.

المعيار:

ب. يجب أن تُعزز الخدمة الوصول إلى الرعاية الصحية لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة، ولديها إستراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): الرعاية الأساسية.

المعيار (CC3): يجب أن تضمن الخدمة إمكانية الوصول إلى العلاج في الوقت المناسب لجميع الفئات المستهدفة

المربع 25: قيام الخدمة بمراقبة أدائها وتحسين نتائجها

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (E2) ينص على أنه: يجب على الخدمة مراقبة أدائها وتحسين نتائجها.

المعيار:

أ. يجب أن يكون للخدمة أهداف أو مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) تشمل نتائج المرضى.

ب. يجب أن تُراقب الخدمة أهدافها أو مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs).

ج. يجب أن يكون لدى الخدمة آليات لتحسين أدائها بناءً على نتائج المراقبة.

الوثائق:

يجب أن توثق الخدمة مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)، وتقارير أو بيانات رصد مؤشرات الأداء الرئيسية (KPI)، وتقارير رصد للإدارة، وخطط لتحسين الأداء أو النتائج.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): الرعاية الأساسية .

المعيار (CM8): يجب أن تُراقب الخدمة نتائج المرضى وتستخدم المعلومات في العلاج الفردي لتقييم التقدم ومراقبة الخدمة.

المعيار (CM9): يجب أن تُراقب الخدمة الأداء وتراجعته وتحسنه عند الحاجة.

استخدام المواد المخدرة في الشهر الماضي. كما يمكن للخدمات قياس انخفاض الضرر المرتبط بالمواد المخدرة، مثل قياس معدل الانخفاض في تعاطي المخدرات عن طريق الحقن.

ويمكن أيضاً قياس نتائج تعافي المرضى الأخرى، مثل صحة المريض ورفاهيته، وشبكاتة الاجتماعية، ووضعه السكني، ووضعه الوظيفي، وجرائم المخدرات، وما إلى ذلك.

ومن المهم جداً استخدام أداة الرصد نفسها في كل مرة تُرصد فيها نتائج المرضى. ويمكن تحقيق رصد النتائج باستخدام أدوات تقييم معتمدة أو أدوات نتائج. ومن أمثلة ذلك، «نموذج تقييم نتائج العلاج» (TOP) المستخدم في خمس دول، ونموذج SAATSA المستخدم في جنوب أفريقيا. (انظر المراجع)

5.4 القائمة المرجعية لمراقبة الخدمة لأدائها ونتائجها ومحاولة تحسينها

الرمز	المعيار	الوثائق	نعم / لا
E1	يجب على الجهة التي تقدم الخدمات ضمان سهولة وصول الفئات المستهدفة لهذه الخدمات في الوقت المناسب	<ul style="list-style-type: none"> تقارير مراقبة وصول المرضى. أدلة على إجراءات الخدمة لتحسين الوصول. 	
	أ) يجب أن تضمن الخدمة وتراقب إمكانية وصول المرضى إلى العلاج في الوقت المناسب.		
	انظر أيضاً المعيار (PC5) - الفقرة أ - والتي تنص على ضرورة العمل على تعزيز إمكانية وصول جميع فئات المرضى		
E2	يجب على الخدمة مراقبة أدائها وتحسين النتائج والمخرجات		
	أ) يجب أن يكون للخدمة أهداف أو مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) تشمل نتائج المرضى.	<ul style="list-style-type: none"> أهداف الخدمة أو مؤشرات الأداء الرئيسية. أهداف الخدمة لنتائج المرضى. 	
	ب) يجب أن تراقب الخدمة أهدافها أو مؤشرات الأداء الرئيسية.	<ul style="list-style-type: none"> تقارير مراقبة الأهداف أو مؤشرات الأداء الرئيسية. 	
	ج) يجب أن يكون لدى الخدمة آليات لتحسين أدائها بناءً على نتائج الرصد والمراقبة.	<ul style="list-style-type: none"> دليل على اتخاذ الخدمة إجراءات لتحسين الأداء عند الحاجة. 	

المُعززة للصحة هي تلك التي تسعى بنشاط إلى تحسين صحة المرضى ورفاهيتهم.



يُعدّ منع الإساءة في أي بيئة رعاية صحية أمرًا بالغ الأهمية (بما في ذلك خدمات علاج الإدمان). وقد تكون هذه الإساءة:

يناقش هذا القسم معايير الجودة الرئيسية التي تغطي موضوعات الصحة والسلامة وحقوق الإنسان. فهذه المعايير تشدد على أنه يجب:

- معاملة المرضى باحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والتمييز.
- اطلاع المرضى بشكل تام على قواعد الخدمة وسياساتها وإجراءاتها.
- تعزيز صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي من خلال الخدمة.
- تأمين إجراءات الشكاوى المستقلة.
- حماية المرضى من الأذى من خلال ضمان النظافة ومكافحة العدوى والوقاية من الحرائق وغيرها من الحوادث الخطيرة.
- إدارة الأدوية بشكل فعال.

المربع 26: تعزيز حقوق المرضى ومنع الإساءة والتمييز معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (P1)، الذي ينص على أنه: يجب معاملة المرضى بكرامة واحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والوصمة والتمييز.

المعيار:

- أ. يجب أن يكون المرضى هم من يُبلغون عن معاملتهم بكرامة واحترام.
- ب. يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات لضمان احترام حقوق المرضى وخصوصيتهم وحمايتهم.
- ج. يتعين على الخدمة أن تضمن توفير بيئة صحية تُعزز حقوق الإنسان، ولا يتعرض المرضى للإساءة أو التمييز أو سوء الممارسة المهنية.
- د. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول راسخ وأنشطة موثقة تهتم بالتعامل مع الوصمة الاجتماعية التي تلحق المرضى والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

الوثائق:

- أ. ملاحظات المرضى، سجلات شكاوى المرضى.
 - ب. البروتوكولات أو الإجراءات، ملاحظات المرضى.
 - ج. الفحوصات البصرية، ملاحظات المرضى، شكاوى المرضى.
 - د. بروتوكول الخدمة والوثائق، وملاحظات الموظفين والمرضى.
- معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير التدخل.
- المعيار (PR): يجب احترام حقوق المرضى الذين يتلقون علاجًا متخصصًا لاضطراب تعاطي المخدرات، وموافقته على العلاج وإشراكهم فيه بشكل كامل، وتمكينهم من الحد من الآثار السلبية لتعاطي المخدرات والكحول وتحقيق نتائج التعافي.

6.1 معاملة المرضى باحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والتمييز

يتناول المربع 26 معيار الجودة الرئيسي (P1)، الذي ينص على أنه: يجب معاملة المرضى بكرامة واحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والوصمة والتمييز.

يتألف هذا المعيار من أربعة عناصر، وهي كالتالي: أولاً، المعيار (P1) - الفقرة أ) وهي أن المرضى هم من يُبلغون عن معاملتهم بكرامة واحترام. وهناك أدلة على أن المرضى الذين يُبلغون عن معاملة الموظفين لهم باحترام في استطلاعات المرضى قد ارتبط بتحقيق نتائج أفضل في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية. ويرتبط هذا المعيار أيضاً بأهمية أن يكون لدى الخدمة والموظفين علاقة علاجية إيجابية مع المرضى (انظر القسم رقم 5.4).

ثانياً، المعيار (P1) - الفقرة ب) وهي أن الخدمة يجب أن يكون لديها إجراءات لضمان احترام حقوق المرضى وخصوصيتهم وحمايتهم. لذلك، يجب أن يكون لدى الخدمة ممارسة راسخة وبروتوكول مكتوب لضمان احترام خصوصية المريض داخل الخدمة، ويشمل ذلك مساحة خاصة للاستحمام واستخدام المراحيض، والخصوصية عند تقديم المشورة أو الفحص الطبي وما إلى ذلك.

ثالثاً، المعيار (P1) - الفقرة ج) وهي أنه يتعين على الخدمة أن تضمن توفير بيئة صحية تُعزز حقوق الإنسان، ولا يتعرض المرضى للإساءة أو التمييز أو سوء الممارسة المهنية. البيئة

- جسدية (مثل الضرب، والاعتداء الجنسي)
- نفسية (مثل التعذيب، والممارسات المهينة، واللغة المسيئة، إلخ)،
- تقييداً: كالتقييد بالسلاسل أو الحبس
- تمييزاً (قد يشمل المعاملة غير العادلة بناءً على الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الدين، أو الثقافة، أو العرق، إلخ)، أو
- سوء الممارسة المهنية (قد يشمل ذلك ممارسات غير قائمة على الأدلة العلمية، أو ممارسات لم يوافق عليها المريض).

يجب ألا تتسامح خدمات علاج الإدمان أو الكحول مع أي نوع من أنواع إساءة معاملة المرضى. في حال اكتشاف أي إساءة، يجب اتخاذ إجراءات لإبلاغ الجهة المختصة بذلك وإيقافها في أسرع وقت ممكن. بمجرد اكتشافها، يجب الإبلاغ عنها بسرعة إلى الجهة المختصة (الإدارة العليا للخدمة، أو الممولين، أو الشرطة - حسب الظروف)، وإيقافها ومعالجة سببها/أسبابها. يُنصح بأن تُرسخ ثقافة تمكّن الموظفين والمرضى من الإبلاغ عن الإساءة دون خوف والحصول على الدعم. قد يشمل ذلك وجود سياسة وإجراءات راسخة للإبلاغ، بالإضافة إلى سياسة «الإبلاغ عن المخالفات» لتشجيع ثقافة الانفتاح والشفافية والالتزام بمعالجة الإساءة.

رابعاً، المعيار (P1) - الفقرة د): يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول راسخ وأنشطة موثقة لمعالجة وصمة العار والتمييز ضد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات. ويتعلق ذلك بمعالجة التمييز والوصمة الاجتماعية داخل الخدمة والمجتمع المحلي. وللأسف، لا تزال وصمة العار والتمييز ضد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات وأسرههم شائعاً في العديد من البلدان والمجتمعات، بما في ذلك في مؤسسات

الرعاية الصحية. وتتمتع خدمات علاج المخدرات والكحول بمكانة جيدة لتعزيز وقيادة أنشطة مناهضة التمييز والوصمة الاجتماعية.

لذا، يجب أن تكون هناك إدارة فعّالة داخل الخدمة لمنع المعاملة غير العادلة، أو التمر، أو التحرش بالمرضى أو الموظفين بناءً على الجنس، أو التوجه الجنسي، أو العمر، أو الإعاقة، أو العرق، أو اللغة، أو الدين، وما إلى ذلك، من المجموعات المتنوعة. يجب أن يكون للخدمة نفسها بروتوكول لمكافحة التمييز، وممارسة راسخة، وثقافة شاملة لمعالجة الوصمة والتمييز. يجب أن يتضمن البروتوكول إجراءات للكشف عن الحوادث والتحقيق فيها، وإدارة الموظفين بما يتماشى مع سياسات الموارد البشرية، والتدخلات مع المرضى. يجب أن يشمل ذلك أيضاً كيفية وصف الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، وضمان عدم إضافة اللغة والمصطلحات المستخدمة إلى الوصمة الاجتماعية وعدم التمييز. هناك الآن العديد من الأمثلة على الخدمات، ومجموعات مناصرة المستخدمين، والدول التي تُصدر «أدلة لغوية لمعالجة الوصمة الاجتماعية» (انظر المراجع).

ومن الممارسات الجيدة أيضاً تعزيز العلاقات الجيدة بين مختلف فئات المرضى (والموظفين)، مثل الترحيب بالأطعمة، والثقافات المتنوعة، والاحتفال بالمناسبات الدينية أو الثقافية، وما إلى ذلك.

كما تؤكد «المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات»، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لعام 2020، على أن خدمات علاج الإدمان يمكن أن تساعد في معالجة الوصمة والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات في المجتمعات المحلية. وتطلب من الخدمات الحصول على المعلومات والقيام بأنشطة للحد من الوصمة الاجتماعية والتمييز بشكل فعال.

قد تشمل الأنشطة تثقيف أفراد المجتمع أو غيرهم من المتخصصين في الصحة والرعاية الاجتماعية والعدالة بأن اضطرابات تعاطي المخدرات هي حالات صحية قابلة للعلاج، والتواصل بنشر قصص نجاح المرضى (بموافقتهم)، أو مشاركة المرضى والأشخاص ذوي «خبرة التعايش المعاشة» في أنشطة لمساعدة المجتمع (مثل «حملات التنظيف» المحلية).

«المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة - عام 2020) تؤكد على أن خدمات علاج المخدرات يمكن أن تساعد في معالجة وصمة العار والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة في المجتمعات المحلية.

6.2 إعلام المرضى بشكل كامل بقواعد الخدمة وسياساتها وإجراءاتها

يجب أن تلتزم خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول بإبلاغ المرضى بأي قواعد ولوائح للخدمة قد تؤثر عليهم. وهذا يشمل توقعات سلوك المريض وحضوره؛ قواعد بيئة الخدمة (التدخين، العنف، تعاطي المخدرات في المنشأة، إلخ)؛ السرية وتبادل المعلومات؛ قيود الحرية؛ إلخ. يجب تقديم معلومات حول قواعد الخدمة قبل طلب موافقة المرضى على العلاج (مع ضمان موافقتهم المستتيرة). كما يجب توفير المعلومات ذات الصلة أثناء العلاج وكذلك إخطارهم في حال تغيير القواعد. وفي هذا السياق، يتناول المربع 27 معيار الجودة الرئيسي P2 المتعلق بقواعد الخدمة.

المربع 27: إعلام المرضى بقواعد الخدمة، بما في ذلك السرية ومشاركة المعلومات
معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار (P2) الذي ينص على أنه: يجب إطلاع المرضى بشكل كامل على قواعد وإجراءات الخدمة التي تحمي السرية.
المعيار:

أ. يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات لحماية السرية معروفة للمرضى
ب. يجب أن يكون لدى الخدمة قواعد مكتوبة معروفة للمرضى
الوثائق:
بروتوكولات الخدمة والوثائق المتعلقة بالسرية ومشاركة المعلومات وقواعد الخدمة
معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): حقوق المرضى
المعيار (PR): يجب احترام حقوق المرضى الذين يتلقون علاجاً متخصصاً لاضطرابات تعاطي المخدرات، وموافقتهم على العلاج وإشراكهم فيه بشكل كامل، وتمكينهم من الحد من الآثار السلبية لتعاطي المخدرات وتحقيق نتائج التعافي

يجب على الخدمات ضمان إبلاغ المرضى بطرق يفهمونها. قد يشمل ذلك معلومات شفوية ومكتوبة، ومعلومات مختلف مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة وبلغات ولهجات مختلفة. يجب أن توضح المعلومات القواعد، وكذلك العواقب في حالة انتهاكها. يجب على الموظفين أيضاً «أن يكونوا قذوة في السلوك» فيما يتعلق بمراعاة قواعد الخدمة.

وفيما يتعلق بالسرية ومشاركة المعلومات، فإن المبدأ هو أنه لا ينبغي مشاركة معلومات المريض دون موافقته - إلا إذا كان المريض أو أي شخص آخر معرضاً لخطر كبير للضرر. ومن الممارسات المعتادة مشاركة المعلومات (بموافقة المريض) على سبيل المثال، لإحالة المريض للرعاية الصحية مع مقدم رعاية صحية آخر. إذا كان المريض في برنامج علاجي مفروض من قبل خدمات العدالة الجنائية، فقد يشمل جزء من «عملية الموافقة» مشاركة معلومات مثل التقارير المنتظمة مع خدمة المحكمة.

6.3 تعزيز صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي

تُعدّ مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والكحول على تحسين صحتهم ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي وإعادة دمجهم في المجتمعات أدواراً مهمة لخدمة العلاج الموجهة نحو التعافي. إن مساعدة الأشخاص على تحسين صحتهم بشكل عام وتحقيق نتائج التعافي من خلال الأداء الاجتماعي وإعادة الاندماج، يُمكن أن تزيد من احتمالية تحقيق الاستقرار والتغلب على اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

المربع 28: تعزيز صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي
معايير الجودة الرئيسية (2021)
المعيار (P3) الذي ينص على أنه: يجب أن تُعزز الخدمة صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي.
المعيار:

أ. يجب أن يكون للخدمة هدف محدد وتدخلات لتحسين صحة المرضى ورفاهيتهم.
ب. يجب أن تساعد الخدمة كل مريض على تحسين أدائه الاجتماعي وإعادة اندماجه في مجتمعاته.
ج. يجب أن يكون الطعام والشراب المقدم من الخدمة بأسعار معقولة، ومغذياً، وصحياً (إن وجد).
الوثائق:
أ) و ب) -- أدلة وبروتوكولات الخدمة، ووثائق الفحص، والإحالات في عمليات تدقيق سجلات المرضى، ومواد تعزيز الصحة، وملاحظات المرضى
ج) قائمة طعام متوافقة مع إرشادات التغذية الصحية، واستبيان المرضى.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير التدخل المعيار (IntI): يجب أن تقدم الخدمة أو تعمل مع جهات أخرى لتعزيز الصحة والحد من الآثار الصحية والاجتماعية السلبية المرتبطة بتعاطي المخدرات من خلال التوعية أو من خلال الخدمات.

المنظمات خدمات الإعاشة: الطعام والشراب، ولكن يجب على الجهات التي تُقدِّمه ضمان أن يكون الطعام والشراب بأسعار معقولة (أو مجاناً)، وصحياً ومغذياً - بما يتماشى مع معايير الدولة.

6.4 إجراءات مستقلة لتقديم الشكاوى من قبل المرضى

يجب على مديري خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول ضمان وجود آلية تسمح للمرضى بتقديم شكاوى بشأن علاجهم، أو الموظفين، أو أي جانب من جوانب الخدمة لا يُرضون عنه. ولذلك، فإن المعيار (P4) - الفقرة أ) منه - والموضحة بالتفصيل في المربع 29، يركز على ضمان التكافؤ مع أنواع أخرى من خدمات الرعاية الصحية.

المربع 29: شكاوى المرضى

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (P4) الذي ينص على أنه: يجب أن تُعزز الخدمة صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي.

المعيار:

أ. يجب أن يكون لدى الخدمة آلية مستقلة لجمع شكاوى المرضى والتحقق فيها والرد عليها، وضمان أنها آلية معروفة للمرضى.

الوثائق:

سياسة شكاوى المرضى، وتقارير الشكاوى والتحقيقات والإجراءات المتخذة. ملاحظات المرضى.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM6) - الفقرة د: يجب أن يكون لدى الخدمة إجراء لشكاوى المرضى وحلها وآلية للإبلاغ، بالإضافة إلى معيار حقوق المرضى (PRJ): يجب على الخدمة إخطار المرضى بشأن إجراءات تقديم الشكاوى وعملياتها، بما في ذلك أوقات الاستجابة العلنية، وضمان أنهم على دراية بذلك.

كما يجب أن تتضمن هذه الآلية إجراءات راسخة تُمكن المريض من تقديم شكاوى بطريقة سرية و/أو تحميه من العواقب السلبية التي قد تتجم عن الشكاوى. ويجب أن يوضح الإجراء:

- كيف يمكن للمرضى تقديم شكاوى، ولمن تُقدم؟
- كيف سيتم التحقيق في الشكاوى؟

النهج الموجه نحو التعافي يتجاوز مجرد معالجة مشكلة صحية، كاضطرابات تعاطي المواد المخدرة، بل هو نهج قائم على الموارد، يتعرف فيه المرضى على نقاط قوتهم ويساعدهم على تعزيزها في مجالات متعددة. إذا كانت بعض الأنشطة التي تساعد المرضى على بناء رأس مال للتعافي تتجاوز نطاق أو تمويل خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول، فيجب أن تتعاون هذه الخدمات مع منظمات أخرى يمكنها مساعدة المرضى على بناء رأس مال للتعافي.

عادة يشير مصطلح «الصحة والرفاهية» إلى كل من الصحة البدنية والعقلية (وأحياناً الصحة الروحية) ومدى شعور الشخص بالراحة أو العافية. قد يعاني بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، وخاصة أولئك الذين يعانون من حالة مزمنة طويلة الأمد تتميز بالإدمان على المخدرات أو الكحول، من مشاكل صحية ناجمة عن «أضرار جانبية» لسنوات من تعاطي المواد المخدرة. قد يكون لدى البعض حالات كامنة أو موجودة مسبقاً، مثل الصدمات النفسية أو مشاكل الصحة العقلية أو الألم المزمن، والتي قد تكون أدت إلى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة أو ساهمت فيه. بغض النظر عن سبب أو تسلسل المشاكل الصحية، فإن نهج التعافي يعني مساعدة المريض على تحسين تلك المشاكل الصحية.

يعني الأداء الاجتماعي أن يكون لدى الشخص شبكة دعم اجتماعي (مثل العائلة والأصدقاء والأقران)؛ وسكن مناسب؛ وأن يكون متعلماً أو موظفاً أو لديه وسيلة لكسب الدخل؛ ومهارات حياتية مثل القدرة على التسوق والطهي وإدارة الأموال والتفاعل الإيجابي مع الناس؛ وأن يكون لديه اهتمامات وأنشطة ترفيهية؛ وأن يكون له معنى في الحياة أو الروحانية أو الإيمان أو الدين.

يعني التكامل الاجتماعي أن يكون لدى الشخص الذي عانى من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة روابط إيجابية في مجتمع محلي يساهم فيه ويحصل على الدعم منه. كما أن إعادة الإدماج الاجتماعي عملية متبادلة، وتعتمد أيضاً على مدى تقبل المجتمع للشخص في مرحلة التعافي. يمكن أن تُشكّل الوصمة والتمييز من قِبل أفراد المجتمع المحلي قضايا مهمة للأشخاص الذين عاشوا اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. تؤكد «المعايير الدولية» (منظمة الصحة العالمية/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) على أن خدمات علاج الإدمان يمكن أن تُساعد في معالجة الوصمة والتمييز في المجتمعات المحلية.

يُشير الجزء الأخير من هذا المعيار إلى توفير الطعام والشراب من قِبل خدمة علاج الإدمان. لا تُقدّم جميع

- كيف ستستجيب الخدمة للشكاوى؟ بما في ذلك الأطر الزمنية للرد.

ويجب إطلاع جميع المرضى على إجراءات الشكاوى وآلياتها، والإعلان عنها في دليل معلومات المرضى. كما يجب على جميع الموظفين الاطلاع على إجراءات شكاوى المرضى وإتباعها.

6.5 ضمان النظافة ومكافحة العدوى والوقاية من الحرائق وغيرها من الحوادث الخطيرة

يغطي معيار الجودة الرئيسي (P5) عدة مجالات تتعلق بضرورة قيام خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول بضمان مستوى معين من النظافة، ومكافحة العدوى، والسلامة من الحرائق، والوقاية من الحوادث الخطيرة الأخرى.

أ. مكافحة العدوى والنظافة

يوضح المربع 30 الفقرتين (أ) و (ب) من المعيار (P5) المتعلقين بمكافحة العدوى والنظافة.

تُعد مكافحة العدوى أمراً بالغ الأهمية لأي خدمة رعاية صحية. وقد تكون ذات أهمية إضافية لخدمات علاج

الإدمان على المخدرات والكحول، إذ يكون المرضى أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض المعدية ونقلها بسبب ظروف صحية كامنة. ينبغي أن تتبع خدمات علاج الإدمان على المخدرات والكحول إجراءات فعّالة ومُحكمة لمنع انتشار العدوى. قد تشمل إجراءات مكافحة العدوى ما يلي:

- التعامل مع الدم وسوائل الجسم (البول، البراز، القيء، إلخ).
- التعامل مع معدات الحقن وغيرها من المعدات الطبية التي تُستخدم مرة واحدة والتخلص منها.
- التعامل مع إصابات وخز الإبر.
- التعامل مع النفايات الطبية.
- ارتداء معدات الوقاية الشخصية مثل أقنعة الوجه والقضاز وواقيات الوجه.
- غسل اليدين وتعقيمهما.
- تنظيف وتطهير المعدات والمباني.
- كيفية إدارة بيئة الخدمة لمنع انتشار العدوى (الحد من عدد الأشخاص؛ إدارة تدفق المرضى؛ تحديد مناطق لإدارة أو عزل المرضى المصابين بالعدوى أو الفيروسات؛ التهوية، إلخ).
- تطعيم وتحصين المرضى والموظفين وفحص العدوى أو الفيروسات.
- التخطيط للطوارئ في حالة تفشي أو وباء أو جائحة. قد يشمل ذلك إغلاق الخدمات و/أو تطبيق التباعد الاجتماعي أو اللجوء إلى طرق بديلة لتقديم العلاج (مثل العلاج عبر الإنترنت أو الهاتف).
- وقد تُطبّق الدول أو المناطق المحلية أيضاً قوانين أو قواعد أو متطلبات لمكافحة العدوى في حال وجود تفشٍ خطير أو جائحة قد تحتاج خدمة علاج من الإدمان إلى إتباعها.
- كما تتعلق الفقرة (ب) من المعيار (P5) بضمان نظافة الخدمة وتبليتها للمتطلبات المحلية المتعلقة بنظافة مُقدّم الرعاية الصحية أو الاجتماعية. وقد تختلف المتطلبات بين الدول والمناطق المحلية. من حيث المبدأ، ينبغي على مدير الخدمة التأكد من أن الخدمة لديها إجراءات مُعتمدة للنظافة. وقد يشمل ذلك:
- مستويات النظافة المتوقعة في مختلف مناطق الخدمة
- طرق التنظيف وجداول العمل
- عمليات تدقيق التنظيف

المربع 30: مكافحة العدوى والنظافة

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (P5) الذي ينص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة النظافة، ومكافحة الحرائق، ومكافحة العدوى، وغيرها من الحماية من الحوادث الخطيرة.

المعيار:

أ. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لمكافحة العدوى للحد من انتشار العدوى والفيروسات والأمراض.

ب. يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية/المحلية للنظافة في مرافق الرعاية الصحية/الاجتماعية

الوثائق:

سياسة مكافحة العدوى وأدلة تنفيذها، وتقارير مراقبة التطهير، وتدريب الموظفين، وتقارير التفتيش أو الشهادات، وما إلى ذلك.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية المعيار (CM4) - الفقرة د: يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية/توقعات النظافة لمرافق الرعاية الصحية/الاجتماعية؛ المعيار (CM4) - الفقرة هـ: يجب أن تتمتع الخدمة ببروتوكول مكافحة عدوى راسخ للحد من انتشار العدوى والفيروسات والأمراض.

- إتلاف متعمد لأماكن تقديم الخدمات أو المعدات.
- السرقة في الأماكن.
- وجود أسلحة في الأماكن، وما إلى ذلك.
- إساءة معاملة المرضى أو انتهاك حقوق الإنسان.
- إساءة معاملة الموظفين.
- سرقة جسيمة.
- نشوب حريق.
- انقطاع الخدمة، على سبيل المثال بسبب سوء الأحوال الجوية، أو انقطاع التيار الكهربائي، أو الإنترنت، أو الاضطرابات المدنية، أو الحرب

بالطبع، ليس من الممكن توقع جميع الحوادث الخطيرة ومنعها. ومع ذلك، ينبغي على مديري خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول دراسة الحوادث الخطيرة الأكثر احتمالاً التي قد تقع للخدمة، وتصميم بروتوكولات، ووضع إجراءات وممارسات لتحديد العواقب السلبية المحتملة والإبلاغ عنها وإدارتها والتخفيف من حدتها. تتضمن بروتوكولات الحوادث الخطيرة (SI) عادةً ما يلي:

- تعريف الحادث الخطير
- نظام الإبلاغ ومتطلبات الإبلاغ عند وقوع الحوادث الخطيرة (لإدارة الخدمة، وإذا لزم الأمر، لمجالس الإدارة والجهات الممولة المحلية).
- تفاصيل كيفية التحقيق في الحوادث الخطيرة، بما في ذلك التقارير الزمنية المقدمة إلى الجهات المعنية بإدارة الخدمة.
- تخطيط التحسين لمعالجة المشكلات التي قد تكون ساهمت في الحوادث الخطيرة (SI).
- كيف ستعلم الخدمة من الحوادث الخطيرة لمنع تكرارها.
- باختصار، عند وقوع حادث خطير، من الممارسات الجيدة لمديري الخدمة أن يباشروا بالتحقيق فيما حدث، واستخلاص الدروس من التحقيق، ثم اتخاذ خطوات لمنع تكراره (إن أمكن).

ب. استيفاء متطلبات الوقاية من الحرائق وغيرها من متطلبات الصحة والسلامة.

يُعد منع اندلاع الحرائق في خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول أمراً أساسياً، بما يتماشى مع متطلبات خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الأخرى. وقد وُثقت حالات وفاة في الوحدات الداخلية لبعض خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول بسبب حريق. تكتسب السلامة من الحرائق أهمية خاصة عندما تكون المباني أو خدمات المرضى الداخليين أو وحدات إعادة التأهيل مغلقة. تُشترط العديد من الدول على خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الحصول على شهادة تُشير إلى امتثالها لقوانين ولوائح السلامة من الحرائق المحلية. تُلزم معايير الجودة الرئيسية خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول بوضع إجراءات مُحددة للسلامة من الحرائق. ويشمل ذلك عادةً ما يلي:

- تعيين مسؤولي السلامة من الحرائق.
- أجهزة إنذار حريق وروابط لخدمات الطوارئ.
- تدريبات على السلامة من الحرائق للموظفين والمرضى.
- تدريب على كيفية التصرف في حالة نشوب حريق.
- مخارج طوارئ ولافئات واضحة.
- معدات السلامة من الحرائق (طفايات حريق، أبواب مقاومة للحريق، أثاث وتجهيزات).
- قواعد تتعلق بالتدخين أو استخدام منتجات النيكوتين.

ج. إدارة الحوادث الخطيرة وحلها

تتعلق الفقرة (د) من المعيار (P5)، الموضحة في المربع 31، بمنع الحوادث الخطيرة (SI) أو ما يُسمى بالحوادث الخطيرة غير المرغوب فيها (SUI). يُعد منع الحوادث الخطيرة وإدارتها مطلباً أساسياً لإدارة المخاطر في الخدمات الصحية في العديد من البلدان. وعادةً ما يشكل جزءاً من الحوكمة السريرية للخدمات.

ويختلف تصنيف الحوادث التي قد تقع تحت فئة «حادث خطير» باختلاف الخدمات والدول. ومن أمثلة الحوادث الخطيرة ما يلي:

- العنف في الموقع (بين المرضى، أو بين المريض والموظفين).
- سوء إدارة الأدوية.
- وفاة المرضى أو تناولهم جرعة زائدة.

6.6 إدارة الأدوية

تعد إدارة الأدوية جزءاً أساسياً من إدارة العديد من خدمات الرعاية الصحية، وهي جزء أساسي من الحوكمة السريرية. تتطلب جميع الأدوية إدارة فعّالة، ولكن بالنسبة لبعض أنواع الأدوية (مثل الأدوية الأفيونية)، يُعد هذا الأمر مهماً بشكل خاص نظراً لاحتمالية تحويلها إلى أسواق المخدرات غير المشروعة، أو احتمالية التسبب في ضرر إذا أُديرت بشكل غير صحيح، أو لأنها تُصنّف على أنها «دواء خاضع للرقابة» في التشريعات الوطنية أو الدولية. ويتناول المربع 32 معيار الجودة الرئيسي P6 الذي ينص على أنه: يجب أن تُدير الخدمة أدويتها بأمان.

وتتحمل العديد من خدمات علاج الإدمان المتخصصة مسؤوليات تتعلق بشراء الأدوية، ووصفها، وصرفها، وتخزينها، والتخلص الآمن منها للمرضى. قد تتولى بعض هذه الخدمات جميع هذه الوظائف. قد توفر الخدمات التي تقدم تدخلات دوائية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات معظم هذه الوظائف، أو جميعها. قد تصف خدمات أخرى تقدم تدخلات دوائية الأدوية، وتعمل بالشراكة مع صيدليات خارجية قد تتولى الجزء الأكبر من إدارة الأدوية.

قد يكون للخدمات التي لا تقدم تدخلات دوائية دور في إدارة الأدوية إذا كان المرضى يتلقون وصفات طبية، أو بحوزتهم أدوية من خدمة أخرى - خاصة إذا كانوا في وحدة إعادة تأهيل سكنية.

يجب على مديري خدمات علاج إدمان المخدرات والكحول، ممن لديهم أي دور يتعلق بالأدوية، التأكد من أن الخدمة لديها بروتوكول ثابت لإدارة الأدوية - مصمم خصيصاً لدورها ونطاقها.

وقد يشمل البروتوكول أيضاً مما يلي، حسب دور الخدمة ونطاقها:

- بروتوكولات التدخلات الدوائية القائمة على الأدلة العلمية
- طلب واستلام الأدوية
- التخزين الآمن للأدوية
- وصف الأدوية
- صرف الأدوية، سواءً من قبل الخدمة أو من خلال ترتيبات تسويق مع خدمات صيدلانية منفصلة
- التخلص من الأدوية
- تدقيق ممارسات وصف الأدوية والأدوية
- الطلب والاستلام والتخزين والصرف والتخلص منها
- تقديم التقارير إلى إدارة الخدمة أو اجتماعات الحوكمة السريرية
- تخطيط التحسين عندما تتطلب الممارسة تحسناً.

المربع 33: إدارة الأدوية

معايير الجودة الرئيسية (2021)

المعيار (P6) الذي ينص على أنه: يجب أن تُدير الخدمة أدويتها بأمان.

المعيار:

أ. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان التخزين الآمن للأدوية ووصفها وصرفها

الوثائق:

بروتوكول إدارة الأدوية، وبروتوكولات وصفها، وعمليات تدقيق الأدوية، وخطط التحسين.

معايير الخدمات كما حددها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC): معايير الإدارة الأساسية

المعيار (CM6) - الفقرة و: يجب أن يكون لدى الخدمة سياسات وإجراءات شاملة لإدارة الأدوية، مدعومة بخطط تدقيق وتحسين.

6.7 القائمة المرجعية لضمان تعزيز صحة المرضى وسلامتهم وحقوقهم الإنسانية

نعم / لا	الوثائق	المعيار	
		يجب معاملة المرضى بكرامة واحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والوصمة والتمييز.	P1
	<ul style="list-style-type: none"> • ملاحظات المرضى. • سجلات شكاوى المرضى. 	(أ) يجب أن يكون المرضى هم من يُبلغون عن معاملتهم بكرامة واحترام.	
	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكولات أو إجراءات تتعلق بحقوق المرضى وخصوصيتهم • معلومات المرضى مثل المنشورات أو الملصقات. • ملاحظات المرضى. 	(ب) يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات لضمان احترام حقوق المرضى وخصوصيتهم وحمايتهم.	
	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول بشأن منع الإساءة وسوء الممارسة. • إثبات وجود بروتوكول. • فحص بصري. 	(ج) يتعين على الخدمة أن تضمن توفير بيئة صحية تعزز حقوق الإنسان، ولا يتعرض المرضى للإساءة أو التمييز أو سوء الممارسة المهنية.	
	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول بشأن منع الوصمة والتمييز. • إثبات وضع البروتوكول. • إجراءات موثقة لمعالجة الوصمة والتمييز. 	(د) يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول راسخ وأنشطة موثقة تهتم بالتعامل مع وصمة العار التي تلحق المرضى والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.	
		يجب إطلاع المرضى بشكل كامل على قواعد وإجراءات الخدمة التي تحمي السرية.	P2
	<ul style="list-style-type: none"> • معلومات المريض حول السرية. • ملاحظات المريض حول السرية. 	(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات لحماية السرية معروفة للمرضى.	
	<ul style="list-style-type: none"> • قواعد خدمة معلومات المرضى. • قواعد خدمة ملاحظات المرضى. 	(ب) يجب أن يكون لدى الخدمة قواعد مكتوبة معروفة للمرضى.	
		يجب أن تُعزز الخدمة صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي.	P3
	<ul style="list-style-type: none"> • أهداف خدمة موثقة لتحسين الصحة والرفاهية. • ملاحظات المرضى. 	(أ) يجب أن يكون للخدمة هدف محدد وتدخلات لتحسين صحة المرضى ورفاهيتهم.	
	<ul style="list-style-type: none"> • تدخلات خدمية لمساعدة المرضى على تحسين أدائهم الاجتماعي وإعادة اندماجهم في مجتمعاتهم. • ملاحظات المرضى. 	(ب) يجب أن تساعد الخدمة كل مريض على تحسين أدائه الاجتماعي وإعادة اندماجه في مجتمعاته.	
	<ul style="list-style-type: none"> • قوائم الخدمة. 	(ج) يجب أن يكون الطعام والشراب المقدم من الخدمة بأسعار معقولة، ومغذيًا، وصحيًا.	

		P4	يجب أن تُعزز الخدمة صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي.
	<ul style="list-style-type: none"> آلية شكاوى المرضى. استخدام آلية شكاوى براءات الاختراع. 		أ) يجب أن يكون لدى الخدمة آلية مستقلة لجمع شكاوى المرضى والتحقق فيها والرد عليها، وضمان أنها آلية معروفة للمرضى.
		P5	يجب أن تضمن الخدمة النظافة، ومكافحة الحرائق، ومكافحة العدوى، وغيرها من الحماية من الحوادث
	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكول مكافحة العدوى. تدقيق مكافحة العدوى، ومعلومات مكافحة العدوى للموظفين والعملاء، ومعدات الوقاية الشخصية، وما إلى ذلك. 		أ) يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لمكافحة العدوى للحد من انتشار العدوى والفيروسات والأمراض.
	<ul style="list-style-type: none"> جدول التنظيف وتعليماته. تدقيق النظافة. التأكد من استيفاء لوائح النظافة (إن وجدت). 		ب) يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية/المحلية للنظافة في مرافق الرعاية الصحية/الاجتماعية.
	<ul style="list-style-type: none"> شهادات السلامة من الحرائق. سجلات تدريبات مكافحة الحرائق. تدريب الموظفين/تعيين ضباط إطفاء. 		ج) يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية لمكافحة الحرائق أو الممارسات الجيدة.
	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكول إدارة الحوادث الخطيرة. تقارير حوادث أو تحقيقات الحوادث الخطيرة. خطط تحسين الحوادث الخطيرة. 		د) يجب أن تضع الخدمة بروتوكولات وممارسات لإدارة الحوادث الخطيرة (IS).
		P6	يجب أن تُدير الخدمة أدويتها بأمان
	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكول إدارة الأدوية. بروتوكولات وصف الأدوية. تقارير تدقيق إدارة الأدوية. خطط التحسين. 		أ) يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان التخزين الآمن للأدوية ووصفها وصرفها.

يمكن لمديري خدمات علاج الإدمان وهيئات ضمان الجودة استخدام «معايير الجودة الرئيسية» (KQS) لتدقيق الخدمات والتحقق من امتثالها للمعايير الدولية.

قد تكون لدى الخدمة معايير مُلزَمة بالوفاء بها كجزء من عملية التسجيل أو الترخيص أو الاعتماد. في هذه الحالة، قد يكون من المفيد مراجعة هذه المعايير مع معايير الجودة الرئيسية للتحقق من الامتثال لـ «معايير الجودة الرئيسية» (KQS). إذا كانت «معايير الجودة الرئيسية» تتضمن معايير أو معايير غير مُدرجة ضمن المعايير المطلوبة للخدمة، فقد يختار المديرون إجراء تدقيق لهذه المعايير باستخدام العملية أدناه. إذا كانت «معايير الجودة الرئيسية» (KQS) مُدرجة بالفعل في معايير الخدمة، فهذا أمر ممتاز، ويمكن ضمان امتلاك الخدمة لآليات ضمان الجودة التي تُساعد على مواكبة أفضل الممارسات الدولية.

7.1 التخطيط وتخصيص الموارد والفريق

قد يكون التحقق من امتثال الخدمات لمجموعة من المعايير نشاطاً يتطلب موارد كثيرة. لذلك، ينبغي التخطيط الجيد وتوفير الموارد اللازمة، وينبغي أن تكون لدى فريق الإدارة فكرة واضحة مسبقاً عن الجهة التي ستلتقى تقرير التدقيق وكيفية إدارة متطلبات التحسين المحتملة الناتجة عنه.

لذا، يُنصح المدراء بما يلي:

- تعيين مدير للعمل، يُشرف على تقدمه ويُقدم تقريراً إلى فريق الإدارة حول التقدم.
- تحديد نطاق التدقيق وتخصيص الموارد وفقاً لنطاقه. قد يختلف هذا بشكل كبير بين الخدمات المختلفة. بالنسبة للخدمات التي لديها مجموعة معايير أو آلية ضمان جودة راسخة، قد يكون هذا جزءاً أصغر من العمل، حيث تتم مقارنة معاييرها مع «معايير الجودة الرئيسية» (KQS)، ثم تدقيق عدد أقل من المعايير. حديثاً العهد بالتدقيق، قد يكون هذا جزءاً أكبر وأكثر تعقيداً. قد تشمل الموارد وقت الموظفين، وقدرات تكنولوجيا المعلومات (مثل إنشاء جداول بيانات لجمع البيانات)، وموارد إشراك المرضى، والمعدات (الطباعة، وأجهزة الكمبيوتر، إلخ).
- وضع خطة شاملة لهذا العمل وفقاً لنطاق المشروع.

- تأكد من مراعاة الحوكمة عند جمع المعلومات من الموظفين والمرضى. عادةً ما تتم الموافقة على عمليات التدقيق الداخلي من قبل فرق الإدارة الداخلية، ولكن من المهم مراعاة آليات موافقة الموظفين والمرضى وكيفية الحفاظ على سرية التعليقات.



- تأكد من مراعاة الحوكمة عند جمع المعلومات من الموظفين والمرضى. عادةً ما تتم الموافقة على عمليات التدقيق الداخلي من قبل فرق الإدارة الداخلية، ولكن من المهم مراعاة آليات موافقة الموظفين والمرضى وكيفية الحفاظ على سرية التعليقات.

- الاتفاق على آلية إعداد التقارير للتدقيق قبل إجرائه. ويشمل ذلك تحديد من سيستلمه أولاً، وهل ستكون هناك مناقشات «سرية» للإدارة أولاً، وكيف سيتم إبلاغ الموظفين والمرضى بالنتائج، وكيف سيتم تخطيط إجراءات التحسين وإدارتها.

7.2 التكيف

من المهم جداً أولاً تصميم أو تكيف المعايير والمقاييس لتناسب مع نطاق ونطاق الخدمة والموارد المتاحة للتدقيق. أولاً، يجب على المدراء والقادة قراءة معايير الجودة الرئيسية (KQS) ثم اختيار المعايير والمقاييس المتعلقة بخدماتهم.

- إذا كانت الخدمة لديها معايير قائمة، فقارنها بمعايير الجودة الرئيسية. إذا كانت هناك معايير ومعايير غير مدرجة في معاييرك الحالية، ففكر في تدقيقها وتكييفها.
- من المتوقع أن تنطبق معظم معايير الجودة الرئيسية على جميع خدمات علاج الإدمان المتخصصة. ومع ذلك، قد يكون هناك استثناء واحد وهو المعيار M4، الذي ينص على أنه: يجب أن تُلبي الخدمة المتطلبات الوطنية والإقليمية لتقديم علاج الإدمان، حيث لا توجد متطلبات في جميع الدول.
- وقد يحتاج المديرون إلى تصميم معايير تعكس خدماتهم ونطاقها بما يتناسب مع التدخلات التي تقدمها، والبيئات التي توفرها، وفئات المرضى أو مستخدمي الخدمة التي تخدمها.

- من المرجح أن يكون القسم رقم 3 من معايير الجودة الرئيسية (KQS) أحد المعايير والمقاييس التي قد تتطلب تعديلاً: الوصول في الوقت المناسب إلى التدخلات القائمة على الأدلة العلمية. ستحتاج الخدمات إلى تصميم المعايير لاستهداف فئات المرضى والتدخلات التي تقدمها.
- بعد ذلك، قد يرغب المديرون في اختيار معايير إضافية تتعلق بمعايير خدمات علاج الإدمان (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC) (2020)، والمتعلقة بفئات سكانية مستهدفة مختلفة.
- ويرد بيان هذه المعايير في الملحق 2، وتشمل: الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة؛ والنساء والحوامل؛ والأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة المتورطين في نظام العدالة الجنائية؛ والعمل مع فئات متنوعة والمساعدة في معالجة الوصمة المرتبطة بها.
- وقد يرغب المديرون أيضاً في اختيار معايير إضافية تتعلق بمعايير خدمات منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لعام 2020 المتعلقة بأنواع مختلفة من الخدمات. وقد أوردنا بيان بهذه المعايير في الملحق 3، وتشمل: خدمات التوعية؛ والبيئات غير المتخصصة في تقديم علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة؛ وخدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة المتخصصة للمرضى الخارجيين أو المجتمعيين؛ وخدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة المتخصصة للمرضى الداخليين؛ وخدمات إعادة التأهيل السكنية المتخصصة.
- بعد اختيار المعايير والمقاييس، قد يرغب المديرون في تكييف لغة المعايير ثقافياً لتعكس بعض المصطلحات المستخدمة في ذلك البلد أو المنطقة.
- بعد ذلك، قد يلزم إجراء تكييف فيما يتعلق بالأدلة التي ستُستخدم لتقييم الامتثال لمعيار ما. يُنصح المديرون بمراجعة مسودة الأدلة المقترحة الواردة في «معايير الجودة الرئيسية» (KQS) والتفكير فيما إذا كانت متاحة

لخدمتهم، أو ما إذا كانت هناك حاجة إلى استخدام مصدر مختلف للأدلة.

- أخيراً، يُنصح الخدمة بالنظر في كيفية تقييمها للمعايير. مرة أخرى، تقدم «معايير الجودة الرئيسية» (KQS) نظام تقييم مقترح من ثلاث نقاط (مُستوفى، مُستوفى جزئياً، غير مُستوفى). ومع ذلك، قد يقرر مقدم الخدمة نظام تقييم مختلف قد يكون مفيداً مثل الوصف السردى، أو نظام التقييم من خمس نقاط. أيًا كان النظام المقرر، يُنصح بتوثيقه لكل معيار، بحيث يكون التقييم واضحاً وشفافاً.

7.3 التقييم

الخطوة التالية هي أن يُقيم فريق التدقيق المُخصَّص الخدمة وفقاً للمعايير والمقاييس المعدلة لتحديد ما إذا كانت الخدمة تلبى كل معيار.

قد يختار مديرو الخدمات إجراء تدقيق لجميع معايير الجودة الرئيسية دفعة واحدة، أو إجراء تدقيق على مدى فترة زمنية أطول، مثل تدقيق قسم واحد من معايير الجودة الرئيسية في كل مرة، على سبيل المثال، معايير «الإدارة الفعّالة»، ثم معايير «العلاج والرعاية المُخصصة للمرضى»، إلخ.

قبل جمع الأدلة، ينبغي على المدراء والقادة الاتفاق على أساليب جمع البيانات وتوثيقها. وكما ذكر سابقاً، تُعد حوكمة عملية التدقيق أمراً بالغ الأهمية، وقد يلزم موافقة إدارة الخدمة أو آلية الحوكمة السريرية على الموافقة على التدقيق.

- قد تشمل عملية التقييم وأساليبه ما يلي:
- إدراج جميع الوثائق المطلوبة في عملية التدقيق.
- (البروتوكولات، والخطط، والتقارير المالية، ومعلومات المرضى، إلخ) وتجميع ملف أدلة الوثائق.
- الاتفاق على أسئلة مديري الخدمات، بما يتماشى مع الأدلة المطلوبة للمعيار، وإجراء مقابلات مع المدير. يُنصح بوضع جدول مُنظم للمقابلات أو قائمة أسئلة مكتوبة.
- الاتفاق على استبيانات الموظفين، وما إذا كان سيطلب من جميع الموظفين الإجابة عليها أم عينة منهم، وكيفية إدارتها، وجمع البيانات.

الشكل 6: العملية الموصى بها لاستخدام معايير الجودة الرئيسية لتدقيق خدماتك



7.5 التحسين

في حال عدم استيفاء المعايير أو المقاييس ذات الأولوية، ينبغي وضع خطط عمل لتحسين هذه المجالات. قد يتطلب هذا التحقيق في أسباب ضعف الامتثال، إذ قد لا يكون واضحاً. قد تكون أسباب عدم استيفاء معيار ما مرتبطة بضعف التوثيق أو التسجيل، مثل سوء حفظ سجلات المرضى، أو قد يكون بسبب سوء الممارسة المهنية أو كليهما. في حال عدم استيفاء المعايير، يُنصح بتحديد أولويات التحسين التي تعدّ بالغة الأهمية لصحة المرضى وسلامتهم واستمرارية الخدمة.

يُنصح بأن تضع الخدمات خطط تحسين في حال عدم استيفاء معيار ما. ويجب أن تنص خطة التحسين على ما يلي:

- معيار أو معايير التحسين؛ التحسين المطلوب؛
- هدف أو نتيجة التحسين؛
- الموارد اللازمة للتحسين؛
- من المسؤول؟
- متى سيتم تحقيق هدف التحسين؛
- متى ستتم إعادة التدقيق.

كما يجب أن تكون خطط التحسين ذكية (SMART)، بمعنى أنه يجب أن تكون: محددة؛ قابلة للقياس؛ قابلة للتحقيق؛ ذات صلة؛ وفي الوقت المناسب. يُعد تحديد مواعيد إعادة التدقيق للتحقق من التحسين جزءاً مهماً من العملية. إذا كان تقييم ضمان الجودة خارجياً، فقد تحدد جهة التقييم. وهناك العديد من التقنيات والإستراتيجيات القائمة على الأدلة العلمية التي يمكن تطبيقها للمساعدة في تحسين الممارسة والجودة. وتشمل هذه:

- تقنيات رسم خرائط العمليات لاستكشاف مشكلات التدخل أو تقديم الخدمات.
- تقنيات التخطيط، التنفيذ، الدراسة، التعديل (POSA) التي تمكن من تخطيط التحسين واتخاذ خطوات صغيرة يتم تقييم أثرها قبل تطبيق أنشطة التحسين على نطاق واسع.
- منهجيات النظام الصحي لتطوير إستراتيجيات الجودة والسلامة، مثل تلك التي وصفتها منظمة الصحة العالمية في أوروبا (34).
- منهجيات تحسين الجودة «التجارية» مثل «ستة سيجما» أو «إدارة الجودة الشاملة» (TQM).

وتتوفر روابط لهذه التقنيات القائمة على الأدلة العلمية في قسم المراجع والقراءات الإضافية في هذا الكتاب أدناه.

• كيفية إجراء تدقيق سجلات المرضى. ويشمل ذلك: نوع العينة؛ وكيفية اختيار العينة؛ وكيفية جمع البيانات (هل يُمكن استخراج البيانات إلكترونياً أم يدوياً أم كليهما؟)، وكيف سيتم تجميعها؟

• الحصول على بيانات مراقبة الخدمة وتجميعها. يُفضل أن يكون ذلك من البيانات الروتينية التي جمعتها الخدمة بالفعل، ولكن قد يلزم جمع بيانات مخصصة.

• الاتفاق على أسئلة المرضى وأساليب إجراء استبيانات المرضى أو مجموعات التركيز.

• كيفية تدقيق سجلات الموظفين (حجم العينة، ونوع البيانات، على سبيل المثال، وتيرة الإشراف، وكيفية جمعها وتجميعها).

• وضع قائمة مرجعية للفحص البصري وإجراء التفتيش؛ على سبيل المثال، مراجعة لافتات الخدمة، والنظافة، والحماية من الحرائق.

• كيفية استخدام البيانات المتاحة للتدقيق، بما في ذلك شكاوى المرضى الحالية، والإبلاغ عن الحوادث، وعمليات التدقيق الحالية مثل عمليات تدقيق مكافحة العدوى، وفحوصات المعدات، وفحوصات معدات الإطفاء، والتدريبات، إلخ.

بعد جمع جميع الأدلة، ينبغي على فريق التدقيق تقييم كل معيار باستخدام الأدلة المجمعة. ويُؤمل أن يكون الفريق قد اتفق مسبقاً على طريقة التقييم وحدود التقييم (على سبيل المثال، معيار مُستوفى، أو مُستوفى جزئياً، أو غير مُستوفى من المهم ملاحظة أنه في حال اكتشاف قضايا خطيرة، مثل انتهاكات الممارسات المهنية أو حقوق الإنسان، يجب تصعيد الأمر إلى الإدارة فوراً، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها بسرعة.

7.4 إعداد التقارير

بعد التقييم والتسجيل من قبل المُقيمين، يجب تدوين نتائج التدقيق في تقرير يُرفع إلى فريق الإدارة و/أو اجتماع الحوكمة السريرية، وفقاً لما تم الاتفاق عليه سابقاً. غالباً ما تتضمن تقارير التدقيق «بطاقة أداء» أو ملخصاً للنتائج باستخدام ألوان وأرقام سهلة الفهم. يجب مناقشة نتائج التدقيق باستفاضة، والتوصل إلى اتفاق بشأن المجالات التي يجب إعطاؤها الأولوية للعمل أو التحسين.

من الممارسات الجيدة مشاركة نتائج التدقيق مع المشاركين، بمن فيهم المرضى. قد يكون هذا تقريراً موجزاً. كما يُنصح بتحديد المجالات التي يُحقق فيها أداء الخدمة أداءً جيداً، والمجالات التي ستتحسن فيها الخدمة نتيجةً للتدقيق، والجدول الزمني لذلك.

يمكن أيضاً مشاركة تقارير التدقيق مع الجهات المعنية الرئيسية، مثل الممولين، إذا لزم الأمر.

مسرد المصطلحات الرئيسية

الاعتماد

الاعتماد هو عملية تقييم خارجية مستقلة للمؤسسة بهدف الحصول على جائزة أو «علامة مميزة» تُقر باستيفاء المؤسسة لمجموعة محددة من معايير الجودة.

التدقيق

التدقيق هو فحص منهجي لنشاط أو عملية أو بيانات أو سجلات أو بيئة.

تدخلات علاج الإدمان على المخدرات والكحول

تدخل علاج الإدمان هو نشاط علاجي مُخطط له يُجرى مع مريض أو مجموعة من المرضى. يجب أن تكون تدخلات علاج الإدمان قائمة على الأدلة العلمية أو أن يكون لديها دليل علمي على فعاليتها.

المبادئ التوجيهية والإرشادات

عادةً ما تكون إرشادات علاج اضطراب تعاطي المخدرات والكحول وثائق قائمة على الأدلة العلمية تُقدم نصائح رسمية حول موضوع ما، وقد طورت من خلال عملية مُحددة وفقاً لمتطلبات المنطقة أو المؤسسة، وبالتالي تتمتع بمكانة مرموقة في المنطقة أو المؤسسة. تُقدم وثائق الإرشاد أيضاً نصائح، ولكن قد لا يكون لها عملية أو مكانة مُحددة.

التفتيش

التفتيش هو عملية تقييم خارجية مستقلة للمؤسسة وفقاً للمعايير، وتُجرى عادةً جهة مُكلفة بالتنظيم أو الجودة.

مؤشرات الأداء الرئيسية (KPI)

مؤشر الأداء الرئيسي هو مقياس كمي يُستخدم لتقييم النجاح في تحقيق أهداف الأداء أو العملية أو النتيجة.

المراقبة

هي عملية جمع بيانات أو معلومات دورية حول نشاط أو موقف أو خدمة على مدار فترة زمنية.

النتيجة

النتيجة هي نتيجة أو أثر أو تأثير تدخل أو خدمة أو نظام.

المرضى

«المريض» هو المصطلح المستخدم في هذا الكتاب لوصف متلقي العلاج من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. تُدرك أن بعض الدول تُفضل مصطلحات مثل «مستخدمي الخدمة» و«العملاء»، خاصةً لمن يتلقون تدخلات وخدمات منخفضة التكلفة.

مقاييس نتائج المرضى

يُعد قياس نتائج المرضى مفهوماً مهماً في العلاج. تُعنى مراقبة نتائج المرضى بفحص ما إذا كان التدخل قد حقق الأثر المطلوب على السلوك أو الصحة أو الحالة. يُجرى تقييم أساسي قابل للقياس الكمي لجانب من جوانب أداء المريض، ثم تُعاد عملية التقييم لاحقاً والتي يُمكن أن تُشير إلى التغيير المُحرز. يُمكن لقياس النتائج باستخدام أدوات مُعتمدة قائمة على الأدلة العلمية أن يُوفر دليلاً على تأثير العلاج. في علاج المخدرات والكحول، عادةً ما يتضمن قياس نتائج المريض الأساسية تقييم التغيرات في تعاطي المخدرات والكحول (على سبيل المثال، التقليل منه أو الإقلاع عنه)، مع ضرورة دراسة قياس التغيرات في سلوك المريض أو صحته أو أدائه الاجتماعي.

مقاييس العملية

يُقِيم تقييم العملية مدى جودة تنفيذ أو تقديم برنامج أو تدخل، على عكس تقييم الأثر. تُركّز مقاييس العملية عادةً على مقاييس كمية لجوانب التقديم، مثل عدد الأشخاص الذين يتلقون نوعاً معيناً من العلاج، ومدة انتظارهم للعلاج، وما إلى ذلك.

«المؤهلات» أو «الاعتمادات»

المؤهل أو الشهادة هي سجل رسمي يُثبت مستوى المعرفة أو الكفاءة في مجال مُحدد.

الجودة

وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، الجودة هي «مدى تحسين تدخلات أو خدمات أو أنظمة خفض الطلب على المخدرات (DDR) للنتائج». للجودة ستة أبعاد، هي: السلامة، والفعالية، وإمكانية الوصول، والكفاءة، والإنصاف، وقبول العملاء.

ضمان الجودة (QA)

ضمان الجودة هو عملية أنشطة أو برامج تهدف إلى مراقبة جودة التدخل أو الخدمة أو النظام، وضمانها، أو تحسينها.

معايير الجودة

معيار الجودة هو بيان بالمتطلبات المتوقعة. قد تتضمن معايير الجودة أيضًا متطلبات أو معايير أكثر تفصيلاً.

التنظيم

التنظيم هو عملية ضبط شيء ما بما يتماشى مع مجموعة من القوانين أو الإجراءات أو القواعد أو المعايير. الهيئة التنظيمية هي هيئة أو منظمة رسمية مسؤولة عن ضمان تصرف الآخرين وفقاً لمجموعة محددة من القوانين أو الإجراءات أو القواعد أو المعايير.

خدمة متخصصة في علاج الإدمان على الكحول والمخدرات

الخدمة المتخصصة في علاج الإدمان على الكحول والمخدرات هي منظمة غرضها الرئيسي توفير علاج اضطرابات إدمان المخدرات والكحول للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات

تعاطي المواد المخدرة (مع أنها قد تقدم أنواعاً أخرى من العلاج - خاصةً لفئة المرضى). يُتوقع أن تضم الخدمات المتخصصة في علاج الإدمان على الكحول والمخدرات طاقماً سريريّاً يتمتع بكفاءة عالية أو متخصصة لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

التعافي

وفقاً لقرار اللجنة الوطنية المعنية بالتعافي (CND) رقم 57/4، هناك تعريفات متباينة لمصطلح «التعافي»، وكلها تتطوي على تحسينات في نوعية حياة الأفراد. ويمكن وصف «التعافي» عمومًا بأنه عملية اكتساب السيطرة الطوعية على إدمان الكحول والمخدرات، وتحسين الصحة والرفاهية، وإعادة الاندماج في المجتمعات المحلية. يُقر مفهوم التعافي بأن اضطرابات تعاطي المواد المخدرة قد تؤدي إلى حالات انتكاس مزمنة تتطلب ... دعماً للمتضررين و ... مبادرات لتعزيز التعافي وتسهيل إعادة الاندماج والمشاركة في المجتمع. كما تشير المعايير إلى تعريف وايت (2007) للتعافي وتعترف بأن التعافي يجب أن يكون الهدف النهائي في كل مرحلة من مراحل العلاج، وفي كل مرحلة من مراحل التعامل مع الاضطراب، كما يجب أن يتم ذلك عبر مجموعة متنوعة من المؤسسات.

مراجع لكل فصل وقراءات إضافية

1. المقدمة

هيئة المؤسسات الخيرية في إنجلترا وويلز (2010) «المؤسسات الخيرية وإدارة المخاطر (CC26)، هيئة المؤسسات الخيرية في إنجلترا وويلز، لندن، المملكة المتحدة.

بروم ك.م، فلين ب، نايت د.ك، سيمبسون د. (2007) «هيكل البرنامج، وتصورات الموظفين، ومشاركة العملاء في العلاج»، مجلة علاج تعاطي المخدرات، المجلد 33، العدد 2، سبتمبر 2007، الصفحات 149-158.

جوسوب م. (2006) «علاج مشاكل تعاطي المخدرات: دليل على الفعالية». المركز الوطني للإدمان، معهد مودسلي للطب النفسي، كلية كينجز، لندن. الوكالة الوطنية لعلاج إساءة استخدام المواد المخدرة، لندن - فصل حول عناصر الخدمة

جيمس بيل (2000) تحسين جودة العلاج التدريجي للتعافي من الإدمان على الميثادون، وتعاطي المواد المخدرة وإساءة استخدامها، 35: 12-14، DOI: 1735-1756، 10.3109/10826080009148239

ويليام سي. ماكوغرين وريتشارد هـ. برايس (1992) منظمات علاج الإدمان الخارجية الفعالة: خصائص البرنامج وتأثيرات الاختيار، المجلة الدولية للإدمان، 27: 11، 1335-1358، DOI: 10.3109/10826089209047355

إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (2015). «النصيحة رقم 52: الإشراف السريري والتطوير المهني لمستشاري علاج تعاطي المخدرات»، إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (SAMHSA)، الولايات المتحدة الأمريكية

إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (201). «TAP 21-A: كفاءات المشرفين السريريين على علاج تعاطي المخدرات»، إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (SAMHSA)، الولايات المتحدة الأمريكية

إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (2015). «TAP 21: كفاءات استشارات الإدمان: معارف ومهارات ومواقف الممارسة المهنية»، إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (SAMHSA)، الولايات المتحدة الأمريكية

إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (2021). «TAP 34: دليل التخطيط لمواجهة الكوارث لبرامج خدمات الصحة السلوكية»، إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية (SAMHSA)، الولايات المتحدة الأمريكية

فيلدز وآخرون (2011) «أنظمة الإدارة، وتحسين جودة المرضى، وتوافر الموارد، وجودة علاج تعاطي

الأمم المتحدة (2015) «تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030»، الأمم المتحدة: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/> (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

الأمم المتحدة، قرار الأمم المتحدة رقم 59/4 (2016) https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_4.pdf (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، «المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات» (2020)، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، «مجموعة أدوات ضمان الجودة لخدمات اضطرابات تعاطي المخدرات» (2019)، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، جنيف (مسودة ما قبل النشر).

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، منظمة الصحة العالمية، خطة كولومبو، برنامج المساعدة الإنمائية، لجنة التعاون بشأن مكافحة تعاطي المخدرات، لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات، منظمة أمريكا الجنوبية، والاتحاد الأفريقي، (2021). «ضمان الجودة في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات: معايير الجودة الرئيسية للتقييم» (مسودة ما قبل النشر). مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا 2021.

لجنة بيتي فورد للإجماع (2007). «ما هو التعافي؟ تعريف عملي من معهد بيتي فورد»، مجلة علاج تعاطي المخدرات، أكتوبر 2007؛ 33(3): 221-228.

ويليام وايت (2006). «إرشادات الممارسة للرعاية الصحية السلوكية الموجهة نحو التعافي». إدارة الصحة النفسية وخدمات الإدمان في ولاية كونيتيكت، الولايات المتحدة الأمريكية

الهيئة الوطنية لعلاج تعاطي المخدرات (NTA) (2011) «العلاج الموجه نحو التعافي من تعاطي المخدرات: تقرير مؤقت للبروفيسور جون سترانج، رئيس فريق الخبراء، الهيئة الوطنية لعلاج تعاطي المخدرات (NTA)، المملكة المتحدة.

2. الإدارة الفعالة لخدمات علاج المخدرات

تشايلد، ب. وديل، أ. (1999) تحسين خدمات علاج المخدرات: دليل إداري للجودة والفعالية، المؤتمر الدائم حول تعاطي المخدرات (SCODA)، لندن.

المخدرات». بحوث الخدمات الصحية، المجلد 47، العدد 3، الجزء الأول: <https://com.wiley.onlinelibrary.com/doi/10.1111/14756773.2012/47/3pt1/toc>

3. العلاج الفردي المتمركز حول الشخص

منظمة الصحة العالمية (2001) «التدقيق: اختبار تحديد اضطراب تعاطي الكحول»، منظمة الصحة العالمية، جنيف
منظمة الصحة العالمية (2019) دليل تدخل mhGAP - الإصدار الثاني: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790> (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

اختبار تحديد اضطرابات تعاطي المخدرات (DUDIT): https://www.emcdda.europa.eu/drugslibrary/drug-use-disorders-identification-test-dudit_en (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

أداة فحص تعاطي المخدرات (DAST): <https://cde.drugabuse.gov/instrument/e9053390-ee9c-9140-e040-bb89ad433d69> (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

اختبار فحص تعاطي الكحول والتدخين والمواد المخدرة (ASSIST): <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2> (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

غوها م (تاريخ النشر: مارس 2014). «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: DSM-5 (الطبعة الخامسة)». المراجع المرجعية. 28 (3): 36-37. doi:10.1108/RR-10-2013-0256. ISSN 0950-4125

منظمة الصحة العالمية، التصنيف الدولي للأمراض-11 لإحصاءات الوفيات والاعتلالات (ICD-11 MMS)، نسخة 2018 لإعداد التطبيق، مراجعة أبريل 2019.

الوكالة الوطنية لعلاج تعاطي المخدرات (2008)، «دليل ممارسات تخطيط الرعاية»، الهيئة الوطنية لعلاج تعاطي المخدرات (NTA)، لندن.

إدارة خدمات تعاطي المخدرات والصحة النفسية (2015). «النصيحة 27: الإدارة الشاملة للحالات لعلاج تعاطي المخدرات». إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة العقلية (SAMHSA)، الولايات المتحدة الأمريكية

الصحة العامة في إنجلترا (2013) «مسارات التعافي عبر المجتمع: دليل المستخدم»، هيئة الصحة العامة في إنجلترا، لندن، المملكة المتحدة

الصحة العامة في إنجلترا (2015) «إشراك مستخدمي الخدمات: دليل لمفوضي ومقدمي خدمات مكافحة إدمان الكحول والمخدرات ومستخدميها»، هيئة الصحة العامة في إنجلترا، لندن، المملكة المتحدة

براينت جيه وآخرون (2009) «المستهلكون» ويقدمون وجهات

نظر حول مشاركة المستهلكين في خدمات علاج المخدرات: هل هناك دعم للمزيد؟ ما هي العقبات؟ مراجعة إدمان الكحول والمخدرات. المجلد 27، العدد 2.

4. توفير تدخلات قائمة على الأدلة العلمية

منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة «المعايير الدولية لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات» (2020)، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

مراجعات كوكرين: إدمان الكحول والمخدرات: <https://cda.cochrane.org/our-reviews> (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

المعهد الوطني للتميز السريري والصحي (NICE): (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

أ) إرشادات حول إساءة استخدام المخدرات: <https://www.nice.org.uk/guidance/health-protection/drug-misuse>

ب) إرشادات حول اضطرابات تعاطي الكحول: <https://www.nice.org.uk/search?q=Alcohol-use+disorders>

مركز موارد الممارسة القائمة على الأدلة العلمية التابع لجمعية سامشا (SAMSHA): علاج وتعافي تعاطي المواد المخدرة (تاريخ الوصول: 07/05/2022). https://store.samhsa.gov/f/5B0/5D=issues_conditions_and_disorders/3A5124&f/5B1/5D=publication_category/3A6039&f/5B2/5D=publication_target_audience/3A6037&f/5B3/5D=treatment_prevention_and_recovery/3A5554

5. مراقبة الوصول إلى الخدمات، والأداء، ونواتج المرضى

المركز الكندي لتعاطي المخدرات والإدمان (CCSA) (2020) «نماذج الوصول السريع لخدمات تعاطي المخدرات: مراجعة سريعة»، CCSA، أوتاوا، كندا.

مارسدن جي آي، فاريل م، برادبري س، ديل-بييريرا أ، إيستوود ب، روكسبيرغ م، تايلور س. (2008) «تطوير القائمة المرجعية لنواتج العلاج» للإدمان. 103(9): 60-1450.

القائمة المرجعية الأسترالية لنواتج العلاج: <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/australian-treatment-outcomes-profile> (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

تشانغ ز، جيرستين د، فريدمان ب.د. (2008) «رضا المرضى والنواتج المستدامة لعلاج تعاطي المخدرات»، مجلة علم النفس الصحي. 2008 أبريل؛ 13(3): 388-400.

المركز الأوروبي لرصد تعاطي المخدرات وإدمانها (2012) بروتوكول معياري رقم 3.0 مؤشر طلب العلاج (TDI): إرشادات للإبلاغ عن بيانات الأشخاص الذين يدخلون برنامج علاج من تعاطي المخدرات في الدول الأوروبية، EMCDDA،

7. تدقيق خدماتك باستخدام معايير الجودة الرئيسية
جامعة ويسكونسن-ماديسون. تحسين العمليات من أجل
الصحة السلوكية: <https://www.niatx.net/> (تاريخ الوصول:
7/05/2022)

المركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدمانها (2021)
«تطبيق معايير الجودة لخدمات وأنظمة الأدوية: دليل
من ست خطوات لدعم ضمان الجودة». https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/implementing-quality-standardsdrug-services-and-systems-six-step-guidesupport-quality-assurance_en
(تاريخ الوصول: 07/05/2022)

هوفمان، ك. أ.، جرين، ك. أ.، فورد الثاني، ج. ه. وآخرون.
تحسين جودة الرعاية في علاج تعاطي المخدرات باستخدام
خمس مبادئ رئيسية لتحسين العملية. مجلة أبحاث
السلوك والخدمات الصحية (2012) 39: 234. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9270-y>

باترسون وآخرون (2009). مشاركة المستخدمين في الجهود
المبذولة لتحسين جودة خدمات إساءة استخدام المخدرات
في إنجلترا: دراسة استقصائية وطنية. المخدرات: التثقيف
والوقاية والسياسات، أغسطس 2009؛ 16(4): 364-377

الهيئة الوطنية لعلاج تعاطي المخدرات «تدقيق علاج إساءة
استخدام المخدرات (2008) الهيئة الوطنية لعلاج تعاطي
المخدرات (NTA)، المملكة المتحدة

مكارثي د. وآخرون (2007) «شبكة تحسين علاج الإدمان
(NIATx): تعزيز الوصول والاحتفاظ بالخدمات. إدمان
الكحول والمخدرات». المجلد 88، العددان 3-2، الصفحات
138-145

تريبيل، ت. «رسم خريطة عملية رحلة المريض: مقدمة» المجلة
الطبية البريطانية 2010؛ 341: ج 4078.

بيتر دونيلي وبول كيرك (2015) استخدام نموذج PDSA
لإدارة التغيير الفعالة، التعليم من أجل الرعاية الأولية، 4: 26،
DOI: 279-281، 10.1080/14739879.2015.11494306

منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لأوروبا (2008)
«إرشادات حول تطوير إستراتيجيات الجودة والسلامة بنهج
نظام صحي» منظمة الصحة العالمية.

فيلدز وآخرون (2011) «أنظمة الإدارة، وتحسين جودة المرضى،
وتوافر الموارد، وجودة علاج تعاطي المخدرات». أبحاث
الخدمات الصحية، المجلد 47، العدد 3 الجزء الأول: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/14756773/2012/47/3pt1>

لشبونة، البرتغال. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/675/EMCDDATI-Proto-
col-3.0__392671.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/675/EMCDDATI-Protocol-3.0__392671.pdf) (تاريخ الوصول: 07/05/2022)

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (2018)
مسح مرافق علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة
المشترك بين منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة
المعني بالمخدرات والجريمة: مسودة للاختبار الميداني.
https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNOC_WHO_Facility_survey_Draft_for_field_testing_June_2019.pdf
(تاريخ الوصول: 07/05/2022)

6. ضمان تعزيز الخدمات لصحة المرضى وسلامتهم
وحقوقهم الإنسانية

هيئة الصحة العامة في إنجلترا (2015) «مشاركة مستخدمي
الخدمات: دليل لمفوضي إدمان الكحول والمخدرات ومقدمي
الخدمات ومستخدمي الخدمات»، هيئة الصحة العامة في
إنجلترا، لندن، المملكة المتحدة

منظمة الصحة العالمية (2013) استكشاف مشاركة المرضى
في الحد من مخاطر السلامة المتعلقة بالرعاية الصحية،
منشور إلكتروني: [http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/exploring-patient-participation-in-re-
ducing-health-care-related-safety-risks](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/exploring-patient-participation-in-re-
ducing-health-care-related-safety-risks)
(تاريخ الوصول: 27/09/2019)

برينر ل. وآخرون (2009) استكشاف دور مشاركة المستهلك
في علاج إدمان الكحول والمخدرات. المجلد 5، العددان 1-2،
الصفحات 172-175.

إدارة خدمات إساءة استعمال المواد المخدرة والصحة النفسية
(2020). «النصيحة 42: علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة
للأشخاص المصابين باضطرابات مصاحبة». إدارة خدمات
إساءة استعمال المواد المخدرة والصحة النفسية، الولايات
المتحدة الأمريكية (تاريخ الوصول: 27/09/2019). [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Dig-
ital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf)

حكومة نيو ساوث ويلز (إدارة الصحة) (2018). «إدارة
الحوادث السريرية لخدمات إدمان الكحول والمخدرات
الأخرى: ورقة حقائق». نيو ساوث ويلز، أستراليا. <https://www.health.nsw.gov.au/aod/Pages/clinical-incidents.aspx>
(تاريخ الوصول 27/09/2019)

الجمعية الأمريكية لطب الإدمان (ASAM) (2022) إستراتيجيات
مكافحة العدوى والتخفيف منها في مرافق العيادات الخارجية
والمرافق السكنية: [https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/covid-infection-control-in-residen-
tial-treatmentsettings](https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/covid-infection-control-in-residential-treatment-settings) (تاريخ الوصول 27/09/2019)

الملحق 1: معايير الجودة الرئيسية ومعايير خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات

ترد أدناه «معايير الجودة الرئيسية» (مسودة ما قبل النشر لعام 2021 بعنوان «ضمان الجودة في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات: معايير الجودة الرئيسية للتقييم»؛ وبخاصة: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، وبرنامج العمل الإنمائي لخطة كولومبو، وبرنامج التعاون بين أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي والاتحاد الأوروبي بشأن سياسات المخدرات (COPOLAD)، ولجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات (CICAD)، منظمة أمريكا الجنوبية، والاتحاد الأفريقي، بشكل كامل.

ملحق 1.1 الإدارة الفعالة				
الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافياً حسب البلد)	
M1	يجب على الجهة التي تقدم الخدمات ضمان سهولة وصول الفئات المستهدفة لهذه الخدمات في الوقت المناسب	<ul style="list-style-type: none"> خطة مكتوبة بأهداف محددة لفترة زمنية محددة، مثل خطة سنوية. معلومات من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	إذا كان هناك خطة/وثيقة شاملة
			غير مستوفاة	إذا كانت الخطة غير مكتملة أو الخطة قديمة
M2	يجب أن تعمل الخدمة وفق إجراءات مالية راسخة	<ul style="list-style-type: none"> توثيق الإجراءات المالية. معلومات من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	إذا كانت الإجراءات موثقة وهناك دليل على إتباعها
			غير مستوفاة	إذا كان هناك بعض الإجراءات المالية و/أو هناك القليل من الأدلة على إتباعها
	<ul style="list-style-type: none"> يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات محددة لإدارة وإعداد التقارير عن الموارد المالية المخصصة لتشغيل الخدمة وتطويرها. 	<ul style="list-style-type: none"> ميزانية محددة لفترة زمنية محددة، مثل الميزانية السنوية. إثبات توافق الميزانية مع الخطة. معلومات من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	لا يوجد دليل على وجود إجراءات مالية متسقة
			غير مستوفاة	إذا كان هناك ميزانية حالية تتوافق مع الخطة
	<ul style="list-style-type: none"> يجب أن يكون لدى الخدمة ميزانية مخصصة لتشغيل الخدمة وتقديمها وفقاً للخطة المكتوبة. 	<ul style="list-style-type: none"> التقارير المالية. معلومات من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	إذا كانت التقارير المالية المنتظمة
			غير مستوفاة	إذا كان لا توجد تقارير مالية
M3	يجب أن تدير الخدمة مواردها البشرية بكفاءة لتقديم علاج فعال ورعاية ملائمة.	<ul style="list-style-type: none"> وثائق مكتوبة حول تخصيص الموارد البشرية. نسب الموظفين/المرضى أو معلومات عن حجم العمل من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	يجب أن تدير الخدمة مواردها البشرية بكفاءة لتقديم علاج فعال ورعاية ملائمة.
			غير مستوفاة	إذا كان لدى الخدمة ما يكفي من الموظفين لتطبيق الخطة أو الامتثال للوائح الوطنية.
	<ul style="list-style-type: none"> يجب أن يتوافق هيكل التوظيف لدى جهة تقديم الخدمة مع اللوائح الوطنية أو خطة الخدمة الحالية 	<ul style="list-style-type: none"> إثبات توافق الميزانية مع الخطة. معلومات من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	إذا كانت الخطة الحالية لا تتوافق مع الخطة بالكامل
			غير مستوفاة	إذا كان لا توجد خطة حالية
	<ul style="list-style-type: none"> يجب أن تدير الخدمة مواردها البشرية بكفاءة لتقديم علاج فعال ورعاية ملائمة. 	<ul style="list-style-type: none"> وثائق مكتوبة حول تخصيص الموارد البشرية. نسب الموظفين/المرضى أو معلومات عن حجم العمل من المدراء والقادة. 	مستوفاة	
			مستوفاة جزئياً	إذا كان لدى الخدمة ما يكفي من الموظفين لتطبيق الخطة أو الامتثال للوائح الوطنية.
			غير مستوفاة	إذا كانت الخدمة تعاني من بعض النقص في الموظفين، لكنها تعمل على تحسين ذلك.

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافياً حسب البلد)
	(ب) يجب أن تضمن الخدمة كفاءة الموظفين وحصولهم على التعليم والتدريب اللازمين .	سجلات الموظفين، مثل مؤهلات الموظفين، وشهاداتهم، وسجلات التدريب . معلومات من المدراء والقادة والموظفين .	مستوفاة إذا كان هناك دليل على أن غالبية الموظفين لديهم التعليم/التدريب اللازم مستوفاة جزئياً إذا كان هناك دليل على أن غالبية الموظفين لديهم بعض التعليم/التدريب اللازم غير مستوفاة إذا كان هناك دليل على أن غالبية الموظفين ليس لديهم التعليم/التدريب اللازم
	(ج) يجب أن يتلقى الموظفون إشرافاً ودعمًا فنيًا وشخصيًا منتظمًا	وثائق أو لوائح لتوفير الإشراف والدعم الدوري للموارد البشرية تدقيق سجلات الموظفين للإشراف والدعم معلومات من المدراء والقادة والموظفين	مستوفاة إذا كان يوجد نظام إشراف منتظم متاح لغالبية المهنيين. مستوفاة جزئياً إذا كان يوجد نظام إشراف منتظم متاح لبعض المهنيين، أو أن الإشراف متاح غير منتظم. غير مستوفاة إذا كان الإشراف أو الدعم الذي يتلقوه الموظفون قليل أو معدوم.
M4	يجب أن تلبى الخدمة المتطلبات الوطنية/الإقليمية لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات (إن وجدت)		
	يجب أن تكون الخدمة مسجلة / معتمدة / موثقة محلياً لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات	وثائق التسجيل أو الشهادة أو الاعتماد الذي يسمح للخدمة بالعمل في مجال تقديم علاج اضطرابات إدمان المواد المخدرة	لا ينطبق مستوفاة إذا كان لا يوجد في الدولة نظام تسجيل للخدمة المحددة. مستوفاة جزئياً إذا كانت الخدمة مسجلة/معتمدة/موثقة بالكامل. غير مستوفاة إذا كانت الخدمة قيد التسجيل/الاعتماد/ استخراج الشهادة.
M5	يجب أن تمتلك جهة تقديم الخدمة مرافق ومعدات كافية لتقديم خدمات ملائمة		
	(أ) يجب أن تكون مرافق الخدمة كافية لنوع الخدمة والتدخلات المقدمة	معلومات حول مدى توافق مرافق تقديم الخدمات مع اللوائح والمتطلبات المحلية من حيث الغرف والمساحة والنظافة البيئية، بناءً على زيارة الموقع.	مستوفاة إذا كانت الخدمة تُلبي جميع المتطلبات من حيث الغرف والمساحة والنظافة البيئية. مستوفاة جزئياً إذا كانت الخدمة تُلبي جزئياً المتطلبات من حيث الغرف والمساحة والنظافة البيئية. غير مستوفاة إذا كانت الخدمة لا تُلبي المتطلبات من حيث الغرف والمساحة والنظافة البيئية.
	(ب) يجب أن تكون معدات الخدمة كافية و «ملائمة» لنوع الخدمة والتدخلات المقدمة	قائمة المعدات سجلات سلامة أو صيانة المعدات، بما في ذلك عمليات الفحص/المعايرة الفنية الدورية معلومات من المدراء والقادة	مستوفاة إذا كانت المعدات كافية ومناسبة للغرض مستوفاة جزئياً إذا كانت المعدات كافية ولكنها لا تلبى جميع الأغراض غير مستوفاة إذا كانت المعدات غير كافية أو غير مناسبة

يجب أن يكون لدى الخدمة نظام لحفظ سجلات المرضى بما يُسهّل عملية تقديم العلاج والرعاية			M6
إذ كان هناك نظام شامل لسجلات المرضى الورقية أو الإلكترونية	مستوفاة	<ul style="list-style-type: none"> نظام شامل لسجلات المرضى الورقية أو الإلكترونية. 	<p>(أ) يجب أن يكون هناك نظام شامل لحفظ سجلات المرضى.</p>
إذ كان هناك نظام جزئي لسجلات المرضى الورقية أو الإلكترونية	مستوفاة جزئياً		
إذا لم يكن هناك نظام لحفظ سجلات المرضى الورقية أو الإلكترونية	غير مستوفاة		
إذا كانت الإجراءات والأدلة مُحددة	مستوفاة	<ul style="list-style-type: none"> وثائق حول إجراءات إدارة المعلومات، مثل سجلات المرضى. 	<p>(ب) يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات محددة وثابتة لإدارة المعلومات المتعلقة بسجلات المرضى.</p>
إذا لم تُحدد إجراءات و/أو أدلة إدارة المعلومات بشكل كامل	مستوفاة جزئياً		
إذا لم يكن هناك إجراءات محددة، والأدلة على إدارة المعلومات قليلة	غير مستوفاة		
يجب أن يكون لدى الخدمة آلية مستدامة لضمان الجودة			M7
إذا كان هناك معايير لجميع المجالات إذا	مستوفاة	<ul style="list-style-type: none"> وثيقة معايير الخدمة. 	<p>(أ) يجب أن يكون لدى الخدمة معايير محددة فيما يتعلق بكيفية تقديم الخدمة.</p>
كان هناك بعض المعايير لبعض المجالات الرئيسية	مستوفاة جزئياً		
إذا لم يكن هناك معايير محددة	غير مستوفاة		
إذا كان هناك معايير أو تدقيق أو مراقبة لجميع المجالات الرئيسية	مستوفاة	<ul style="list-style-type: none"> بيانات أو تقارير مراقبة الخدمة أو تدقيقها 	<p>(ب) يجب أن تراقب الخدمة ممارساتها وتدققها بانتظام وفقاً لمعاييرها</p>
إذا كان هناك معايير أو تدقيق أو مراقبة لبعض المجالات الرئيسية	مستوفاة جزئياً		
إذا كان لا يوجد معايير أو تدقيق أو مراقبة	غير مستوفاة		
إذا كان هناك دليل على مشاركة المرضى المستمرة في ضمان الجودة	مستوفاة	<ul style="list-style-type: none"> آلية ملاحظات المرضى/ استبيانات الخروج، وتقارير الإدارة. 	<p>(ج) يجب أن يكون لدى الخدمة آلية راسخة لإشراك المرضى في ضمان جودة الخدمة.</p>
إذا كان هناك بعض الأدلة على مشاركة المرضى المستمرة في ضمان الجودة	مستوفاة جزئياً		
إذا كان لا يوجد دليل على مشاركة المرضى في ضمان الجودة	غير مستوفاة		
إذا كانت عملية التدقيق، والمناقشات دورية في الاجتماعات، وهناك خطط التحسين	مستوفاة	<ul style="list-style-type: none"> معلومات من المستفيدين من الخدمة 	<p>(د) يجب أن تُراجع الخدمة الممارسات وتحسّنها بانتظام عند الحاجة</p>
إذا كان هناك بعض عمليات التدقيق، ومناقشات الاجتماعات، وخطط التحسين	مستوفاة جزئياً		
إذا لم يكن هناك دليل على عملية ضمان الجودة	غير مستوفاة		

ملاحظات:

ينبغي لفريق ضمان الجودة الاتفاق مسبقاً على الأدلة المطلوبة للتقييمات وحدود التسجيل (ويفضل أن يتم ذلك بالتعاون مع الجهات المعنية، مثل مقدمي الخدمات والممولين وممثلي المرضى).

المعيار (M1) الفقرة أ): عادةً ما تتضمن خطة الخدمة أو الخطة الاستراتيجية الرؤية والمبادئ والأهداف والغايات والأنشطة والأدوار والمسؤوليات والجدول الزمني والمؤشرات، بالإضافة إلى عناصر مثل وصف الخدمة؛ والخدمات المقدمة؛ وأعداد المرضى؛ والأولويات؛ والتوظيف؛ والتمويل والأهداف لفترة التقرير، إلخ.

المعيار (M2) الفقرة أ): قد تشمل الإجراءات المالية شراء السلع أو المعدات أو التعاقد مع المقاولين؛ ودفع رواتب الموظفين والفواتير والمرافق؛ وحفظ سجلات المعاملات المالية؛ وإدارة «المصروفات النثرية»؛ وإجراءات رسوم المرضى (إن وجدت)؛ والتأكد من تسجيل الأموال أو السلع المقدمة كتبرعات واستخدامها للغرض المخصص لها، إلخ.

المعيار (M2) الفقرة ب): يُعدّ وجود ميزانية حالية للخدمات ممارسة جيدة ومطلوبة في العديد من البلدان.

المعيار (M2) الفقرة ج): قد تكون التقارير المالية «العادية» سنوية أو ربع سنوية أو شهرية، وذلك حسب نوع الخدمة ومتطلبات إدارتها/مجلس إدارتها/هيئات تمويلها.

المعيار (M3) الفقرة أ): قد تختلف متطلبات أعداد الموظفين وتخصصاتهم باختلاف البلدان. تُحدد بعض البلدان الموظفين المطلوبين لمختلف خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات المتخصصة. إذا لم تكن توقعات الموظفين واضحة، فيجب الاتفاق على التقييم مسبقاً من قبل فريق ضمان الجودة والخدمات. يجب على المقيمين تدوين ملاحظات حول أعداد المرضى والحضور اليومي، ونوع الخدمات (مرضى خارجيون/مرضى داخليون/مقيمون)، وأعداد الموظفين (في الموقع وتحت الطلب)، والخلفية المهنية (المديرون، والإدارة، وموظفو الاستقبال، والأطباء، والمرضون، والأخصائيون النفسيون، والمستشارون، والمتطوعين، إلخ).

المعيار (M3) الفقرة ب): تُعرّف «كفاءة الموظفين» بأنها «المهارات والخبرات و/أو المؤهلات/الشهادات اللازمة لأداء وظيفة ما». قد تختلف متطلبات كفاءة الموظفين من بلد إلى آخر. يتجاوز التقييم المباشر لمهارات وخبرات الموظفين أهداف هذه الأداة. تُقيم كفاءة الموظفين من خلال عمليات تدقيق سجلات الموظفين وسجلات التدريب.

المعيار (M3) الفقرة ج): يعكس هذا المعيار توقع الإشراف المنتظم (شهرياً مثلاً) ودعم الموظفين الذين يقدمون العلاج أو التدخلات المباشرة للمرضى.

المعيار (M4) الفقرة أ): لدى بعض الدول أو المناطق أو الولايات متطلبات يجب على الخدمة استيفاؤها لتشغيل خدمة لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات. قد يكون ذلك استيفاءً لعملية التسجيل/الاعتماد/التصديق. قد لا ينطبق هذا المعيار في بعض الدول لأنه يعتمد على ما إذا كان لدى المقاطعة نظام تسجيل/اعتماد/تصديق.

المعيار (M5) الفقرة أ): تشمل المرافق منطقة الاستقبال والانتظار؛ وغرف الاستشارات، وغرف العمل الجماعي، والغرف السريرية، والمراحيض، والمطابخ، ومنطقة الإدارة/تخزين السجلات، والمناطق الخارجية، وما إلى ذلك. إذا كانت الخدمة سكنية أو للمرضى الداخليين، فهذا يشمل عدد الأسرة لكل غرفة/جناح.

المعيار (M5) الفقرة ب): قد تشمل المعدات الطبية المستخدمة أثناء التقييم أو الفحص أو العلاج (الأجهزة الطبية، وأجهزة قياس ضغط الدم، والسماعة الطبية، وأجهزة الأكسجين، وجهاز الشفط، وأريكة الفحص)، وأجهزة الكمبيوتر، ومعدات المكاتب، ومعدات المطبخ، ومعدات التنظيف، وما إلى ذلك).

المعيار (M6) الفقرة أ): تشمل أنظمة سجلات المرضى الشاملة التفاصيل الاجتماعية والديموغرافية للمريض؛ ووثائق التقييم وتقييم المخاطر والتخفيف منها؛ ووثائق الموافقة الموقعة؛ وملاحظات الحالة لجميع المواعيد والتواصل؛ وسجلات الأدوية؛ وخطط العلاج ومراجعاتها؛ والإحالات والعمل المشترك مع مقدمي الخدمات الآخرين (مثل الخدمات الصحية)؛ وتخطيط الخروج والرعاية الشاملة؛ ومشاركة الأسرة والتواصل.

المعيار (M6) الفقرة ب): ينبغي أن تشمل إجراءات إدارة المعلومات المعمول بها ضمان جمع سجلات المرضى وتخزينها، وضمان سرية المرضى/مشاركة المعلومات المناسبة، واتباع نهج متسق في معالجة أي ثغرات في المعلومات (من يُبلغ، وما هي الإجراءات التصحيحية المتخذة) وما إلى ذلك.

المعيار (M7): تتكون آلية ضمان الجودة المعمول بها من وجود عملية للخدمة لمراقبة ممارساتها أو تدقيقها بشكل متقطع وفقاً للمعايير، وفي حال عدم تحقيق الممارسات للمعايير أو الأهداف، يتم التخطيط للتحسين، ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسينها.

المعيار (M7) الفقرة أ): قد تغطي المعايير جميع جوانب إدارة الخدمة وتقديم العلاج وتقييم الرعاية.

المعيار (M7) الفقرة ب): قد تشمل المراقبة: جمع بيانات أداء الخدمة والإبلاغ عنها، مثل أعداد المرضى في العلاج؛ ومدة إقامة المرضى، وما إلى ذلك؛ وقد تشمل عمليات تدقيق منتظمة لسجلات المرضى أو إدارة الأدوية أو بروتوكولات الخدمة. كما يمكن تضمين ملاحظات المرضى في المراقبة المنتظمة.

المعيار (M7) الفقرة ج): تُعدّ ملاحظات المرضى ومشاركتهم في ضمان جودة خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات ممارسة جيدة كما هو موضح في «المعايير الدولية» (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2020). ويمكن تحقيق ذلك من خلال آليات منتظمة لملاحظات المرضى، أو من خلال هيئات تمثيل المرضى المرتبطة بالإدارة أو ضمان الجودة أو إعادة تصميم الخدمات، أو من خلال استبيانات المرضى، أو مجموعات التركيز.

المعيار (M7) الفقرة د): عادةً ما تُراجع تقارير وبيانات مراقبة الجودة من قبل إدارة الخدمات أو اجتماع الجودة (مثل اجتماعات الحوكمة السريرية).

ملحق 1.2 العلاج والرعاية المخصصة المرتكزة على الفرد

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافياً حسب البلد)
PC1	يجب أن تكون تقييمات المرضى شاملة وتشاركية		
	(أ) يجب أن تكون تقييمات العملاء شاملة.	<ul style="list-style-type: none"> • سجلات المرضى. • معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة. 	<p>مستوفاة إذا كان يوجد تقييم شامل في معظم سجلات المرضى</p> <p>مستوفاة جزئياً إذا كان يوجد تقييم شامل في بعض سجلات المرضى</p> <p>غير مستوفاة إذا كان يوجد عدد قليل من التقييمات الشاملة</p>
	(ب) يجب أن يلعب المرضى دوراً فعالاً في تقييمهم، ويجب أن تقدر آراؤهم.	<ul style="list-style-type: none"> • سجلات المرضى. • معلومات من المستفيدين من الخدمة. 	<p>مستوفاة إذا كان معظم المرضى أو السجلات تشير إلى نهج تشاركي.</p> <p>مستوفاة جزئياً إذا كان بعض المرضى أو بعض السجلات تشير إلى نهج تشاركي.</p> <p>غير مستوفاة إذا كان لا يوجد دليل يُذكر على إتباع المرضى أو السجلات لنهج تشاركي.</p>
	(ج) يجب أن تُؤخذ نقاط قوة المريض وموارده (رأس مال التعافي) في الاعتبار أثناء التقييم.	<ul style="list-style-type: none"> • سجلات المرضى. • معلومات من المستفيدين من الخدمة. 	<p>مستوفاة إذا كانت معظم السجلات تشير أو معظم المرضى يشيرون إلى نقاط قوة أو مزايا.</p> <p>مستوفاة جزئياً إذا كانت بعض السجلات تشير أو بعض المرضى يشيرون إلى نقاط قوة أو مزايا.</p> <p>غير مستوفاة إذا كان لا توجد أدلة تُذكر على أن هناك نقاط قوة أو مزايا للمرضى أو كانت السجلات لا تذكر أي نقاط قوة أو مزايا للمرضى.</p>
PC2	يجب أن يُقدم العلاج والرعاية بناءً على موافقة مستنيرة من المرضى		
	(أ) يجب أن تُقدّم الخدمة بناءً على موافقة المريض الحرة والمستنيرة.	<ul style="list-style-type: none"> • بروتوكول للموافقة المستنيرة. • سجلات المرضى. 	<p>مستوفاة إذا كان البروتوكول/معلومات المريض، والتدقيق يُظهر موافقة المرضى الروتينية.</p> <p>مستوفاة جزئياً إذا كان هناك بعض الأدلة من البروتوكول/معلومات المريض/ملاحظات المرضى.</p> <p>غير مستوفاة إذا كان لا يوجد دليل على الموافقة في السجلات أو من ملاحظات المرضى.</p>
	(ب) يجب أن تُوثّق الخدمة موافقة المريض على العلاج في سجلاته.	<ul style="list-style-type: none"> • معلومات من المستفيدين من الخدمة. 	<p>مستوفاة إذا كان لا يوجد دليل على الموافقة في السجلات أو من ملاحظات المرضى.</p> <p>مستوفاة جزئياً إذا كانت السجلات تشير إلى الموافقة بشكل روتيني.</p> <p>غير مستوفاة إذا كانت بعض السجلات تحتوي على سجل موافقة.</p>

PC3		يجب أن يكون لدى جميع المرضى خطة علاج فردية مكتوبة تتم مراجعتها بانتظام وتساعد في تنسيق العلاج والرعاية	
<p>(أ) يجب أن يكون لدى المرضى خطة علاج فردية مكتوبة.</p>	<p>• معلومات من المستفيدين من الخدمة.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت غالبية سجلات المرضى الحالية تحتوي على خطة علاج.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت بعض سجلات المرضى الحالية تحتوي على خطة علاج.</p>
	<p>• سجلات المرضى.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان عدد قليل جداً من سجلات المرضى الحالية تحتوي على خطة علاج أو لا تحتوي</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت غالبية سجلات المرضى الحالية تتضمن مراجعة لخطة العلاج.</p>
	<p>• سجلات المرضى.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت بعض سجلات المرضى تتضمن مراجعة لخطة العلاج.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان عدد قليل جداً من سجلات المرضى الحالية تتضمن مراجعة لخطة العلاج أو لا تتضمن أي سجلات للمرضى على مراجعة</p>
<p>(ب) يجب أن تُراجع الخدمة العلاج بانتظام، مع مراعاة آراء المرضى حول تقديم العلاج.</p>	<p>• خطط العلاج في تدقيق سجلات المرضى.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى الحاليين تظهر التنسيق مع جهات أخرى، عند الحاجة.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت سجلات بعض المرضى الحاليين تظهر التنسيق مع جهات أخرى، عند الحاجة.</p>
	<p>• خطط العلاج في تدقيق سجلات المرضى.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات أقلية صغيرة من المرضى تظهر التنسيق مع جهات أخرى، عند الحاجة، أو لا تظهر أي سجلات أن هناك تنسيق من هذا النوع.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت سجلات بعض المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان عدد قليل من سجلات المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
<p>(ج) يجب أن تُسجَّل الخدمة إحالات المرضى إلى مقدمي خدمات آخرين في خطط علاج المرضى.</p>	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت سجلات بعض المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان عدد قليل من سجلات المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت سجلات بعض المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
<p>(د) يجب أن يكون لدى المرضى خطط خروج عند مغادرتهم الخدمات تعزيزاً للرعاية الشاملة والحد من الانتكاس.</p>	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت سجلات بعض المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان عدد قليل من سجلات المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
	<p>• سجلات المرضى: عدد مراجعات خطة العلاج في العام الماضي.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت سجلات غالبية المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت سجلات بعض المرضى المُسرَّحين تحتوي على خطط خروج.</p>
PC4		يجب أن تعمل الخدمة بالشراكة والتنسيق مع الخدمات الأخرى لتلبية احتياجات المرضى	
<p>(أ) يجب أن تعمل الخدمة مع مقدمي خدمات آخرين لتلبية احتياجات المرضى.</p>	<p>• توثيق المريض لسجلات الإحالة وتنسيق الرعاية في حال مشاركة مقدمي خدمات آخرين (لتلبية احتياجات المريض).</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك إثباتات على وجود شراكة مع مجموعة كبيرة من مقدمي الخدمات الآخرين</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان هناك إثباتات على وجود شراكة مع بعض من مقدمي الخدمات الآخرين</p>
	<p>• توثيق المريض لسجلات الإحالة وتنسيق الرعاية في حال مشاركة مقدمي خدمات آخرين (لتلبية احتياجات المريض).</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك إثباتات قليلة أو معدومة على وجود ترتيبات شراكة</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك إثباتات على وجود شراكة مع مجموعة كبيرة من مقدمي الخدمات الآخرين</p>
	<p>• توثيق المريض لسجلات الإحالة وتنسيق الرعاية في حال مشاركة مقدمي خدمات آخرين (لتلبية احتياجات المريض).</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك إثباتات على وجود شراكة مع مجموعة كبيرة من مقدمي الخدمات الآخرين</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان هناك أهداف وصول قليلة، وأدلة محدودة على استراتيجيات التفاعل</p>
<p>(أ) يجب أن تُعزز الخدمة الوصول إلى الرعاية لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة، وأن يكون لديها استراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.</p>	<p>• معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك مجموعة كبيرة من أهداف الوصول واستراتيجيات التفاعل</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان هناك أهداف وصول قليلة، وأدلة محدودة على استراتيجيات التفاعل</p>
	<p>• معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>
	<p>• معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>
PC5		يجب أن تلبى الخدمة احتياجات مجموعة متنوعة من المرضى	
<p>(أ) يجب أن تُعزز الخدمة الوصول إلى الرعاية لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة، وأن يكون لديها استراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على العلاج.</p>	<p>• معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك مجموعة كبيرة من أهداف الوصول واستراتيجيات التفاعل</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان هناك أهداف وصول قليلة، وأدلة محدودة على استراتيجيات التفاعل</p>
	<p>• معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة.</p>	<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>
	<p>• معلومات من المدراء والقادة والموظفين والمستفيدين من الخدمة.</p>	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>	<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود أهداف أو استراتيجيات تفاعل</p>

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافياً حسب البلد)
	(ب) يجب تدريب الموظفين على التعامل مع فئات متنوعة من المرضى.	<ul style="list-style-type: none"> توثيق آخر المرضى الذين خرجوا من المستشفى (على سبيل المثال، آخر 10 مرضى): خطط الخروج في سجلات المرضى. 	<p>مستوفاه</p> <p>إذا كان هناك دليل على أن غالبية الموظفين قد حصلوا على جميع المؤهلات/دورات التدريب اللازمة.</p> <p>مستوفاه جزئياً</p> <p>إذا كان هناك دليل على أن غالبية الموظفين قد حصلوا على جزء من المؤهلات/دورات التدريب اللازمة.</p> <p>غير مستوفاه</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على أن الموظفين قد حصلوا على المؤهلات/دورات التدريب اللازمة.</p>
	(ج) يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولات راسخة لضمان تلبية احتياجات الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة من العلاج والرعاية (مثل النساء والأطفال والمراهقين، إلخ).	<ul style="list-style-type: none"> نماذج الإحالة، اتفاقيات الشراكة مع مقدمي خدمات آخرين. 	<p>لا ينطبق</p> <p>إذا كانت الخدمة تُركز، في الأساس، على فئة سكانية مُحددة (مثل المرضى الذكور) فقط.</p> <p>مستوفاه</p> <p>إذا كان هناك بروتوكول/إجراءات مُصممة للفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة.</p> <p>مستوفاه جزئياً</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول، ولكن توجد أدلة على تصميم تدخلات مُخصصة للفئات السكانية ذات الاحتياجات العلاجية والرعاية الخاصة.</p> <p>غير مستوفاه</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول أو ممارسة أو تدخلات مُخصصة.</p>
PC6	يجب أن تضمن الخدمة إشراك المرضى في عملية تصميم الخدمة وتحديد كيفية تقديمها		
	(أ) يجب أن تضع الخدمة آليات لإشراك المرضى في تصميم الخدمة.	<ul style="list-style-type: none"> نماذج الإحالة، اتفاقيات الشراكة مع مقدمي خدمات آخرين. 	<p>مستوفاه</p> <p>إذا كانت الخدمة تُركز، في الأساس، على فئة سكانية مُحددة (مثل المرضى الذكور) فقط.</p> <p>مستوفاه جزئياً</p> <p>إذا كان هناك بروتوكول/إجراءات مُصممة للفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة.</p> <p>غير مستوفاه</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول، ولكن توجد أدلة على تصميم تدخلات مُخصصة للفئات السكانية ذات الاحتياجات العلاجية والرعاية الخاصة.</p>
	(ب) يجب إشراك الأشخاص ذوي «الخبرة الفعلية» في اضطرابات تعاطي المخدرات والتعافي منها في تقديم	<ul style="list-style-type: none"> سجلات المرضى. معلومات من المدراء والقادة. 	<p>مستوفاه</p> <p>إذا كان هناك دليل على مشاركة المرضى المستمرة في تصميم الخدمة</p> <p>مستوفاه جزئياً</p> <p>إذا كان هناك بعض الأدلة على مشاركة المرضى المستمرة في تصميم الخدمة</p> <p>غير مستوفاه</p> <p>إذا كان الأقران يشاركون في تقديم الخدمة بشكل كافٍ</p> <p>إذا كان الأقران لا يشاركون في تقديم الخدمة</p>

ملاحظات:

ينبغي لفريق ضمان الجودة الاتفاق مسبقاً على الأدلة المطلوبة للتقييمات وحدود التسجيل (ويفضل أن يتم ذلك بالتعاون مع الجهات المعنية مثل مقدمي الخدمات والممولين وممثلي المرضى).

التعريفات

الرعاية المرتكزة حول المريض: هي الرعاية التي تُركّز علي وتُتظّم الاحتياجات الصحية وتوقعات الأفراد والمجتمعات بدلاً من التركيز على الأمراض. تُوسّع الرعاية المرتكزة حول المريض مفهوم الرعاية المرتكزة حول المريض ليشمل الأفراد والأسر والمجتمع ككل. في حين تفهم الرعاية المرتكزة حول المريض عادةً على أنها تُركّز على الفرد الذي يطلب الرعاية - المريض - فإن الرعاية المرتكزة حول الإنسان تشمل هذه اللقاءات السريرية، وتشمل الاهتمام بصحة الأفراد في مجتمعاتهم ودورهم الحاسم في تشكيل السياسات الصحية والخدمات الصحية.

المعيار (PC1) الفقرة أ): يجب أن تُغطّي أدوات التقييم اضطرابات استخدام المواد؛ والصحة العقلية والجسدية؛ والأداء الاجتماعي، وما إلى ذلك. فأدوات التقييم المُعمّدة هي تلك التي تم اختبارها علمياً لإنتاج نتائج موثوقة على مجموعات مختلفة من المرضى، ويُديرها موظفون مختلفون. وتشمل (على سبيل المثال لا الحصر): مؤشر شدة الإدمان (ASI). استبيان اضطراب تعاطي المواد (SADQ)، المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي (MINI) (شيهان وآخرون، 1998؛ شيهان، 2016)، المقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (SCID) (DSM-5) (فيرست وآخرون، 2015)، أو المقابلة التشخيصية الدولية المركبة - وحدة تعاطي المواد (CIDI-SAM) (كوتلر، 2000)، إلخ.

المعيار (PC1) الفقرة ج): تُعد أصول المريض أو نقاط قوته مهمة في التقييمات ووضع الخطة العلاجية، حيث ينبغي أن تهدف الخدمة إلى مساعدته على بناء أصول التعافي. قد يشمل ذلك الحالة النفسية والاجتماعية للمريض، ونقاط قوته التي تتجاوز الاعتبارات الطبية الحيوية، والإجراءات التشخيصية.

المعيار (PC2) الفقرة أ): الموافقة المستتيرة هي إذن المريض للمؤسسة بتقديم تدخلات علاجية بعد التقييم، وبعد أن تشرح الخدمة العلاج الموصى به، والمخاطر، والفوائد، وقواعد الخدمة. كلما كان العلاج أكثر كثافة أو تدخلاً، كلما ارتفع الحد الأقصى للموافقة المستتيرة. الموافقة.

المعيار (PC3) الفقرة أ): قد لا ينطبق هذا المعيار على المرضى الذين يتلقون تدخلات قصيرة، أو تدخلات زيارة مفاجئة، أو تدخلات جلسة واحدة. قد تكون خطة العلاج وثيقة مستقلة أو ملاحظة في السجل توضح المشكلات والأهداف التي يسعى المريض لتحقيقها. من الممارسات الجيدة أن يوقع المرضى على خطة العلاج و/أو يحتفظوا بنسخة منها، وأن يكونوا قد شاركوا في الخطة وتحديد الأهداف.

المعيار (PC3) الفقرة ب): قد لا ينطبق هذا المعيار على المرضى الذين يتلقون تدخلات قصيرة، أو تدخلات زيارة مفاجئة، أو تدخلات جلسة واحدة، والذين قد لا يكونون مناسبين لخطة العلاج أو لا يحتاجون إليها. قد يختلف تعريف «العادي» من خدمة لأخرى، حسب احتياجات مجموعة المرضى وبيئة العلاج. من الممارسات الجيدة أن يوقع المرضى على مراجعة خطة العلاج و/أو يحتفظوا بنسخة منها، وأن يكونوا قد شاركوا في المراجعة وتحديد الأهداف.

المعيار (PC3) الفقرة ج): قد لا يكون التنسيق مطلوباً لجميع المرضى. قد يشمل دليل تنسيق الرعاية اجتماعات مراجعة الحالة أو التنسيق المشتركة في سجلات المرضى: دليل على ترتيبات العمل المشتركة مع مقدمي الخدمات الآخرين، مثل إجراءات التشغيل القياسية المتفق عليها. (الإجراءات التشغيلية القياسية)؛ واتفاقيات المعلومات/المشاركة؛ ومسارات الإحالة والقبول، إلخ.

المعيار (PC3) الفقرة د): لا يُطبّق هذا المعيار على المرضى الذين يتلقون تدخلات قصيرة، أو تدخلات زيارة مفاجئة، أو تدخلات جلسة واحدة. يجب أن تقتصر عينة التدقيق على المرضى الذين خرجوا حديثاً فقط، على سبيل المثال، آخر 10 مرضى خرجوا (الذين لم ينسحبوا).

المعيار (PC4) الفقرة أ): يمكن أن تشمل المستندات محاضر اجتماعات الشراكة، وملاحظات مراجعة الحالة المشتركة، وأدلة على إدارة الحالة مع مقدمي خدمات آخرين، وأدلة على الإحالات إلى روابط المعرفة، ومذكرة تفاهم مع الشركاء.

المعيار (PC5) الفقرة أ): تشمل مؤشرات الأداء الرئيسية لأمثلة الوصول أوقات الانتظار؛ أو الأعداد المستهدفة للمرضى من فئة أو موقع معين؛ لضمان وصول جميع الفئات المستهدفة. يعتمد تحديد الفئة المستهدفة على نطاق المشروع وما إذا كان يقدم علاجاً صريحاً لاضطرابات تعاطي المخدرات لمجموعة سكانية معينة، مثل الرجال والنساء والأطفال والشباب ومتعاطي المخدرات بالحقن، إلخ. قد تشمل استراتيجيات التواصل مع الفئات التي يصعب الوصول إليها التواصل مع فئات سكانية معينة، وتدخلات خاصة بكل فئة (مثل: مُصممة حسب العمر، والعمل مع النساء/الرجال، والعرق، والدين، والتوجه الجنسي، والمواد المستخدمة، إلخ).

المعيار (PC5) الفقرة ب): تُظهر سجلات الموظفين التدريب و/أو الكفاءة في مجالات الجنس والعمر والعرق واللغة والدين، إلخ، حسب الفئة المستهدفة بالخدمة.

المعيار (PC5) الفقرة ج): قد لا ينطبق هذا البيان على بعض الخدمات. بروتوكول للفئات ذات الاحتياجات الخاصة للعلاج والرعاية، و/أو دليل على أن البروتوكول أو الممارسة مُعتمدة.

المعيار (PC6) الفقرة أ): قد تشمل الآليات المعتمدة لإشراك المرضى في تصميم الخدمة استطلاعات رأي المرضى حول إعادة تصميم الخدمة، أو هيئة تمثيلية للمرضى تتشاور معها الإدارة، أو غيرها من أساليب استشارة المرضى.

المعيار (PC6) الفقرة ب): يمكن لأقران مُختارين ومدربين تدريباً جيداً العمل في خدمات العلاج، وتقديم تدخلات مُحددة تهدف إلى المساعدة في تحديد المرضى وإشراكهم والحفاظ على استمرارهم في العلاج. وتتطلب المشاركة في تقديم الخدمة تدريباً كافياً، وقد تشمل أدواراً مُتنوعة، مثل: دعم الأقران أو تقديم مجموعات المساعدة المتبادلة، والتواصل مع الآخرين، والمتطوعين، مثل: المساعدة في «الخدمات الخارجية»، واستقبال المرضى الجدد والترحيب بهم، أو تقديم المرطبات في قاعات الانتظار، وما إلى ذلك. يجب مراعاة عملية صحة وتعافي الأقران، ويجب أن يتلقوا الدعم الكافي.

ملاحظات:

ينبغي لفريق ضمان الجودة الاتفاق مسبقاً على الأدلة المطلوبة للتقييمات وحدود التسجيل (ويُفضل أن يتم ذلك بالتعاون مع الجهات المعنية، مثل مقدمي الخدمات والممولين وممثلي المرضى).

المعيار (E1) (الفقرة أ): تشمل أمثلة مؤشرات الأداء الرئيسية للوصول أوقات الانتظار؛ وأعداد المرضى من الفئات ذات الاحتياجات العلاجية الخاصة الذين يحصلون على العلاج، وما إلى ذلك.

المعيار (E2) (الفقرة أ): تشمل أمثلة مؤشرات الأداء الرئيسية البقاء في العلاج، وإشغال الأسرة؛ والأعداد التي تتلقى العلاج؛ والأعداد التي تُكمل العلاج؛ ونتائج المرضى (مثل انخفاض عدد أيام استخدام الأدوية في الشهر الماضي).

المعيار (E2) (الفقرة ب): يُفضّل تحقيق مراقبة مؤشرات الأداء الرئيسية من خلال جمع البيانات الروتيني و/أو عمليات التدقيق الدورية لسجلات المرضى.

المعيار (E1) (الفقرة ج): يمكن تحقيق مراقبة نتائج المرضى باستخدام أدوات تقييم مُعتمدة أو أدوات قياس النتائج.

المعيار (E3) (الفقرة أ): دليل علاجي أو مجموعة من الوثائق (أدلة خدمة، إرشادات وطنية/إقليمية مُكيّفة) تشرح نطاق التدخلات المُقدّمة، ومعايير إدراج/استبعاد المرضى، والجدول الزمني، ومجموعات المرضى، وما إلى ذلك. ملاحظة: لا يحتوي دليل العلاج عادةً على وثائق مُفصلة تُحدّد كيفية تقديم كل تدخل وكفاءة الموظفين المطلوبة - هذه هي بروتوكولات التدخلات الموضحة أدناه.

المعيار (E3) (الفقرة ب) - النقطة 1: البروتوكول أو الإجراء التشغيلي القياسي (SOP) هو وثيقة تشرح التدخل أو الإجراء بالتفصيل للموظفين، وعادةً ما تتضمن كحد أدنى وصفاً للتدخل أو المشكلات، والمرضى/الموظفين الذين ينطبق عليهم، والإجراءات المتوقعة (بالتسلسل) من الموظفين، وكفاءة الموظفين المطلوبة، ومتطلبات إعداد التقارير. يُفضّل توفير بعض التدخلات للحد من الآثار السلبية والاجتماعية لتعاطي المخدرات في جميع المناطق. تشمل التدخلات للحد من الآثار السلبية والاجتماعية ما يلي: معلومات عن الخدمات التي تُلبّي الاحتياجات الأساسية (السلامة، المياه، الغذاء، والمأوى، والنظافة، والملابس)، والربط بها؛ برامج الإبر والمحاقن؛ برامج توزيع الواقي الذكري؛ الوقاية من الجرعات الزائدة وتحديد وإدارتها، بما في ذلك النالوكسون المنزلي؛ الفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة البشرية/التهاب الكبد وتقديم المشورة؛ معلومات عن خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتشخيصه وعلاجه والربط بها؛ معلومات عن خدمات التطعيم (لالتهاب الكبد البوابي ب) والوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه والربط بها؛ معلومات عن خدمات الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والسل وتشخيصها وعلاجها والربط بها؛ معلومات وتوعية وتواصل موجه لتعاطي المخدرات وشركائهم الجنسيين حول آثار المخدرات والمخاطر المرتبطة بها، بالإضافة إلى أساليب الحد من الأضرار الصحية والاجتماعية الناجمة عنها؛ معلومات عن مجموعات المساعدة المتبادلة (مثل مدمنو المخدرات المجهولون، ومدمنو الكوكايين المجهولون، وغيرها من مجموعات الدعم المتبادل القائمة على الأقران)؛ أنشطة مكافحة الوصمة، ورفع الوعي والترويج في المجتمع؛ الفحص والتدخلات المختصرة لتعاطي المخدرات؛ الاستشارات الأساسية؛ معلومات عن الخدمات الطبية الأساسية (مثل إدارة الجروح) والدعم الاجتماعي (بما في ذلك الغذاء والنظافة والمأوى) وإمكانية الوصول إليها؛ وتدخلات الأزمات؛ والدعم القانوني؛ والإحالة إلى وسائل العلاج والرعاية الأخرى وخدمات إدارة التعافي؛ والإحالة إلى خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الأخرى، حسب الحاجة.

المعيار (E3) (الفقرة ب) - النقطة 2: يبحث المُقيّمون عن أدلة على امتلاك الموظفين مهارات أو تدريباً معرفياً أو مؤهلات في التدخلات الرامية إلى الحد من الآثار السلبية والاجتماعية لاضطرابات تعاطي المخدرات. يتجاوز التقييم المباشر لمهارات الموظفين وخبراتهم أهداف هذه الأداة. يتم تقييم كفاءة الموظفين من خلال تدقيق سجلات الموظفين وسجلات التدريب.

المعيار (E3) (الفقرة ج) - النقطة 1: يجب أن يُطبّق هذا المعيار على جميع خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات. قد تشمل التدخلات النفسية والاجتماعية العمل الفردي أو الجماعي. قد تشمل التدخلات التثقيف النفسي؛ والعلاج

السلوكي المعرفي؛ والمقابلات التحفيزية والعلاج التعزيزي التحفيزي؛ ونهج التعزيز المجتمعي؛ ونهج العلاج الأسري؛ وإدارة الطوارئ؛ ومجموعات المساعدة المتبادلة (بما في ذلك مجموعات الخطوات الاثنتي عشرة)؛ ودعم السكن والتوظيف، من بين أمور أخرى. ينبغي أن تستكشف مقابلات المرضى ما إذا كانت لديهم علاقة علاجية جيدة مع الموظفين الذين يقدمون التدخلات النفسية والاجتماعية.

المعيار (E3) الفقرة ج) - النقطة 2: يبحث المقيمون عن أدلة على امتلاك الموظفين للمهارات أو التدريب المعرفي أو المؤهلات في تدخلات نفسية واجتماعية محددة.

المعيار (E3) الفقرة د) - النقطة 1: قد لا ينطبق هذا المعيار على بعض الخدمات. ينبغي تطبيق التدخلات الدوائية بالتزامن مع التدخلات النفسية والاجتماعية. قد تشمل التدخلات الدوائية إدارة أعراض انسحاب المخدرات، وإدارة إدمان المواد الأفيونية، والأدوية المصحوبة بأعراض الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المنشطات النفسية أو القنب، والوقاية من الجرعات الزائدة، والتشخيص، والإدارة.

المعيار (E3) الفقرة د) - النقطة 2: يبحث المقيمون عن أدلة على امتلاك الموظفين للمهارات أو التدريب المعرفي أو المؤهلات في وصف وصرف التدخلات الدوائية.

المعيار (E3) الفقرة هـ) - النقطة 1: يُفضّل أن تُقدّم جميع خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات بعض تدخلات إدارة التعافي، مثل إمكانية الوصول إلى المساعدة المتبادلة أو دعم الأقران، والرعاية اللاحقة، وفحوصات التعافي، أو دعم من يغادرون العلاج.

المعيار (E3) الفقرة هـ) - النقطة 2: يبحث المقيمون عن أدلة على امتلاك الموظفين للمهارات أو التدريب المعرفي أو المؤهلات في تدخلات إدارة التعافي، وما إلى ذلك.

ملحق 1.4 ضمان الخدمة تعزيز صحة المرضى وسلامتهم وحقوقهم الإنسانية

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافيا حسب البلد)
P1	يجب معاملة المرضى بكرامة واحترام وحمايتهم من الإساءة وسوء الممارسة المهنية والوصمة والتمييز		
	أ. يجب أن يكون المرضى هم من يُبلغون عن معاملتهم بكرامة واحترام.	<ul style="list-style-type: none"> مقابلات مع مستخدمي الخدمة . سجلات شكاوى المرضى. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا لم تكن هناك أية مؤشرات على انتهاك كرامة المرضى وكان يتم احترام المرضى</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان هناك بعض الأدلة على أن المرضى لم يتم معاملتهم بكرامة واحترام ولكن هناك أدلة أيضا على معالجة هذه المشكلات.</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك مؤشرات على انتهاك كرامة المرضى وعدم احترامهم.</p>
	ب. يجب أن يكون لدى الضمان احترام حقوق المرضى وخصوصيتهم وحمايتهم.	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكولات لضمان خصوصية المرضى. معلومات من مستخدمي الخدمة . 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت الإجراءات مطبقة ومعمول بها</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان هناك إجراءات، لكن لا يعرفها جميع المرضى.</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لم يكن هناك إجراءات من هذا النوع</p>
	ج. يتعين على الخدمة أن تضمن توفير بيئة صحية تعزز حقوق الإنسان، ولا يتعرض المرضى للإساءة أو التمييز أو سوء الممارسة المهنية.	<ul style="list-style-type: none"> معلومات من مستخدمي الخدمة . 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على إساءة المعاملة، أو التقييد، أو التمييز، أو سوء الممارسة.</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان يوجد أي دليل على إساءة المعاملة، أو التقييد، أو التمييز، أو سوء الممارسة.</p> <p>إذا كان يوجد بروتوكول، معلومات، أدلة على الأنشطة من هذا النوع</p>
	د. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول راسخ وأنشطة موثقة تهتم بالتعامل مع وصمة ألعار التي تلحق المرضى والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة	<ul style="list-style-type: none"> سجلات شكاوى المرضى. الفحوصات البصرية. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول، ولكن بعض الأدلة على المعلومات والأنشطة</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول، أو معلومات، أو أنشطة ذات صلة</p>
P2	يجب إطلاع المرضى بشكل كامل على قواعد وإجراءات الخدمة التي تحمي السرية.		
	أ. يجب أن يكون لدى الخدمة إجراءات لحماية السرية معروفة للمرضى	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكولات تقديم الخدمة أو غيرها من الوثائق المتعلقة بسرية المستخدم. معلومات من مستخدمي الخدمة . 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك إجراءات مكتوبة لحماية السرية ومعروفة لمستخدمي الخدمة.</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان هناك إجراءات مطبقة لحماية السرية، ولكنها إما غير مكتوبة أو غير معروفة لبعض مستخدمي الخدمة.</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا لم يكن هناك إجراءات مطبقة لحماية السرية، أو أنها غير معروفة لمستخدمي الخدمة.</p>

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافياً حسب البلد)
	ب. يجب أن يكون لدى الخدمة قواعد مكتوبة معروفة للمرضى .	<ul style="list-style-type: none"> بروتوكولات تقديم الخدمات أو وثائق أخرى تتضمن مفاهيم تتعلق بقواعد الخدمات . معلومات من مستخدمي الخدمة . 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كانت قواعد الخدمة المكتوبة مطبقة ومعروفة لمستخدمي الخدمة.</p>
			<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كانت قواعد الخدمة مطبقة، ولكنها إما غير مكتوبة أو غير معروفة لبعض مستخدمي الخدمة.</p>
			<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا توجد قواعد خدمة مكتوبة أو غير معروفة لجميع مستخدمي الخدمة.</p>
P3	يجب أن تُعزز الخدمة صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي.		
	أ. يجب أن يكون للخدمة هدف محدد وتدخلات لتحسين صحة المرضى ورفاهيتهم.	<ul style="list-style-type: none"> دليل/بروتوكولات الخدمة، وثائق الفحص والتقييم الصحي، تدقيق ملاحظات التدخل/الإحالة في الفحص الصحي . 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك بروتوكول أو وثيقة، وكان معظم المرضى لديهم فحص/تقييم صحي و/أو تدخل/تعزيز صحي أو إحالة.</p>
			<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان هناك أي بروتوكول/وثيقة، وكانت بعض سجلات المرضى تحتوي على فحص/تقييم صحي و/أو تدخل/تعزيز صحي أو إحالة.</p>
			<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول/وثيقة، عدد قليل من سجلات المرضى يحتوي على فحص/تقييم صحي و/أو تدخل/تعزيز صحي أو إحالة.</p>
	ب. يجب أن تساعد الخدمة كل مريض على تحسين أدائه الاجتماعي وإعادة اندماجه في مجتمعاته .	<ul style="list-style-type: none"> وثائق تعزيز الصحة. مقابلات المرضى. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك بروتوكول/وثيقة، وكان معظم سجلات المرضى تتضمن تدخلات في الأداء الاجتماعي وإعادة الإدماج.</p>
			<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان هناك بروتوكول/وثيقة و/أو كانت بعض سجلات المرضى تتضمن تدخلات في الأداء الاجتماعي وإعادة الإدماج.</p>
			<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول/وثيقة، وكان عدد قليل من سجلات المرضى تتضمن تدخلات في الأداء الاجتماعي وإعادة الإدماج.</p>
	ج. يجب أن يكون الطعام والشراب المقدم من الخدمة بأسعار معقولة، ومغذياً، وصحياً .	<ul style="list-style-type: none"> دليل/بروتوكول الخدمة. التدخلات/الإحالة المتعلقة بالأداء الاجتماعي وإعادة الإدماج في مراجعة ملاحظات الحالة. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان يتم تقديم الطعام/المشروبات، وكان معظم المرضى يرون أنها مرضية وتحظى بتقييم إيجابي.</p>
			<p>مستوفاة جزئياً</p> <p>إذا كان يتم تقييم الطعام/المشروبات المقدمة إما بأنها مرضية أو كان بعض المرضى قد أعطوها تقييم إيجابي.</p>
			<p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لم يتم تقديم الطعام/المشروبات أو تم تقييمها بأنها غير مرضية من قبل المقيمين، وكان بعض المرضى قد أعطوها تقييم إيجابي.</p>

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافيا حسب البلد)
P4	يجب أن تُعزز الخدمة صحة المرضى ورفاهيتهم وأدائهم الاجتماعي.		
	أ. يجب أن يكون لدى الخدمة آلية مستقلة لجمع شكاوى المرضى والتحقيق فيها والرد عليها، وضمان أنها آلية معروفة للمرضى.	<ul style="list-style-type: none"> شكاوى المرضى وسياسة حلها، وتقارير التحقيق، والإجراءات المتخذة. معلومات من مستخدمي الخدمة. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك سياسة للشكاوى، وكان معظم المرضى يُبلغون عن معرفتهم بكيفية تقديم الشكاوى.</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان هناك سياسة للشكاوى، و/أو بعض المرضى يُبلغون عن معرفتهم بكيفية تقديم الشكاوى.</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا لم يكن هناك سياسة للشكاوى، والمرضى لا يعرفون كيفية تقديم الشكاوى.</p>
P5	يجب أن تضمن الخدمة النظافة، ومكافحة الحرائق، ومكافحة العدوى، وغيرها من الحماية من الحوادث الخطيرة.		
	أ. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول للحد من انتشار العدوى والفيروسات والأمراض.	<ul style="list-style-type: none"> سياسة مكافحة العدوى (IC) تقارير مكافحة العدوى. سجلات الموظفين، مثل مؤهلات الموظفين، واعتماداتهم، وسجلات التدريب. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك سياسة أو وثيقة مكافحة العدوى (IC)/ممارسة متسقة، والموظفون مدربون</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان هناك وثائق جزئية لمكافحة العدوى (IC)/ممارسة متسقة أو الموظفون مدربون</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود سياسة أو ممارسة متسقة أو موظفين مدربين لمكافحة العدوى (IC)</p>
	ب. يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية / المحلية للنظافة في مرافق الرعاية الصحية / الاجتماعية.	<ul style="list-style-type: none"> الشهادات، وأي مستندات أو سجلات أخرى تتعلق بالامتثال للأنظمة المحلية تقرير الزيارة الميدانية 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان يتم إجراء جميع عمليات تدقيق/شهادات التفتيش</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان يتم إجراء بعض عمليات تدقيق/شهادات التفتيش</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا لم تكن هناك أي عمليات تدقيق/شهادات تفتيش</p>
	ب. يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية / المحلية للنظافة في مرافق الرعاية الصحية / الاجتماعية.	<ul style="list-style-type: none"> الشهادات، وأي مستندات أو سجلات أخرى تتعلق بالامتثال للأنظمة المحلية تقرير الزيارة الميدانية. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان لدى الخدمة شهادات/أدلة على ممارسة متسقة في مجال السلامة من الحرائق.</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان لا توجد شهادات، ولكن هناك ممارسة متسقة في مجال السلامة من الحرائق.</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان توجد شهادات، ولا توجد ممارسة متسقة في مجال السلامة من الحرائق.</p>
	ج. يجب أن تلتزم الخدمة باللوائح الوطنية لمكافحة الحرائق أو الممارسات الجيدة.	<ul style="list-style-type: none"> الشهادات، وأي وثائق أو سجلات أخرى تتعلق باستيفاء اللوائح المحلية. 	<p>مستوفاة</p> <p>إذا كان هناك بروتوكول، وتقارير الحوادث الخطيرة، وخطط التحسين</p> <p>مستوفاة جزئيا</p> <p>إذا كان لا يوجد بروتوكول، ولكن توجد بعض تقارير الحوادث الخطيرة، وخطط التحسين</p> <p>غير مستوفاة</p> <p>إذا كان لا يوجد دليل على وجود بروتوكولات أو ممارسات لإدارة الحوادث الخطيرة</p>

الرمز	المعيار	الوثائق	التقييم (مقترح فقط - ويجوز مناقشته وتكييفه ثقافياً حسب البلد)
P6	يجب أن تُدير الخدمة أدويتها بأمان		
	أ. يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان التخزين الآمن للأدوية ووصفها و صرفها .	• بروتوكول إدارة الأدوية، و بروتوكولات وصف الأدوية، والتدقيق، وخطط التحسين ووثائق تعزيز الصحة.	لا ينطبق إذا كانت الخدمة لا تُخزّن، أو تُصَف، أو تُصرف الأدوية.
			مستوفاة إذا كان هناك بروتوكول شامل، وتدقيق، وخطط تحسين.
			مستوفاة جزئياً إذا كان هناك بروتوكول جزئي، وتدقيق محدود، وخطط تحسين.
			غير مستوفاة إذا كان لا يوجد بروتوكولات أو عمليات تدقيق.

ملاحظات:

ينبغي لفريق ضمان الجودة الاتفاق مسبقاً على الأدلة المطلوبة للتقييمات وحدود التسجيل (ويُفضل أن يكون ذلك بالتعاون مع الجهات المعنية، مثل مُقدمي الخدمات والممولين وممثلي المرضى).

المعيار (P1) الفقرة أ): ارتبطت معاملة المرضى المُبلغين من قِبل الموظفين باحترام في استبيانات المرضى بنتائج أفضل في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية.

المعيار (P1) الفقرة ب): تشمل الأدلة على احترام خصوصية المرضى داخل الخدمة توفير مساحة خاصة للاستحمام، واستخدام المراض، والخصوصية أثناء الاستشارة أو الفحص الطبي.

المعيار (P1) الفقرة ج): قد يكون الإيذاء جسدياً (مثل الضرب، أو الاعتداء الجنسي) أو نفسياً (مثل التعذيب، أو الممارسات المهينة، أو اللغة المُسيئة، وما إلى ذلك)، وقد يشمل ذلك التقييد بالسلاسل أو غيرها أو الحبس)، أو التمييز (قد يشمل المعاملة غير العادلة بسبب العمل مع النساء/الرجال، أو التوجه الجنسي، أو الدين، أو الثقافة، أو العرق، وما إلى ذلك)، أو سوء الممارسة (قد يشمل الممارسات غير القائمة على الأدلة، أو الممارسات التي لم يوافق عليها المريض). يجب أن يُسجَل أيُّ إساءة معاملة بـ«درجة غير مُستوفاة» نظراً لأهمية التصدي لهذا النوع من الممارسات.

المعيار (P1) الفقرة د): قد تشمل الأدلة التي تُثبت وضع بروتوكول مكافحة التمييز (بما في ذلك تعزيز العلاقات الجيدة بين المجموعات المتنوعة) بروتوكولات إضافية بشأن التمرُّر أو التحرش بناءً على العمل مع النساء/الرجال، والتوجه الجنسي، والعمر، والإعاقة، والعرق، واللغة، والدين، وما إلى ذلك، وأدلة على الحوادث والإجراءات في اجتماعات الإدارة، والتحقيقات، وما إلى ذلك. كما تشمل معلومات عن الأنشطة/التدخلات/الخدمات التي تُعزز ثقافة الشمول.

المعيار (P2) الفقرة أ): يشير هذا المعيار إلى «قواعد» حول مبدأ عدم مشاركة معلومات المريض دون موافقته إلا إذا كان المريض، أو غيره، معرضاً لخطر كبير للضرر. ومن الممارسات الشائعة مشاركة المعلومات، على سبيل المثال، لإحالة المريض إلى الرعاية الصحية (بموافقته).

المعيار (P2) الفقرة ب): لدى الخدمة قواعد وسياسات وتوقعات مكتوبة يجب شرحها للمرضى وتقديمتها لهم قبل العلاج حتى يتمكنوا من إعطاء موافقة مستتيرة - (خاصةً إذا طلب تقييد الحرية من قِبل وحدة سكنية أو وحدة للمرضى الداخليين). يجب أن تتوافق المعلومات مع مستوى معرفة القراءة والكتابة ولغة مجموعة المرضى.

المعيار (P3) الفقرة أ): تشمل الصحة والرفاهية الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة. قد تشمل التدخلات علاج الحالات الصحية العقلية والجسدية، والفحص، والتقييم، والتدخلات القصيرة، والإحالة إلى علاج آخر؛ والفحص والإحالة للعلاج من الفيروسات المنقولة بالدم، ومشاكل الصحة الجنسية والإنجابية، وأمراض الكبد، وما إلى ذلك؛ وتوفير التطعيمات (التهاب الكبد الفيروسي، والالتهابات الفيروسية، وما إلى ذلك)؛ أنشطة تعزيز الصحة، مثل ممارسة الرياضة، والنظام الغذائي الصحي، ونظافة النوم، ونظافة الأسنان، وما إلى ذلك.

المعيار (P3) الفقرة ب): يشمل الأداء الاجتماعي وإعادة الإدماج تدخلات مثل: بناء علاقات داعمة؛ التعليم؛ التدريب؛ التوظيف أو المهارات الحياتية (على سبيل المثال، إدارة الأموال، والطبخ)؛ الاندماج في المجتمع؛ المساعدة المتبادلة أو دعم الأقران؛ الرعاية اللاحقة وما إلى ذلك.

المعيار (P3) الفقرة ج): قد تختلف درجات عتبات الطعام والشراب التي تقدمها إحدى الخدمات من دولة لأخرى، وينبغي على مُقيمي الجودة الاتفاق على عتبات تتوافق مع معايير كل دولة.

المعيار (P4): ينبغي أن تتضمن آلية مستقلة للشكاوى إجراءات مُحددة لجمع شكاوى المرضى والتحقيق فيها والرد عليها، مع ضمان سرية هويتهم وحمايتهم من العواقب السلبية. ويجب أن يكون المرضى على دراية بذلك من خلال شرحه لكل مريض والإعلان عنه في معلومات المريض.

المعيار (P5) الفقرة أ): تُعد مكافحة العدوى ذات أهمية بالغة لخدمات اضطرابات تعاطي المخدرات، حيث أن فئة المرضى أكثر عُرضة للإصابة ببعض الأمراض المعدية ونقلها. قد تشمل إجراءات مكافحة العدوى التعامل مع الدم وسوائل الجسم (البول، والبراز، والقيء، إلخ)؛ والتعامل مع معدات الحقن وغيرها من المعدات الطبية التي تُستخدم مرة واحدة والتخلص منها؛ وإصابات وخز الإبر؛ والتعامل مع النفايات الطبية؛ وأقنعة الوجه وواقيات الوجه، وغسل اليدين/التطهير. ينبغي وضع إجراءات لإدارة العدوى أو تفشي الأمراض المعدية، بما في ذلك التخطيط للطوارئ في حالات تفشي الأمراض أو الأوبئة أو الجائحات.

المعيار (P5) الفقرة ب): قد تختلف اللوائح الوطنية/المحلية للنظافة في مرافق الرعاية الصحية/الاجتماعية باختلاف المناطق. قد لا توجد لوائح في بعض الدول، لذا سيحتاج المقيّمون إلى تحديد عتبات التقييم بناءً على معايير كل دولة.

المعيار (P5) الفقرة ج): قد تختلف لوائح الحرائق في مرافق الرعاية الصحية/الاجتماعية باختلاف المناطق. قد لا توجد لوائح في بعض الدول، لذا سيحتاج المقيّمون إلى تحديد عتبات التقييم بناءً على معايير كل دولة.

المعيار (P5) الفقرة د): قد تشمل الحوادث الخطيرة العنف في المنشأة (بين المرضى أو المرضى والموظفين)، أو وفاة المرضى أو تعاطيهم جرعة زائدة، أو وجود أسلحة في المنشأة، وما إلى ذلك، أو إساءة معاملة المرضى أو الموظفين، أو السرقة الكبيرة، أو الحريق، وما إلى ذلك.

المعيار (P6) الفقرة أ): ينطبق هذا المعيار فقط على الخدمات التي تخزن أو تصف الأدوية. ولكن، إذا لم تكن الخدمة تفعل ذلك، فيجب أن يكون التقييم «لا ينطبق».

الملحق 2. معايير واعتبارات إدارة الخدمات المقدمة لمختلف فئات المرضى

متعددة، لذا تشير معاييرهم إلى «تعاطي المواد المخدرة» بدلاً من تعاطي المخدرات، بما يتماشى مع «المعايير» (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020). علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة للأطفال حديثي الولادة/حديثي الولادة موجود في المعيار (Tar2).

2. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تكون بيئات وأماكن علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة مصممة خصيصاً للأطفال والمراهقين.

ويتعلق هذا المعيار ببيئة علاج الإدمان لدى الأطفال والمراهقين. قد تختلف بيئات أو أماكن العلاج الخاصة بالأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات تعاطي المواد المخدرة عن تلك الخاصة بالمراهقين.

• قد يشمل العلاج مزيداً من التواصل مع المنازل أو الأماكن المنزلية، أو في الشارع، أو العمل المتقل في خدمات أخرى مثل المؤسسات التعليمية أو دور رعاية الأطفال.

• يُفضل أن تكون أماكن العيادات الخارجية والسكنية والداخلية منفصلة عن أماكن علاج اضطراب تعاطي المخدرات لدى البالغين.

ويُقر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بأن الأطفال والمراهقين قد يعيشون مع أفراد أسرهم، أو في الشوارع، أو بدون مأوى دائم، أو في دور رعاية الأطفال (الأيام أو المنفصلين عن عائلاتهم) أو في مؤسسات إصلاحية. يجب على خدمة علاج الإدمان مراعاة البيئة التي يعيش فيها الأطفال والمراهقين.

3. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان اعتراف خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة لدى الأطفال والمراهقين بالمتطلبات القانونية المتعلقة بالموافقة والأهلية وحماية الأطفال والمراهقين من الاستغلال والإيذاء.

إذ يختلف وضع الأطفال والمراهقين القانوني عن وضع البالغين. وقد يشمل ذلك:

- سن الموافقة على العلاج وامتلاك القدرة أو الفهم.
- حقوق الأطفال والمراهقين في الحماية من التعرض للاستغلال أو الإيذاء أو الاستغلال الجنسي من قبل البالغين - نظراً لأنهم لا زالوا قاصرين.

يُلخص هذا القسم «المعايير الدولية (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020)» ومجموعات أدوات ضمان جودة خدمات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، بالإضافة إلى معايير واعتبارات إضافية لمديري خدمات علاج الإدمان في إدارة الخدمات لمختلف فئات المرضى. ترد أدناه البيانات والمعايير القياسية، مع شرح مُفصّل لكل معيار.

فئات المرضى التي يغطيها هذا القسم هي كالتالي:

- الأطفال والمراهقون الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.
- النساء والحوامل.
- الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والمتورطون في نظام العدالة الجنائية.
- العمل مع مجموعة متنوعة من الفئات والمساعدة في معالجة الوصمة والتمييز.

وقد يرغب مديرو الخدمات في دراسة المعايير التي تناسب الفئات المستهدفة من خدماتهم، والتفكير فيما إذا كانت خدماتهم تُلبي هذه المعايير. قد تُراجع الخدمة بناءً على هذه المعايير والمعايير لتقديم ضمان جودة إضافي يُكَمّل «معايير الجودة الرئيسية».

ملحق 1.2 علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة للأطفال والمراهقين

يهدف هذا القسم إلى إطلاع مديري خدمات علاج الإدمان على معايير خدمات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) المتعلقة بخدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة للأطفال والمراهقين.

1. المعيار العام لهذه الخدمات وفقاً لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، هو:

المعيار (Tar1): يجب أن تكون خدمات علاج الإدمان للأطفال والمراهقين الذين يتعاطون المواد المخدرة مناسبة لأعمارهم، وقائمة على الأدلة العلمية، ومتوافقة مع الأطر القانونية، وأن تستند إلى بروتوكولات مكتوبة. انظر الفقرات من (أ) إلى (و)

ينص مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة على أن المراهقين قد يتعاطون الكحول والمخدرات بأنماط تعاطي

ولكن يختلف هذا الأمر من بلد إلى آخر. لذا، يجب أن تعكس بروتوكولات الخدمة وإجراءاتها وممارساتها الإطار القانوني والمعايير المعمول بها في كل بلد.

4. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان أن يكون علاج اضطراب تعاطي المخدرات لدى القاصرين مُوجهًا نحو الأسرة ومتعدد التخصصات.

قد يتطلب علاج اضطراب تعاطي المخدرات للأطفال والمراهقين مشاركة أكبر من الأسرة. ويعود ذلك إلى المتطلبات القانونية لإشراك من يتحملون مسؤولية الوالدين، ولأنه قد يكون من «أفضل الممارسات» للتدخل إشراك أفراد الأسرة. ومن الأمثلة على ذلك مشاركة أفراد الأسرة في التدخلات النفسية والاجتماعية، ومشاركة من يتحملون مسؤولية الوالدين في ضمان تخزين الأدوية وتناولها بشكل صحيح.

عادةً ما يتطلب علاج الإدمان لدى القاصرين فريق متعدد التخصصات، وأن يكون لديه آليات تخطيط وتنسيق متعددة التخصصات. قد تكون الجهات الفاعلة الرئيسية هي مقدمي الخدمات التعليمية أو المدرسة، والخدمات الاجتماعية (خاصةً إذا كانت هناك مخاوف بشأن سلامة الطفل)، وخدمات الصحة النفسية. يجب أن يكون بروتوكول تقديم العلاج مُوجهًا نحو الأسرة ومتعدد التخصصات.

5. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان تقديم علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة للأطفال والمراهقين بما يتوافق مع الأدلة، مع مراعاة اختلاف ذلك عن البالغين.

وتُقر «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) بوجود نقص في بعض التدخلات العلاجية القائمة على الأدلة العلمية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة. مع ذلك، هناك أدلة مُشجعة على وجود تدخلات نفسية واجتماعية مُناسبة للعمر. ينبغي أن تعكس بروتوكولات تدخل العلاج في الخدمة الممارسات القائمة على الأدلة العلمية.

6. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يتمتع الموظفون الذين يُقدمون العلاج لاضطراب تعاطي المواد المخدرة بكفاءة مُحددة في العمل مع اضطراب تعاطي المواد المخدرة وفي التدخلات المُصممة خصيصًا لعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة.

يجب أن يكون جميع الموظفين الذين يُقدمون تدخلات علاج

المخدرات مؤهلين لتقديم هذه التدخلات. كما يُشترط هذا المعيار أن يكون لدى خدمات علاج المخدرات موظفون يتمتعون بمهارات وكفاءة مُحددة للعمل مع الأطفال والمراهقين. قد تُحدد بعض الدول مُتطلبات قانونية أو مهنية للعاملين في مجال اضطراب تعاطي المواد المخدرة، ومن المهم أن تُراعي الخدمات المتطلبات المحلية.

7. الفقرة و، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يُراعي البروتوكول المُعتمد في الخدمة الفروق بين الجنسين في اضطراب تعاطي المواد المخدرة ويُقدم العلاج وفقًا لذلك.

وتوضح «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) كيفية إدراك خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات للاختلافات بين الجنسين في خدمات الرعاية والتأهيل، والاستجابة لها. ويشمل ذلك:

- ارتفاع معدلات الاعتداء والاستغلال الجنسيين بين الفتيات.
- اختلافات الصحة الجنسية والإنجابية. يُطلب من خدمات علاج الإدمان مراعاة هذه القضايا في تدخلات الخدمات الموضحة في بروتوكولات الخدمات والوثائق والممارسات.

ملحق 2.2 علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لدى النساء

يهدف هذا القسم إلى إطلاع مديري خدمات علاج الإدمان على معايير خدمات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بشأن خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لدى النساء والحوامل.

1. المعيار العام لهذه الخدمات وفقًا لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، هو:

المعيار (Tar2): يجب أن تشجع الخدمة النساء اللواتي يتعاطين المخدرات على الحصول على علاج اضطراب تعاطي المخدرات، كما يجب أن تضمن الخدمة أن يكون العلاج مُصممًا خصيصًا لاحتياجات النساء، بمن فيهن الحوامل. انظر الفقرات من (أ) إلى (د)

2. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد للتعامل مع النساء اللواتي يتعاطين المخدرات، مع مراعاة اعتبارات خاصة بهن فيما يتعلق بالولادة، والتقييم، وعلاج اضطراب تعاطي المخدرات، والرعاية الصحية والاجتماعية.

وقد يشمل هذا البروتوكول ما يلي:

- التواصل لاستقطاب النساء إلى خدمات علاج الإدمان.
- ضمان ألا تُشكل رعاية الأطفال عائقًا أمام الحصول على علاج الإدمان.
- مراعاة الخدمات المُخصصة للنساء (خاصةً في الثقافات التي يكون فيها الفصل بين الجنسين هو القاعدة).
- تقييمات للنساء تُراعي الفروق بين الجنسين وحالة الحمل/الأبوة.
- تدخلات علاجية مُصممة خصيصًا للنساء - بما في ذلك بيئات وتدخلات مُراعية للخدمات.
- إحالة أو توفير خدمات الصحة النفسية والاجتماعية للنساء.

3. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد للتعامل مع النساء الحوامل المُتعاطيات للمخدرات.

ويُوصي مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ببروتوكول الخدمة علاج الإدمان للعمل مع النساء الحوامل، وقد يشمل ما يلي:

- أولوية الوصول إلى علاج اضطراب تعاطي المخدرات،
- تقييم مُصمم خصيصًا للنساء الحوامل،
- التخطيط للعلاج وأساليبه،
- الولادة،
- الصحة بعد الولادة وعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات.

4. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لإدارة الرضّع الذين تعرضوا بشكل سلبي للمواد الأفيونية أثناء ما كانوا أجنة في أرحام أمهاتهم.

ولذلك، تُشجّع خدمات علاج الإدمان و/أو خدمات الأمومة على مراعاة الإرشادات الواردة في المعايير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC (2020) ومنظمة الصحة العالمية بشأن إدارة الرضّع الذين تعرضوا بشكل سلبي للمواد الأفيونية أثناء ما كانوا أجنة في أرحام أمهاتهم المتعاطيات للمواد المخدرة.

5. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يتمتع الموظفون الذين يقدمون العلاج للنساء والحوامل بكفاءات محددة في العمل معهن وفي تدخلات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات المُصممة خصيصًا.

يُنصح مديرو خدمات علاج المخدرات بالتأكد من امتلاك الموظفين العاملين معهن مهارات محددة في العمل معهن. بالنسبة للنساء الحوامل، قد يتطلب ذلك العمل بالشراكة مع خدمات رعاية الأمومة أو في المناطق ذات الكثافة العالية من النساء الحوامل المدمنات على المخدرات، مع وجود قابلات وموظفات رعاية ما قبل الولادة مدربات على علاج اضطرابات تعاطي المخدرات.

ملحق 2.3 الأشخاص المصابون باضطرابات تعاطي المخدرات المتورطون في نظام العدالة الجنائية.

يهدف هذا القسم إلى إطلاع مديري خدمات علاج المخدرات على معايير خدمات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بشأن خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات للأشخاص المتورطين في نظام العدالة الجنائية.

1. المعيار العام لهذه الخدمات وفقا لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، هو:

المعيار (Tar3): يجب أن تضمن الخدمة تكافؤ فرص الحصول على علاج الإدمان على المخدرات وأن تضمن أيضا جودته للأشخاص الذين يتعاملون مع خدمات العدالة الجنائية، وأن تعمل بالتعاون مع الجهات الأخرى لتعزيز سلامة المجتمع. انظر الفقرات من (أ) إلى (د)

2. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان حصول الأشخاص الذين يتعاملون مع خدمات العدالة الجنائية والذين يتعاطون المخدرات على المساواة في الحصول على العلاج وجودته.

ينطبق هذا المعيار على خدمات علاج الإدمان المتخصصة التي تُقدم علاجًا تأهيليًا للمرضى الخارجيين أو الداخليين أو السكنيين للأشخاص الذين يتعاملون مع خدمات العدالة الجنائية والذين يتعاطون المخدرات. قد يكون هذا العلاج بديلاً عن الاحتجاز. يُقر هذا المعيار بضرورة تكافؤ جودة التدخل مع العلاج المُقدم للفئات الأخرى (بما في ذلك الموافقة على العلاج). يُقر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بأن برامج علاج الإدمان لهذه الفئات السكانية قد تختلف من حيث شدتها ومتطلبات الرصد.

3. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكولات وإجراءات عمل مُشتركة مع خدمات العدالة الجنائية لتنسيق علاج المرضى.

قد يحتاج مديرو خدمات علاج الإدمان الذين يُقدمون العلاج للأشخاص الذين يتعاملون مع خدمات العدالة الجنائية إلى تخطيط وإدارة اتصالات إضافية وتخطيط العلاج والتنسيق لهذه الفئة من المرضى. يُنصح المديرون بوضع بروتوكول للعمل المُشترك مع خدمات العدالة الجنائية يتضمن متطلبات الإبلاغ عن السرية (وفقاً لمعايير الدولة).

4. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى المنظمات التي تقدم علاج اضطراب تعاطي المخدرات في أماكن الاحتجاز بروتوكول مُعتمد لضمان حصول الأشخاص الذين يتعاملون مع خدمات العدالة الجنائية والذين يتعاطون المخدرات على تكافؤ فرص الحصول على علاج اضطراب تعاطي المخدرات، وتكافؤ جودة ونطاق العلاج.

يُطلب من مديري خدمات علاج المخدرات الذين يقدمون العلاج في أماكن الاحتجاز ضمان تكافؤ فرص الحصول على العلاج وتكافؤ جودة ونطاق العلاج لهذه الفئة من المرضى.

كما ينبغي أن يستند هذا إلى بروتوكول مُعتمد. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يتضمن البروتوكول ما يلي:

- ترتيبات عمل مشتركة مع موظفي الاحتجاز وموظفي الرعاية الصحية.
- التقييم.
- العلاج في حالات الطوارئ.
- الموافقة المستنيرة.
- وضع الخطة العلاجية ومراجعتها.
- خيارات علاج مُخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات.
- تخطيط الرعاية اللاحقة للاحتجاز.
- الوقاية من الجرعات الزائدة،
- توفير عقار النالوكسون لمن لديهم تاريخ من تعاطي المواد المخدرة الأفيونية.

5. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يتمتع يقدم مقدمو الخدمات الذين يعملون مع الأشخاص الذين لديهم تاريخ من تعاطي المواد المخدرة الأفيونية والذين

يفادرون أماكن الاحتجاز تدخلات للحد من خطر الوفاة المرتبطة بالمخدرات، بما في ذلك خطر الجرعة الزائدة من المواد المخدرة الأفيونية.

فالأشخاص الذين يفادرون أماكن الاحتجاز والذين كانوا معتمدين على المخدرات أو الكحول هم أكثر عرضة للانتكاس والجرعة الزائدة والوفاة المرتبطة بالمخدرات أو الكحول. إذا مر الشخص بفترة من الامتناع عن المخدرات أو الكحول أو كانت مستويات الاستخدام منخفضة للغاية، فسيكون لديه قدرة أقل على تحمل المخدرات أو الكحول. إذا استخدم المخدرات أو الكحول بنفس المستوى الذي كان عليه عندما كان معتمداً، فقد يؤدي ذلك إلى جرعة زائدة وحتى الوفاة (خاصة من المواد المخدرة الأفيونية). تشير بعض الأبحاث من المملكة المتحدة إلى أن واحداً من كل 200 شخص ممن كانوا معتمدين على المواد المخدرة الأفيونية والذين يفادرون السجن يموتون بسبب جرعة زائدة في غضون أسبوعين من مغادرة الحجز. يجب على مديري الخدمات الذين يقدمون العلاج للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والذين يفادرون الحجز تقديم تدخل لمنع الوفيات المرتبطة بالمخدرات. تشمل التدخلات تقديم معلومات للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات (والكحول) والأشخاص الذين يحقنون المخدرات (PWID) حول كيفية منع الوفيات المرتبطة بالمخدرات؛ والتدريب على الوقاية من الجرعات الزائدة؛ وتوفير النالوكسون للأشخاص الذين يستخدمون المواد المخدرة الأفيونية؛ وتسهيل الإحالة إلى علاج المخدرات.

ملحق 2.4 توفير علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لمجموعة متنوعة من فئات المرضى.

يهدف هذا القسم إلى إطلاع مديري خدمات علاج الإدمان على معايير خدمات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) بشأن خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لمختلف الفئات.

1. المعيار العام لهذه الخدمات وفقاً لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، هو:

المعيار (Tar4): يجب أن تضمن الخدمات تكافؤ فرص الحصول على العلاج المناسب لمجموعة متنوعة من الفئات المستهدفة. انظر الفقرات من (أ) إلى (هـ)

الذين يتعاطون المخدرات ويدعمون أطفالهم المُعالين على العلاج.

قد يُشكّل وجود أطفال مُعالين عائقاً أمام العلاج، خاصةً للنساء، بسبب الخزي والوصمة والتدخل المحتمل للخدمات الاجتماعية والخوف من إبعاد الأطفال وتحمل مسؤوليات رعاية الأطفال (كما هو مُبين في «المعايير») (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020). قد يكون للأطفال المُعالين لأباء مُدمنين على المخدرات احتياجاتهم الخاصة، ويكونون أكثر عُرضةً للإهمال أو الإساءة. في العديد من البلدان، تُعدّ رعاية الأطفال والشباب أمراً بالغ الأهمية، ويقع على عاتق الخدمات واجب ضمان سلامة الأطفال وازدهارهم. يجب أن يكون لدى الخدمات بروتوكول يُشجع على الوصول إلى علاج اضطراب تعاطي المخدرات للأباء الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، ويستفسر عن حالة الوالدين، ويزيد من مهارات الأبوة والأمومة، ويتخذ خطوات لدعم الأطفال وحمايتهم وفقاً للأطر القانونية للبلد.

5. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة موظفون مُدرّبون ومؤهّلون للعمل مع فئات متنوعة من المرضى.

تشير كفاءة الموظفين إلى المهارات والمعرفة في العمل مع مجموعة الخدمات من الفئات السكانية. من الناحية المثالية، يجب أن يتمتع فريق الموظفين بالكفاءة الثقافية والمهارات اللغوية ليكون قادراً على العمل مع جميع الفئات السكانية المُستهدفة.

6. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان تخفيف عبء الوصمة والتمييز ضد متعاطي المخدرات، وتعزيز العلاقات الجيدة والاحترام بين فئات المرضى المتنوعة.

يتطلب هذا المعيار من الخدمة القيام بأنشطة للحد من الوصمة والتمييز ضد متعاطي المخدرات مع المجتمع المحلي، وتعزيز العلاقات الجيدة والاحترام داخل فئة المرضى. قد تشمل الأدلة: بروتوكولاً؛ أدلة على أنشطة مجتمعية للحد من الوصمة، وأنشطة داخل الخدمة لتعزيز الاحترام بين فئات المرضى، إلخ.

انظر أيضاً القسم رقم (1.5): يجب أن تضمن الجهة التي تقدم الخدمات إمكانية الوصول لهذه الخدمات في الوقت المناسب ولمختلف الفئات المُستهدفة.

في هذا المعيار، يشير مصطلح «الفئات السكانية المتنوعة» إلى الفئات السكانية المختلفة المُستهدفة لخدمة ما. قد يشمل ذلك الفئات السكانية المحددة حسب العرق، أو الإثنية، أو الثقافة، أو العمر، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة، أو المعتقد، أو الدين، أو الحالة الأبوية، أو حالة السكن، أو السكان النازحين، أو أنواع معينة من تعاطي المخدرات، أو الأشخاص الذين يحقنون المخدرات، إلخ.

2. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تعزز الخدمة تكافؤ فرص الحصول على العلاج لفئاتها المُستهدفة، وستضع إستراتيجيات لإشراك الفئات التي لا تحصل على علاج من الإدمان.

تختلف الخدمات اختلافاً كبيراً؛ بحيث تستهدف بعض الخدمات فئات محددة، مثل الرجال أو الأشخاص الذين يحقنون المخدرات فقط. قد تُقدّم خدمات أخرى لمنطقة محلية ولجميع فئات السكان المحليين المتنوعة. ينبغي على مديري الخدمات وضع إستراتيجيات لتعزيز تكافؤ فرص الحصول على الخدمات وإشراك الفئات المُستهدفة التي لا تستفيد منها، مثل التواصل مع الفئات أو تقديم الخدمات في بيئاتها.

3. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان تقديمها للتدخلات العلاجية بطريقة تُلبّي متطلبات الفئات المتنوعة.

وقد يشمل البروتوكول ما يلي:

- توفير مجموعات مُخصصة للجنسين فقط.
- تحديد جدول زمني يُراعي الممارسات الدينية.
- تحديد جدول زمني مُنظّم للخدمة لتلبية احتياجات العاملين.
- توفير رعاية لأطفال المرضى من الآباء والأمهات الذين يتحملون مسؤوليات رعاية الأطفال.
- أن تكون المعلومات عن الخدمة والتدخلات باللغات واللهجات المحلية.
- أن تكون الخدمة مُراعية للثقافات المحلية و
- أن تكون الخدمة مُؤهلة ثقافياً للسكان المحليين.

4. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول يُشجع على حصول الآباء والأمهات

الملحق 3. معايير واعتبارات إضافية متعلقة بإدارة أنواع مختلفة من خدمات علاج الإدمان

1. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية بروتوكول مُعتمد

ينبغي على مديري الخدمات التأكد من أن أي خدمة توعية لديها بروتوكول مكتوب يعكس أهداف خدمات التوعية، وغاياتها، وأساليب عملها (مثل التوعية المنفصلة)، ومخرجاتها (مثل الأعداد التي تم الوصول إليها)، والنتائج المرجوة.

2. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية إستراتيجيات لتحديد الأشخاص في المجتمع أو الأماكن العامة الذين يحتاجون إلى تدخلات توعية وعلاج اضطراب تعاطي المخدرات.

ينبغي أن يكون لدى مدير الخدمة إستراتيجيات أو خطط حول كيفية تحديد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والوصول إليهم لتقديم التدخلات والعلاج. قد يرغب المديرون في التواصل مع أصحاب المصلحة في المجتمع، بمن فيهم الأشخاص الذين لديهم خبرة عملية في اضطرابات تعاطي المخدرات أو التعافي منها. ينبغي على المدراء والقادة التأكد من أن خطط خدمات التوعية مصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات المحلية وفئات المرضى المستهدفة محلياً.

3. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية بروتوكول أو اتفاقية مع جهات إنفاذ القانون.

توصي «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) بأن يكون لدى مقدمي خدمات التوعية اتفاقيات مع جهات تعمل في مجال الصحة وجهات إنفاذ القانون، بما يعزز الفهم المتبادل لفوائد العمل التوعوي. وقد تتضمن هذه الاتفاقية أيضاً كيفية قيام جهات إنفاذ القانون بمراقبة المناطق التي يعمل فيها موظفو التوعية، وخططاً لتعزيز سلامة الموظفين.

4. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يتم تقديم «خدمات التوعية الأساسية» الموضحة في «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) بما يتماشى مع الاحتياجات المحلية.

فخدمات التوعية الأساسية الموضحة في «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2020) هي:

تحديد «المعايير الدولية (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020)» ومجموعات أدوات ضمان جودة خدمات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة معايير واعتبارات إضافية لمديري خدمات علاج الإدمان في إدارة الخدمات المقدمة لفئات مختلفة من المرضى. وترد أدناه البيانات والمعايير القياسية، مع شرح مفصل لكل معيار.

أنواع الخدمات أو البيئات التي يغطيها هذا القسم هي:

- خدمات التوعية
 - بيئات غير متخصصة في تقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات.
 - برامج علاجية متخصصة للمرضى الخارجيين أو المجتمعيين .
 - خدمات متخصصة للمرضى الداخليين
 - وحدات إعادة التأهيل السكنية المتخصصة.
- مرة أخرى، قد يرغب مديرو الخدمات في مراجعة المعايير التي تتوافق مع نوع الخدمة المقدمة، والتفكير فيما إذا كانت خدمتهم تلبي هذه المعايير. قد يتم تدقيق الخدمة وفقاً لهذه المعايير والمعايير لتوفير ضمان جودة إضافي يكمل «معايير الجودة الرئيسية».

ملحق 1.3 خدمات التوعية

يقصد بخدمات التوعية أنها السياق أو الآلية المستخدمة في تقديم تدخل، وليست تدخلاً بحد ذاتها.

قد يكون العمل التوعوي متنقلاً أو تابعاً (في الخدمات الرئيسية الأخرى)، أو منزلياً (في منازل المرضى)، أو منفصلاً (أو العمل في الشوارع). قد تُقدم خدمات أو تدخلات التوعية من قبل خدمات علاج الإدمان المتخصصة أو مقدمي خدمات آخرين. ويمكن تقديم مجموعة من التدخلات خلال عملية التوعية.

معايير الخدمة الإضافية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة: مثل المعيار (Set 1)، الذي ينص على أنه: يجب أن تراعى خدمات التوعية المقدمة الأسس المجتمعية، انظر الفقرات من (أ) إلى (س)

• الإحالة إلى الخدمات الصحية والاجتماعية.

كما تنص «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC) (2020) على أنه «بالنسبة لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، يتوفر وصف للتدخلات القائمة على الأدلة العلمية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وبعض الأمراض الأخرى المرتبطة بمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن وتحسين فرص الحصول على علاج ورعاية فيروس نقص المناعة البشرية، وذلك في الدليل الفني للدول، الصادر عن منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والموجه إلى وضع أهداف لتحقيق الوصول الشامل إلى خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه ورعاية متعاطي المخدرات عن طريق الحقن، والصادر عام 2009».

5. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية بروتوكول مُعتمد لتعزيز التدخلات المبكرة لاضطرابات تعاطي المخدرات والمشاكل ذات الصلة.

التدخلات المبكرة هي تدخلات مُستهدفة للأشخاص الذين بدؤوا للتو في تعاطي المخدرات. قد تشمل هذه التدخلات التثقيف حول تعاطي المواد المخدرة ومخاطره، وإتباع نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT)، والإحالة إلى خدمات أخرى. يجب على مديري الخدمات التأكد من أن الخدمة لديها بروتوكول للتدخلات المبكرة، وأن الخدمة والموظفين ينفذونه.

6. الفقرة و، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية بروتوكول مُعتمد لتعزيز التدخلات المبكرة لاضطرابات تعاطي المخدرات والمشاكل ذات الصلة لدى الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة.

هناك تشابه واضح بين هذه الفقرة والفقرة هـ أعلاه، ولكنه يُشير إلى الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة التي قد تكون أكثر عُرضة للإصابة باضطرابات تعاطي المخدرات والمشاكل ذات الصلة، مثل الفيروسات المنقولة بالدم أو الجرعات الزائدة. وتختلف هذه الفئات السكانية وفقاً للاحتياجات المحلية.

7. الفقرة ز، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تُوزَّع خدمة التوعية معلومات حول علاج المخدرات على الأفراد والخدمات التي تتعامل مع المرضى المحتملين.

قد تكون المعلومات في هذا المعيار رقمية أو ورقية أو من خلال

• معلومات عن الخدمات التي تلبى الاحتياجات الأساسية (السلامة، والمياه، والغذاء، والمأوى، والنظافة، والملابس) والربط بها.

• إتاحة برامج الإبر والمحاقن.

• إتاحة برامج توزيع الواقي الذكري.

• الوقاية من الجرعات الزائدة، وتحديدتها، وإدارتها، بما في ذلك النالوكسون المنزلي.

• الفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة البشرية/التهاب الكبد، والاستشارات الطبية.

• معلومات عن الخدمات التي تقي من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتُشخصه، وتعالجه، والربط بها.

• معلومات عن خدمات التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي ب، والوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه، والربط بها.

• معلومات عن خدمات الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والسل وتشخيصها وعلاجها، والربط بها.

• معلومات وتوعية موجهة لمتعاطي المخدرات وشركائهم الجنسيين، حول آثار المخدرات، والمخاطر المرتبطة بمتعاطيها، وكيفية الحد من الأضرار الصحية والاجتماعية الناجمة عنها.

• معلومات عن مجموعات المساعدة المتبادلة ودعم الأقران (مثل مدمو المخدرات المجهولون، وغيرها من المجموعات)، وكيفية الوصول إليها.

• أنشطة مكافحة الوصمة، ورفع الوعي، والترويج في المجتمع.

• نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) لعلاج تعاطي المخدرات.

• الاستشارة الأساسية.

• معلومات عن الرعاية الطبية الأساسية (مثل علاج الجروح) وكيفية الوصول إليها.

• معلومات عن خدمات الدعم الاجتماعي، بما في ذلك الغذاء والنظافة والمأوى.

• تدخلات الأزمات.

• الوصول إلى الدعم القانوني.

• الإحالة إلى خدمات علاج أخرى من المخدرات وخدمات إدارة التعافي، و

اجتماعات. يجب أن تتناسب المعلومات مع لغة الفئة المستهدفة ومستويات معرفتها بالقراءة والكتابة وثقافتها وفهمها.

8. الفقرة ح، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية بروتوكول مُعتمد لتعزيز الوصول الطوعي إلى علاج اضطراب تعاطي المخدرات (بموافقة المريض وإرادته الشخصية).

يُعدّ جذب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات إلى العلاج من المخدرات جزءاً من دور العديد من خدمات التوعية. ينبغي على مديري الخدمات ضمان وجود بروتوكول للخدمات لتعزيز الوصول الطوعي إلى العلاج. قد يتضمن البروتوكول والممارسة مسارات «سريعة» أو مسارات إحالة ذات روابط أو اتفاقيات مسبقة مع خدمات أخرى. ينبغي تشجيع المرضى المحتملين على طلب العلاج إذا كانوا بحاجة إليه، ولكن لا ينبغي إجبارهم على الحضور. ينبغي دائماً طلب موافقة المرضى المحتملين على الإحالة إلى العلاج.

9. الفقرة ط، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية بروتوكول مُعتمد لدعم أفراد الأسرة والمجتمعات المحلية لتسهيل إشراك الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.

يمكن أن يكون أفراد الأسرة والمجتمع قنوات قيّمة لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات. قد يحتاج أفراد الأسرة أيضاً إلى الدعم بسبب التأثير السلبي لأحد أفراد الأسرة الذي يعاني من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. قد تشمل بروتوكولات دعم وإشراك أفراد الأسرة وأفراد المجتمع المحلي ما يلي:

- تثقيف الأسرة حول اضطرابات تعاطي المخدرات.
- جلسات تثقيفية للمجتمع المحلي حول اضطرابات تعاطي المخدرات وعلاجها.
- زيادة الوعي بعلاج الإدمان، وما هو متاح محلياً.
- إحالة أفراد الأسرة أو تقديم الدعم المهني لهم.
- إحالة أفراد الأسرة إلى دعم الأقران (مثل العائلات المجهولة، وبرنامج أأنون، وما إلى ذلك).
- دعم أفراد المجتمع لتمكينهم من مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات على تحقيق نتائج التعافي - على سبيل المثال، دعم أصحاب العمل؛ ودعم تمكين الأفراد من الحفاظ على مسكن أو عقد إيجار مستقر، وما إلى ذلك.

10. الفقرة ي، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تحتفظ خدمة التوعية بسجلات للإحالات اللاحقة.

فمن الممارسات الجيدة أن تحتفظ خدمات التوعية بسجلات للإحالات اللاحقة للمرضى. يمكن بعد ذلك متابعة الإحالات للتحقق من المرضى الذين تم استقبالهم أو قبولهم. يمكن حفظ السجلات في سجلات العملاء أو في سجل الإحالات.

11. الفقرة ك، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة توظيف العاملين في مجال التواصل مع الأقران رسمياً وتوفير الدعم لهم.

يرتبط هذا المعيار بمعيار إدارة الموارد البشرية (انظر القسم 10). يستحق موظفو التواصل الذين يعملون كمعلمين في مجال دعم الأقران أو «خبراء بالخبرة» العمل على قدم المساواة مع غيرهم من الموظفين. ويشمل ذلك الكفاءة في تقديم التدخلات وحصولهم على الدعم الكامل للقيام بذلك. قد يعاني الموظفون الذين لديهم خبرة عملية في اضطرابات تعاطي المخدرات أيضاً من مشاكل صحية أو نقاط ضعف، ويكونون معرضين لخطر الانتكاس دون إشراف ودعم إداري مناسبين.

12. الفقرة ل، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة كفاءة العاملين في مجال التواصل في تقديم التدخلات التي يقدمونها.

ترتبط هذه الفقرة بالفقرة الخاصة بإدارة الموارد البشرية (انظر القسم 10) والفقرة ك أعلاه. يتنوع موظفو التوعية على نطاق واسع - من طاقم التمريض الذي يقدم التطعيمات، إلى الأخصائيين الاجتماعيين الذين يقدمون الدعم السكني، إلى العاملين في مجال دعم الأقران ذوي الخبرة. ينبغي على المدراء والقادة ضمان حصول جميع موظفي التوعية على شهادات و/أو تدريب على التدخلات التي يقدمونها. كما ينبغي دعمهم لضمان السلامة ومنع الإرهاق.

13. الفقرة م، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى خدمة التوعية سياسة راسخة لضمان صحة وسلامة الموظفين والمرضى.

يجب على مدير الخدمة ضمان وجود سياسة مكتوبة للخدمة، وأن تتوافق هذه الممارسة مع هذه السياسة. كما يجب أن تعكس سياسة الصحة والسلامة في خدمات التوعية الخدمة المقدمة ومعايير الدولة والإطار القانوني. قد تتضمن السياسة (حسب الاقتضاء):

ملحق 3.2 المؤسسات غير المتخصصة في تقديم علاج اضطراب تعاطي المخدرات: معايير إضافية

المؤسسات غير المتخصصة في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات هي عادةً مؤسسات الرعاية الصحية العامة، أو خدمات الرعاية الاجتماعية، أو مؤسسات العدالة الجنائية مثل السجون. قد يُطلب من خدمات علاج المخدرات أو تمويل تقديم تدخلات في هذه المؤسسات. في هذه الحالات، تُطبق المعايير التالية.

معايير الخدمة الإضافية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة: مثل المعيار (Set 3)، حول: المؤسسات غير المتخصصة في علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات. انظر الفقرات من (أ) إلى (ز)

1. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لفحص الفئات السكانية ذات الانتشار المرتفع لتعاطي المخدرات واضطرابات تعاطيها.

قد تشهد بعض الخدمات العامة انتشاراً مرتفعاً للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات. ومن الأمثلة على ذلك السجون؛ وأقسام الطوارئ؛ وخدمات علاج الفيروسات المنقولة بالدم مثل التهاب الكبد الوبائي ج أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ أو خدمات الرعاية الأولية في مواقع جغرافية محددة ذات انتشار أعلى لإنتاج أو تعاطي المخدرات. تختلف الفئات السكانية ذات الانتشار المرتفع لاضطرابات تعاطي المخدرات من منطقة إلى أخرى. يجب أن يستند تحديد الفئة السكانية المستهدفة والموقع إلى تقييم الاحتياجات المحلية. يشمل المعيار ب أدناه الفحص أيضاً.

2. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لفحص اضطرابات تعاطي المخدرات عند وجود علامات سريرية لتعاطي المخدرات.

3. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تضمن الخدمات كفاءة موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية في العلاج السلوكي المعرفي المتضمن في نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT).

4. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب ضمان اتباع المؤسسات غير المتخصصة لنهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) بما يتماشى مع حقوق الإنسان، وضمان أن المشاركة في نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) وأن العلاج طوعياً.

• تفاصيل إجراءات تقييم وإدارة المخاطر لخدمات التوعية المقدمة، بما في ذلك تقييم المخاطر للعاملين الذين يقدمون التدخلات في منازل المرضى.

• لأغراض السلامة، عادةً ما يقوم موظفان على الأقل بالعمل بشكل منفصل، ويُزود الموظفون بهواتف محمولة.

• تفاصيل أنظمة تسجيل الدخول/الخروج المتفق عليها، بما في ذلك تسجيل دخول الموظفين بعد إكمال مهمة محددة، ودفتر يوميات يدون فيه الموظفون أماكن عملهم؛ و

• اتفاقيات شراكة مع مقدمي الخدمات المحليين، والهيئات المجتمعية، والشرطة لدعم أهداف عمل التوعية والاستجابة لحالات الطوارئ عند حدوثها.

14. الفقرة ن، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تقيم خدمة التوعية روابط وتتعاون مع المجتمعات المحلية وأصحاب المصلحة.

قد ترحب المجتمعات المحلية بعمل التوعية لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، أو قد تكون عدائية. قد ترحب الجهات المعنية الأخرى، مثل أقسام الطوارئ الصحية أو دور رعاية المشردين، بموظفين من خدمات علاج الإدمان لتقديم تدخلات ضمن خدماتها، ولكن سيلزم توضيح مسؤوليات الموظفين وإعداد التقارير والحدود. لذلك، من المفيد توضيح كيفية عمل خدمة علاج الإدمان مع الجهات المعنية أو المجتمع. قد تكون مذكرات التفاهم أو إجراءات التشغيل القياسية المتفق عليها بين الخدمة والجهات المعنية مفيدة. كما قد تكون مسارات الإحالة المتفق عليها مفيدة أيضاً.

15. الفقرة س، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تراقب خدمة التوعية تدخلات التوعية مقابل أهدافها ونتائجها.

كما هو الحال مع خدمات علاج الإدمان الأخرى، من الممارسات الجيدة مراقبة خدمات التوعية. قد تشمل مراقبة خدمة التوعية ما يلي:

- عدد الأشخاص الذين تم الوصول إليهم أو تزويدهم بالتدخلات.
- أنواع التدخلات المقدمة.
- عدد الإحالات التي تمت من خلال هذه البرامج التوعوية... الخ.

الفقرات ب، ج، د مترابطة، وتشير جميعها إلى توفير العلاج بنهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT). قد يغطي بروتوكول واحد المعايير الثلاثة جميعها. يمكن إجراء الفحص عن طريق استخدام أداة فحص أو عن طريق تحليل عينات البول أو الدم. يجب أن يتطلب الفحص والإحالة إلى العلاج موافقة الشخص الخاضع للفحص. قد تكون هناك حالات تُفحص فيها عينات البول أو الدم للكشف عن المخدرات أو الكحول (كما هو الحال في أقسام الطوارئ عند الاشتباه في تناول المرضى فاقد الوعي جرعة زائدة). من حيث المبدأ، ينبغي على المدراء والقادة ضمان توفير العلاج وفق نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) والعلاج الناتج عنه بما يضمن احترام حقوق الإنسان، وضمان السرية، وأن تكون المشاركة طوعية، وينبغي أن ينعكس ذلك في البروتوكولات.

كما تقدم «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) أمثلة على الأساليب القائمة على الأدلة العلمية لتقديم الفحص (والتدخلات الموجزة) بما في ذلك «الأطر». يمكن تقديم العلاج وفق نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) من قبل موظفين متخصصين في علاج المخدرات أو موظفين غير متخصصين إذا كانوا مؤهلين. تشير كفاءة الموظفين إلى امتلاك الموظفين للمعرفة والمهارات العملية في تقديم التدخل. كما توفر منظمة الصحة العالمية من خلال إدارة MH-GAP الخاصة بموارد علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة تدريباً عبر الإنترنت على نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) : انظر الرابط التالي

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259161>

5. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول ثابت لتقييم الحالات الحادة الناجمة عن المخدرات وإدارتها وإحالتها.

قد تشمل الحالات الحادة الناجمة عن المخدرات جرعة زائدة من المخدرات؛ ومشاكل صحية بدنية ناجمة عن المخدرات؛ مشاكل الصحة النفسية الناجمة عن المخدرات، مثل أعراض الذهان، وغيرها. غالباً ما تُعد الخدمات العامة - وخاصة خدمات الطوارئ الصحية - خط الاستجابة الأول للوقاية من الأذى أو الوفاة المرتبطة بالمخدرات. ومع ذلك، قد تحدث حالات حادة وحالات جرعات زائدة في بيئات متنوعة، بما في ذلك أماكن الاحتجاز، والمسكن الجامعية، والجامعات، وغيرها. لذلك، يُنصح بأن يكون لدى الخدمة بروتوكول

مُعتمد لتقييم وإدارة الحالات الصحية الحادة الناجمة عن المخدرات، والإحالة اللاحقة بناءً على الحاجة المحلية.

6. الفقرة و، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تكون الخدمة قد وضعت بروتوكولات أو ترتيبات رسمية للإحالة والتنسيق مع مُقدمي خدمات آخرين.

قد تكون الإحالة والتنسيق الرسميان مع خدمات العلاج المُتخصص من المخدرات وغيرها من الخدمات العامة مطلوبة لتلبية احتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والذين يستفيدون من الخدمات العامة. قد يكون هذا مُفيداً بشكل خاص في البيئات التي ترتفع فيها معدلات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، أو مع الخدمات التي يُمكن أن تُلبي الاحتياجات الأوسع للمرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (مثل: السكن، وخدمات الصحة النفسية، وخدمات العدالة الجنائية).

7. الفقرة ز، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تضمن الخدمة كفاءة الموظفين الذين يُقدّمون علاجاً مُتخصصاً لاضطرابات تعاطي المخدرات.

في بعض المناطق، تُقدّم الخدمات والموظفون غير المتخصصين علاجات وفق نهج «الفحص والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج» (SBIRT) لاضطرابات تعاطي المخدرات، أو حتى تدخلات علاجية. وكما هو الحال مع أي موظف يُقدّم علاجاً لاضطرابات تعاطي المخدرات، ينبغي على المدراء والقادة التأكد من أن هؤلاء الموظفين يتمتعون بالكفاءة والمعرفة والمهارات والخبرة اللازمة للقيام بذلك.

ملحق 3.3 برامج العلاج المتخصصة للمرضى الخارجيين أو برامج العلاج المجتمعية: معايير إضافية

خدمات العلاج المتخصصة للمرضى الخارجيين أو المجتمعيين هي تلك التي صُممت أو صيغت بهدف أساسي؛ ألا وهو: توفير العلاج لاضطرابات تعاطي المخدرات. تستقبل هذه الخدمات المرضى في عيادات خارجية أثناء إقامتهم في أماكن إقامتهم المعتادة. يمكن تقديم العلاج من قبل الأشخاص الذين يحضرون الخدمة، أو من خلال تلقي تدخلات الوصول عن بُعد عبر الإنترنت أو الهاتف، أو من خلال زيارات منزلية لمنزل المرضى.

معايير الخدمة الإضافية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المعيار (Set 4) حول: خدمات التوعية المجتمعية. انظر الفقرات من (أ) إلى (ز)

1. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد للفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والأمراض المعدية الشائعة، وتطعيم التهاب الكبد الوبائي (من الفئة ب).

2. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان إحالة أو توفير علاج فيروس نقص المناعة البشرية و التهاب الكبد الوبائي والسل.

الفقرتان (أ) و (ب) أعلاه مرتبطتان، وقد يرغب مديرو خدمات علاج الإدمان في تضمين كلا المعيارين في بروتوكول واحد. بعض فئات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات لديهم معدل انتشار أعلى للفيروسات والعدوى المنقولة بالدم مقارنةً بعامّة السكان. ينبغي على مديري خدمات علاج الإدمان التأكد من وجود بروتوكول وممارسات وإجراءات مُعتمدة للفحص الطوعي (وليس الفحص القسري) للكشف عن وجود الفيروسات والعدوى. تُدرج بعض الخدمات هذا في عمليات التقييم الشاملة لمعرفة ما إذا كان الشخص قد تعرض للفيروس. يُمكن أن تُساعد هذه الممارسة الأشخاص في الحصول على العلاج أو التطعيم (التهاب الكبد الوبائي ب). وبالمثل، ينبغي على مدير الخدمة التأكد من وجود مسارات إحالة مُعتمدة أو توفير علاج لفيروس نقص المناعة البشرية و التهاب الكبد الوبائي والسل. في حال إحالة المريض إلى خدمة أخرى أثناء تلقيه العلاج من الفيروسات والعدوى، كما يُنصح بالعمل بشكل مشترك ووضع بروتوكول مُتفق عليه.

3. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تُقدم الخدمة معلومات حول خدمات الطوارئ على مدار الساعة للمرضى وأفراد أسرهم.

قد تكون خدمات الطوارئ على مدار الساعة مطلوبة للمرضى الذين يعانون من مشاكل صحية متعلقة بالمخدرات (مثل الجرعة الزائدة أو المشاكل الصحية) أو خدمات أخرى كالخدمات الاجتماعية. ينبغي تمكين المرضى وأفراد أسرهم من الوصول إلى خدمات الطوارئ على مدار الساعة من خلال تزويدهم بالمعلومات اللازمة لهذه الخدمات (مثل أقسام الطوارئ الصحية وخطوط المساعدة). يجب أن تكون المعلومات بتسويق مناسب للغة ومستوى معرفة وثقافة المرضى وأفراد أسرهم.

4. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لتقديم أو إحالة المرضى الذين يعانون من أمراض مُصاحبة للعلاج من مشاكل الصحة الجسدية والنفسية.

يجب على مدير الخدمة التأكد من وجود مسارات إحالة مُعتمدة أو توفير العلاج للحالات الصحية المُصاحبة أو المُترابطة.

وقد تشمل مشاكل الصحة البدنية ما يلي:

- الفيروسات المنقولة بالدم
- مشاكل في موقع الحقن،
- العدوى،
- أمراض الكبد،
- سوء التغذية، إلخ.

ومن الواضح أن هناك ترابط ما بين هذه الفقرة و الفقرتين (أ) و (ب) أعلاه.

وقد تتراوح حالات الصحة النفسية بين القلق والاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة، والفصام والذهان.

يجب أن تشمل البروتوكولات والممارسات التشخيص والتقييم والإحالة أو توفير العلاج والعمل المشترك.

5. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تكون خدمات المختبرات متاحة لمراقبة العلاج ومدى الالتزام به.

قد تتطلب خدمات علاج الإدمان الخارجية الوصول إلى المختبرات أو خدمات فحص المخدرات التي توفر فحص المخدرات، واختبار الفيروسات والعدوى المنقولة بالدم، إلخ. قد يوفر مديرو علاج الإدمان هذه الخدمات في منشأتهم أو قد يكون لديهم ترتيبات مع المستشفيات أو المختبرات المحلية.

6. الفقرة و، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمات بروتوكول ثابت لضمان ألا يكون عدم الالتزام ببرنامج العلاج وحده سبباً للخروج القسري من العلاج.

يمكن أن تُشكّل اضطرابات تعاطي المخدرات حالات مُعقدة طويلة الأمد، وقد تكون مزمنة ومتكررة. في خدمات علاج الإدمان المُتخصصة، لا ينبغي أن يكون عدم الالتزام ببرنامج العلاج وحده (وخاصةً استمرار تعاطي المواد المخدرة أو الانتكاس) سبباً للخروج القسري أو غير الطوعي من المستشفى. ينبغي على برامج العيادات الخارجية بذل قصارى جهدها لضمان مُلاءمة البرنامج لاحتياجات المريض. وينبغي لمدير خدمات علاج الإدمان دعم هذه الممارسة ببروتوكولات مُعتمدة.

7. الفقرة ز، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تكون الخدمة قد وضعت سياسات لإدارة مخاطر محددة، بما في ذلك مخاطر التسمم والانتحار.

قد يكون التسمم والجرعة الزائدة ومخاطر الانتحار من المشكلات الشائعة بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات المتوسطة إلى الشديدة. لذلك، تُعد إدارة مخاطر هذه المشكلات - في المنشأة ودعم المرضى خلال رحلة علاجهم - أمراً بالغ الأهمية. تُجري العديد من خدمات علاج الإدمان تقييمات مخاطر المرضى كجزء روتيني من التقييم الشامل ووضع الخطة العلاجية - مع وضع خطط مع المرضى للتخفيف من المخاطر - وخاصة تلك المتعلقة بالجرعة الزائدة والانتحار.

ينبغي أن يكون لدى الخدمة أيضاً بروتوكولات وممارسات راسخة لإدارة مخاطر المرضى الذين يعانون من التسمم، أو الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار في المنشأة. يجب أن يتضمن البروتوكول قواعد تتعلق بالتسمم لدى المرضى، ومعلومات عن المرضى، وتعاطي المواد المخدرة في المنشأة، وإدارة البيئات (التحقق بانتظام من دورات المياه) وإدارة المشكلات الصحية الحادة. يجب تدريب جميع الموظفين وتأهيلهم لإتباع الإجراءات، ويجب توفير النالوكسون في الخدمات التي تعالج المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة الأفيونية.

ملحق 3.4 خدمات المرضى الداخليين المتخصصة: معايير إضافية

خدمات العلاج الداخلي المتخصصة قصيرة الأجل هي تلك التي صُممت أو صُممت بهدف أساسي هو توفير العلاج لاضطرابات تعاطي المخدرات. تُقيم هذه الخدمات المرضى في المستشفيات - عادةً لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر.

معايير الخدمة الإضافية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المعيار (Set 5) حول: خدمات المرضى الداخليين المتخصصة قصيرة الأجل. انظر الفقرات من (أ) إلى (ح)

1. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تكون الخدمة قد وضعت سياسات لإدارة مخاطر محددة، بما في ذلك خطر التسمم والانتحار.

قد يكون التسمم ومخاطر الانتحار من المشكلات الشائعة بين المرضى في خدمات علاج المخدرات الداخلية. لذلك، فإن إدارة مخاطر هذه المشكلات - في المنشأة ودعم المرضى في رحلة علاجهم - أمر بالغ الأهمية.

يجب أن يكون لدى الخدمة أيضاً بروتوكولات وممارسات راسخة لإدارة مخاطر المرضى الذين يعانون من التسمم، أو الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار في المنشأة. يجب أن يتضمن البروتوكول قواعد حول التسمم لدى المرضى، ومعلومات عن المرضى؛ تعاطي المخدرات في المنشأة، وإدارة البيئات (التحقق الدوري من دورات المياه)، وإدارة المشاكل الصحية الحادة. تُجري العديد من خدمات علاج الإدمان تقييمات مخاطر المرضى كجزء روتيني من التقييم الشامل ووضع الخطة العلاجية - مع وضع خطط مع المرضى للتخفيف من المخاطر - وخاصة تلك المتعلقة بالانتكاس والانتحار. يجب تدريب جميع الموظفين وتأهيلهم لإتباع الإجراءات.

2. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن توفر المنشأة مختبراً ومرافق تشخيصية أخرى داخل المنشأة أو خارجها.

قد تتطلب خدمات علاج الإدمان للمرضى الداخليين الوصول إلى خدمات المختبرات أو خدمات فحص المخدرات التي تقدم اختبارات المخدرات، واختبارات الفيروسات والالتهابات المنقولة بالدم، وما إلى ذلك. قد تُقدم هذه الخدمات لمديري علاج الإدمان في مقر عملهم أو قد يكون لديهم ترتيبات مع المستشفيات أو المختبرات المحلية.

3. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى المنشأة بروتوكول مُعتمد لضمان الدعم أو النقل في حالات الطوارئ في حالة حدوث مضاعفات مُهددة للحياة لتلازمة الانسحاب أو غيرها من الحالات الصحية.

يجب على مديري خدمات المرضى الداخليين التأكد من قدرة المنشأة على علاج المرضى أو نقلهم إلى خدمات الطوارئ الصحية في حالة حدوث حالات صحية مُهددة للحياة، بما في ذلك أعراض الانسحاب الشديدة، أو تناول جرعة زائدة، أو غيرها من الحالات الصحية. تعمل خدمات المرضى الداخليين أحياناً مع مرضى يعانون من اضطرابات تعاطي مواد شديدة أو معقدة، بالإضافة إلى مشاكل صحية مصاحبة، لذا تُعد الروابط والبروتوكولات مع أقسام الطوارئ في المستشفيات مهمة، إذ نادراً ما تستطيع خدمة واحدة توفير جميع أنواع العلاج الطارئ في جميع الظروف. يجب تدريب جميع الموظفين وتزويدهم بالكفاءة اللازمة لإتباع الإجراءات، ويجب توفير النالوكسون في الخدمات التي تعالج مرضى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة الأفيونية.

4. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان إجراء تقييمات

للمخاطر والفوائد للإجراءات ذات المخاطر المعروفة، وذلك لضمان أقل قدر من المخاطر على المريض.

معظم علاجات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة تتطوي على مخاطر - مثل الآثار الجانبية للأدوية، وزيادة احتمالية التعرض لجرعة زائدة بسبب فقدان القدرة على التحمل بعد إزالة السموم، وما إلى ذلك. وتماشياً مع جميع خدمات الرعاية الصحية، ينبغي أن يُجري الأطباء السريريون تحليلاً للمخاطر والفوائد، وأن يختاروا الخيار الأقل خطورة. ونظراً لارتفاع خطر الانتكاس (واحتمالية الجرعة الزائدة والوفاة) بعد العلاج داخل المستشفى، تُوصي بعض الدول بتقديم العلاج داخل المستشفى لمرضى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة الأفيونية فقط إذا تبعه علاج خارجي ودعم لإدارة التعافي لمنع الانتكاس.

5. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تكون لدى الخدمة روابط مؤسسة مع خدمات تُسهّل التدخلات مع الأطفال وأفراد الأسرة المحتاجين إليها.

قد يكون لدى المرضى من الذكور والإناث أطفال وأفراد أسرة يحتاجون إلى الدعم. ينبغي أن تضمن الخدمات إمكانية ربط أفراد الأسرة بالخدمات التي يُمكن أن تُساعد في تلبية احتياجاتهم، بما في ذلك خدمات الرعاية الاجتماعية لأطفال المرضى عند الحاجة.

6. الفقرة و، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب تحديد هيكل وإدارة المؤسسة.

ينبغي أن تكون لجميع خدمات علاج الإدمان هيكل وإدارة واضحة. قد تكون خدمات المرضى مستقلة أو تقع ضمن مستشفيات الرعاية الصحية الثانوية أو مستشفيات الصحة النفسية. في هذه الظروف، يُنصح بوضوح الهيكل والإدارة والمسئوليات.

7. الفقرة ز، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة سياسات راسخة لظروف عمل آمنة وإدارة المواقف غير الآمنة.

ينبغي على مديري خدمات المرضى الداخليين التأكد من وجود بروتوكولات وممارسات وإجراءات راسخة لضمان سلامة المرضى والموظفين. تُعد بروتوكولات ضمان سلامة المرضى والموظفين بالغة الأهمية لجميع خدمات الرعاية الصحية، ولكن قد تكون لخدمات المرضى الداخليين متطلبات نظراً لتوفير الرعاية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، واستقبال المرضى المعرضين للخطر والمرضى،

والتواجد في مستشفى أو بيئة شبيهة بالمستشفيات. يجب أن تشمل البروتوكولات: إدارة المواقف غير الآمنة مثل العنف؛ وتفشي العدوى؛ وتوفير عدد كافٍ من الموظفين على مدار الساعة وظروف عمل آمنة.

8. الفقرة ح، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تتضمن المعلومات المُعدة من قبل الخدمة وموافقة المريض على العلاج إشارة صريحة إلى المتطلبات التي تُقيد حرية المرضى في المرافق السكنية والداخلية.

قد تتطلب خدمات المرضى الداخليين بعض القيود على الحرية كشرط للعلاج. ومن الأمثلة على ذلك منع تعاطي المخدرات أو الكحول في المرافق؛ وحظر التجول؛ ومتطلبات حضور البرامج، وما إلى ذلك. يجب إخطار المرضى رسمياً بتقييدات الحرية قبل دخولهم، وطلب موافقتهم الصريحة لفرض قيود على سلوكهم. ويجب تدوين الموافقة في سجلات المرضى.

ملحق 3.5 وحدات إعادة التأهيل السكنية المتخصصة: معايير إضافية

وحدات إعادة التأهيل السكنية المتخصصة هي مرافق علاجية مُخصصة أو مُصممة بهدف رئيسي، هو توفير علاج طويل الأمد لاضطرابات تعاطي المخدرات في بيئة سكنية. يجوز للمرضى أو المقيمين البقاء لمدة تصل إلى عام.

معايير الخدمة الإضافية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المعيار (6 Set) حول: وحدات إعادة التأهيل السكنية المتخصصة. انظر الفقرات من (أ) إلى (م)

1. الفقرة أ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة جدول يومي مُنظّم ومتسق للأنشطة الجماعية.

تنص المعايير (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) على أن يكون لخدمات إعادة التأهيل طويلة الأمد أو السكنية جدول يومي مكتوب ومنظم للأنشطة الجماعية كجزء من نهجها الموثق.

2. الفقرة ب، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لبرنامج العلاج سلسلة واضحة من المساءلة السريرية.

تشرط المعايير (منظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2020) أن يكون لخدمات إعادة التأهيل طويلة الأمد أو السكنية سلسلة واضحة من المساءلة السريرية. ويشمل ذلك عادةً الطاقم الطبي.

3. الفقرة ج، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة سياسة راسخة تحدد الامتيازات بوضوح مع مبررات وعملية لتخصيصها.

غالبًا ما تتضمن خدمات إعادة التأهيل طويلة الأمد أو السكنية برامج تشمل المرضى أو المقيمين الذين يحصلون على امتيازات. يجب أن تحدد هذه الخدمات الامتيازات بوضوح وأن يكون لها مبررات وعملية واضحة لتخصيصها. يجب أن تكون العمليات عادلة وشفافة.

4. الفقرة د، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لضمان تحملها مسئولية الحفاظ على صحة المرضى وتحسينها.

من المرجح أن تضمّ خدمات إعادة التأهيل طويلة الأمد أو السكنية مرضى أو مقيمين يعانون من مجموعة من الحالات الصحية، بالإضافة إلى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. تقع على عاتق وحدات إعادة التأهيل السكنية مسئولية وواجب رعاية تجاه مرضاها أو مقيميها للحفاظ على صحتهم وتحسينها أثناء إقامتهم. قد يشمل ذلك ضمان حصول المقيمين على تقييم طبي كجزء من تقييمهم الشامل (من قبل موظفي الوحدة أو أخصائي طبي مرتبط مثل طبيب عام). يجب أن يحصل المقيمون على الرعاية الصحية الأولية، وأن يكونوا مُسجّلين لدى طبيب عام محلي أو خدمة رعاية صحية أولية، إذا لزم الأمر. يجب على الوحدة تعزيز الإحالة لمعالجة مشاكل الرعاية الصحية الثانوية، بما في ذلك تنسيق الرعاية وإدارة أدوية المقيمين في المنشأة. من الممارسات الجيدة أيضًا ضمان احتواء البرنامج على التثقيف الصحي والرعاية، وتعزيز الصحة، والتمارين البدنية، وعناصر الصحة النفسية لتحسين صحة المقيمين.

5. الفقرة هـ، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول مُعتمد لإعداد الأفراد للعيش المستقل في المجتمع الأوسع.

ويُعدّ إعداد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات للعيش المستقل في المجتمع بعد خروجهم من المستشفى دورًا هامًا في وحدات إعادة التأهيل السكنية. يُعدّ الانتكاس أمرًا شائعًا جدًا عند مغادرة خدمات إعادة التأهيل للمرضى الداخليين والسكنيين، وينبغي على هذه الخدمة بذل قصارى جهدها لمساعدة النزلاء على بناء مهارات التعافي استعدادًا لمغادرتهم. قد يشمل ذلك:

- التدريب على المهارات الحياتية.
- التدريب المهني.
- الحصول على سكن مناسب.

• مساعدة النزلاء على بناء شبكات اجتماعية إيجابية (بما في ذلك العلاقات الأسرية ومجموعات دعم الأقران) قبل مغادرتهم.

• وضع خطط رعاية لاحقة تتضمن إستراتيجيات للوقاية من الانتكاس، وما إلى ذلك.

وتقدّم بعض وحدات إعادة التأهيل السكنية برامج تزيد من انفتاح النزلاء على المجتمع في الأشهر التي تسبق مغادرتهم، مثل العمل أو التطوع. وقد تشجّع وحدات أخرى النزلاء على «العودة إلى منازلهم» في عطلات نهاية الأسبوع. يجب أن يكون لدى جميع النزلاء خطط رعاية لاحقة ودعم لإدارة التعافي من الرعاية الشاملة قبل مغادرة وحدة إعادة التأهيل السكنية.

6. الفقرة و، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تستوفي دور الرعاية المسجلة وغيرها من مرافق الرعاية طويلة الأجل المعايير الوطنية الدنيا للخدمات السكنية.

تمتلك العديد من الدول معايير تسجيل أو اعتماد أو معايير دنيا لمرافق الرعاية السكنية التي يجب استيفاؤها لتشغيل الخدمة بشكل قانوني.

7. الفقرة ز، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة بروتوكول محدد ومعتمد لطرد المرضى بسبب انتهاك قواعد برنامج العلاج.

8. الفقرة ح، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تُحدد خطط العلاج الفردية البدائل التي يمكن إتباعها في حالة فشل الطرد من العلاج.

تنص المعايير (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNO-DC) (2020) على ضرورة أن يكون لخدمات إعادة التأهيل طويلة الأمد أو السكنية بروتوكول مكتوب في حالة طرد المريض بسبب انتهاك برنامج العلاج. من المهم النظر في مدى ملاءمة هذا النوع من الخروج، لأن الخروج المفاجئ قد يعرض المريض أو النزيل لخطر كبير للانتكاس (والوفاة بسبب جرعة زائدة في حال استخدامهم للمخدرات الأفيونية). يُعدّ الخروج، حتى في البيئات السكنية، أمرًا شائعًا، والتعلم من الخروج جزء من رحلة التعافي للعديد من مدمني المخدرات. إذا كان الخروج ضروريًا للغاية، فمن الممارسات الجيدة التأكد من أن النزيل لديه خطة خروج قبل مغادرته وإحالتة إلى خدمة علاج الإدمان الخارجية، ودعم إدارة التعافي، والسكن قبل مغادرته.

9. الفقرة ط، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن وضعت الخدمة سياسات لإدارة مخاطر محددة، بما في ذلك التسمم وخطر الانتحار.

قد تُشكّل مخاطر الانتحار (وخطر التسمم) مشاكل بين المرضى أو المقيمين في وحدات إعادة التأهيل السكنية. لذلك، تُعد إدارة مخاطر هذه المشكلات - في الموقع ودعم الأشخاص في رحلات علاجهم - أمراً بالغ الأهمية.

يجب أن تحتوي الخدمة أيضاً على بروتوكولات وممارسات راسخة لإدارة مخاطر المرضى الذين يعانون من التسمم، أو الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار. يجب أن يتضمن البروتوكول قواعد تتعلق بتسمم المرضى، ومعلومات عنهم، وتعاطي المواد المخدرة في المنشأة، وإدارة البيئات (التحقق من دورات المياه بانتظام)، وإدارة المشكلات الصحية الحادة. تُجري العديد من مراكز علاج الإدمان تقييمات مخاطر المرضى كجزء روتيني من التقييم الشامل ووضع الخطة العلاجية - مع وضع خطط مع المرضى للتخفيف من المخاطر - وخاصة تلك المتعلقة بالانتكاس والانتحار. يجب أن يكون جميع الموظفين مدربين ومؤهلين لإتباع الإجراءات.

10. الفقرة ي، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يوجد بروتوكول مُعتمد لضمان خروج المريض بناءً على حالة تعافيه.

تنص «المعايير» (الصادرة عن منظمة الصحة العالمية WHO/ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNO-DC) (2020) على أن وحدات إعادة التأهيل طويلة الأمد أو السكنية يجب أن تضمن خروج المريض بناءً على حالة تعافيه. تشمل المسائل التي يجب مراعاتها ما إذا كان المقيم قد بنى «رأس مال تعافي» كافٍ لتمكينه من التحكم الطوعي في تعافيه للمواد المخدرة. كما يُعد رأس مال التعافي الأوسع مهماً أيضاً، مثل: السكن؛ والشبكات الاجتماعية؛ والتوظيف؛ وكيفية قضاء وقت الفراغ؛ والاستعداد للعيش في المجتمع دون انتكاسة، إلخ. يجب على مدير الخدمة التأكد من أن بروتوكول وممارسات خروج الخدمة تأخذ في الاعتبار رأس مال تعافي الفرد عند تحديد الوقت المناسب لخروجه. يجب أن يكون لدى جميع النزلاء الذين يتم خروجهم خطة رعاية لاحقة ودعم مستمر للتعافي.

11. الفقرة ك، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن يكون لدى الخدمة سياسات مُعتمدة لظروف عمل آمنة وإدارة المواقف غير الآمنة.

يجب على مديري خدمات إعادة التأهيل السكنية التأكد من وجود بروتوكولات وممارسات وإجراءات مُعتمدة لضمان سلامة المرضى والموظفين. تُعدّ بروتوكولات ضمان سلامة المرضى والموظفين أمراً بالغ الأهمية لجميع خدمات الرعاية الصحية، إلا أن خدمات الرعاية السكنية قد تتطلب بعض المتطلبات نظراً لتوفيرها رعاية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، واستقبالها نزلاء يعانون من اضطرابات تعاطي مواد شديدة أو معقدة لا يمكن علاجها في العيادات الخارجية. ينبغي أن تشمل البروتوكولات: إدارة المواقف غير الآمنة مثل العنف؛ وتفشي العدوى؛ وتوفير عدد كافٍ من الموظفين على مدار الساعة، وظروف عمل آمنة.

12. الفقرة ل، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب تحديد هيكل المؤسسة وإدارتها.

ينبغي أن تكون لجميع خدمات علاج الإدمان هياكل وإدارة واضحة. قد تكون وحدات إعادة التأهيل السكني مستقلة أو جزءاً من شبكة أوسع من خدمات علاج الإدمان. في هذه الظروف، يُنصح بوضوح الهيكل والإدارة والمسؤوليات.

13. الفقرة م، من المعيار نفسه، وتنص على أنه: يجب أن تتضمن المعلومات المقدمة من الخدمة وموافقة المريض على العلاج إشارة صريحة إلى المتطلبات التي تقيد حرية المرضى في المرافق السكنية والداخلية.

قد تتطلب خدمات إعادة التأهيل السكني بعض القيود على الحرية كشرط للعلاج. ومن الأمثلة على ذلك «عدم تعاطي المخدرات أو الكحول في المنشأة»؛ والبقاء داخل حدود وحدة إعادة التأهيل السكني لفترة محددة؛ وحظر التجول؛ وتقييد الوصول إلى الأصدقاء أو العائلة؛ ومتطلبات حضور البرامج، وما إلى ذلك. يجب إخطار المرضى أو المقيمين رسمياً بقيود الحرية قبل دخولهم، والحصول على موافقتهم الصريحة لفرض قيود على السلوك. ويجب تدوين الموافقة في سجلات المرضى.



THE COLOMBO PLAN

THE COLOMBO PLAN SECRETARIAT

5th Floor, M2M Veranda Office, No. 34, W.A.D. Ramanayake Mawatha, Colombo 02, Sri Lanka

Tel: (94 11) 257 6322 | Fax: (94 11) 257 6311

E-mail: info@colombo-plan.org | Website: www.colombo-plan.org