به نام خدا

مراکز درمان دولتی و مجاز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان

موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام)

دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مرکز اقامتی " درمان اجباری"

دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر

اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی

اسفند ۸۹

فهرست:

صفحه

شناسنامه	۳
مقدمه	۴
ماده ۱ – تعاریف	۶
الف – مشمولین قانونی این دستورالعمل	
ب – معتاد تزریقی	
ج – معتاد بی خانمان	
د – درمان اجباری	
ذ – پروتکل ابلاغی	
ر – غربالگری	
ز – واحد غربالگری	
هـ – مرکزاقامتی درمان اجباری	
س– واحد بهداشتی درمانی مرکز درمان اجباری	
ش – اقامتگاه مرکز درمان اجباری	
ص – دستورالعمل / آئین نامه تکالیف بعد از خروج موضوع تبصره یک ماده ۱۶	
ض: کمیته هماهنگی مرکز درمان اجباری	
ماده ۲ – مشخصات فضای فیزیکی و تجهیزات	۸
الف– واحد غربالگری	
ب– مرکز درمان اجباری	
۱ – واحد بهداشتی – درمانی :	
حداقل داروهای مورد نیازنگهداری در مرکز	
۲ – اقامتگاه درمان اجباری	
ماده ۳ – مشخصات و شرح وظایف کارکنان	۱۱
الف – واحد غربالگری	
ب– واحد بهداشتی درمانی	
ج– اقامتگاه	
ماده ۴ – فرآیند اجرایی	۱۴
الف– جمع آوری	
ب– غربالگری	
ج – اداره مرکز	
د – وظایف مدیر مرکز	
هـ– فرایند درمان بیماران	
و – ارزیابی درمان وترخیص	
ماده ۵ – تکالیف بعد ازخروج	۱۹
ماده ۶ – نظارت و رسیدگی به تخلفات	۱۹
وظایف کمیته هماهنگی :	
ماده ۷ – پایش و ارزشیابی	۲۰

ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری
دبیرخانه

شناسنامه:

این دستورالعمل برای فراهم آوردن چارچوبی برای ارائه مراقبت های درمانی سوءمصرف مواد در جایگاه های اقامتی و بصورت اجباری تدوین گردیده است.

تدوین کنندگان:

۱ – دکتر محمد باقر صابری زفرقندی - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدیرکل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد

۲ – دکتر مجید وندرجب پور – کارشناس اعتیاد ، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳ – خانم دکتر مهسا گیلانی پور - روانپزشک ، کارشناس اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴- دکتر علیرضا نوروزی – روانپزشک دانشجوی PHD اعتیاد ، دانشگاه علوم پزشکی تهران

و با همکاری و مشارکت کارشناسی

۱ – دکتر محمد امیرخانی – معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی

۲ – دکتر فیروزه جعفری – روانپزشک، رئیس مرکز تحقیقات اعتیاد دانشگاه علوم بهزیستی

۳ – دکتر محمد حسین عابدی ، بسیج جامعه پزشکی

۴ – دکتر محسن روشن پژوه – روانپزشک ، کارشناس اعتیاد سازمان بهزیستی

و با تشکر از همکاران محترم

۱- مریم کبودی گودرزی – کارشناس اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد

۲ – دکتر سیدعلی شفیعی – دانشجوی PHD اعتیاد – دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳ –حمید جمعه پور – کارشناس اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد

۴ – دکتر فریبرز احمدی - کارشناس اداره درمان و حمایت های اجتماعی ستاد

و با سپاس از نظرات و راهنمایی های ارزشمند

- دفتر حقوقی و امور مجلس ستاد
- اداره کل مقابله با عرضه ستاد
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
- دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- بسیج جامعه پزشکی کشور

و تقدیر از دکتر علی کمیلی مشاور محترم دبیر کل در امور درمان

مقدمه:

سوءمصرف مواد و وابستگی (اعتیاد) به آن یک بیماری مزمن، پیشرونده و عود کننده است، درصد قابل توجهی از معتادین علیرغم دریافت انواع درمانها، مجدداً به سوء مصرف مواد باز می گردند. بررسی اقدامات سایر کشورها و تجربه چند دهه گذشته کشورمان، اتخاذ راه کارهای جدید و مبتنی بر شواهد را برای مقابله با معضل اعتیاد اجتناب ناپذیر می نماید. در اولویت بندی برنامه ریزی بررسی کنترل سوءمصرف مواد، معتادان دارای رفتارهای پرخطر مثل معتادان تزریقی و معتادین بی خانمان از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشند.

بررسی ها نشان داده است که منشاء اصلی عفونت های پرخطر و پرهزینه ای مثل HIV/AIDS در ایران مثل برخی از کشورهای مشابه، معتادان تزریقی بوده است. در سالهای گذشته مستند به قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام که مقرر نموده است: «اعتیاد جرم است. ولی به کلیه معتادان اجازه داده میشود، به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می گردد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند. تبصره ۱: معتادان مذکور در طول مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف هستند. تبصره ۲: هزینه های تشخیص، درمان، دارو و بازپروری توسط شخص معتاد براساس تعرفه های مصوب به واحدهای ذیربط پرداخت می شود و هزینه های مربوط به معتادان بی بضاعت هر ساله توسط دولت تامین خواهد شد. تبصره ۳: دولت مکلف است برای احیاء و ایجاد اردوگاههای بازپروری معتادین به مواد مخدر اقدام لازم را به عمل آورد» اقداماتی در کشور صورت گرفته است. با اصلاح قانون مذکور در مورخ ۸۹/۵/۹ و به استناد ماده ۱۶ و تبصره های ذیل آن به شرح ذیل معتادان مکلف به مراجعه برای درمان به مراکز مجاز گردیده اند:

« ***ماده ۱۶*** *– معتادان به موادمخدر و روان گردان مذکور در دو ماده (٤) و (٨) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می باشد.*

تبصره ۱ *: با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می باشند که بنابر پیشنهاد دبیرخانهٔ ستاد با همکاری دستگاه های ذیربط تهیه و به تصویب رئیس قوهٔ قضایه می رسد.*

تبصره ۲ *: مقام قضایی می تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند.*

درصورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیراین صورت طبق مفاد این ماده اقدام می شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه ماهه دیگر بلامانع است.»

لذا و بمنظور اجرای ماده فوق الذکر این دستورالعمل در اداره کل درمان و حمایتهای اجتماعی ستاد با همکاری کارشناسان حوزه اعتیاد و نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور(به نمایندگی از طرف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی)و بسیج جامعه پزشکی تهیه و تدوین گردیده است.

ماده ۱ – تعاریف:

الف – مشمولین قانونی این دستورالعمل: معتادین بزرگسال (۱۷ تا ۶۵ ساله) که معتاد تزریقی و بی خانمان بوده و فاقد اختلالات جسمی و روانی شدید باشند مشمول این دستورالعمل خواهند بود. در این برنامه منظور از اعتیاد معادل اختلال وابستگی به ترکیبات افیونی بر اساس چهارمین ویرایش کتابچه آماری و تشخیص اختلالات روانپزشکی انجمن روانپزشکان آمریکا است.

ب – معتاد تزریقی: فرد وابسته به مصرف مواد را گویند که برای استعمال از روش تزریق زیر پوست یا عضله یا وریدی بهره می جوید.

ج – معتاد بی خانمان : به معتادی گفته می شود که شخصاً شغل خاصی ندارد و فاقد مسکن و سرپناه می باشد و اقدام به درمان ننموده است و خانواده و ولی قانونی او قادر و یا مایل به نگهداری و درمان او نیستند.

د – درمان اجباری: به مجموعه مداخلات درمانی گفته می شود که با استفاده از فشار قانونی در چارچوب قوانین اعمال می گردد تا منجر به تغییر رفتار اعتیاد در فرد شود.

ذ – پروتکل ابلاغی :منظور دستور العمل و راهنمای درمانی است که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری اداره کل درمان ستاد تهیه و توسط دبیر کل ستاد ابلاغ می شود.

ر – غربالگری: به فرایند ارزیابی سریع **مشمولین قانونی این دستورالعمل** بر اساس معیارهای ورود به مرکز اقامتی درمان اجباری اطلاق می شود که براساس پروتکل ابلاغی، صورت می پذیرد.

ز – واحد غربالگری: محلی است با یک فضای فیزیکی معین که ارزیابی سریع **مشمولین قانونی این دستورالعمل** را به منظور ارجاع به «مرکز اقامتی درمان اجباری» انجام می دهد.

هـ – مرکزاقامتی درمان اجباری: مرکز اقامتی درمان اجباری که در این آیین نامه به اختصار" مرکز درمان اجباری" نامیده می شود:مرکزی تادیبی است که در آن خدمات بهداشتی، درمانی مورد نیاز افراد مقیم طبق « پروتکل ابلاغی» تأمین می گردد. این مرکز با هدف نگهداری، معاینه و

ارزیابی پزشکی، ارایه خدمات درمان سوءمصرف مواد، مراقبت های بهداشتی اولیه (درمان شپش، گال، سل و سایر عفونت های پوستی، مشکلات دهان و دندان و....)، **انجام مراقبت های بهداشتی فردی** (حمام، اصلاح، تعویض لباس و ...)، **غربالگری بیماریهای عفونی** (هپاتیت، اچ آی وی و سل) **و انجام فعالیت های مددکاری و نظارت بر تکالیف پس از خروج بر اساس آئین نامه / دستورالعمل تکالیف مراقبت بعد از خروج، ایجاد می گردد.**

س- واحد بهداشتی درمانی مرکز درمان اجباری: محلی است که در آن خدمات بهداشتی، درمانی مورد نیاز افرد مقیم مرکز بر اساس« پروتکل ابلاغی» به صورت شبانه روزی ارائه می گردد.

ش - اقامتگاه مرکز درمان اجباری: بخشی از مرکز را گویند که مشتمل بر آسایشگاه برای خواب و استراحت افراد مقیم ، امکانات بهداشت فردی همچون حمام و دستشویی و امکان تغذیه می باشد.

ص - دستورالعمل / آئین نامه تکالیف بعد از خروج موضوع تبصره یک ماده ۱۶ : دستورالعمل / آئین نامه‌ای است که توسط دفترحقوقی و امور مجلس ستاد مبارزه با مواد مخر با همکاری ادارات کل و دستگاه های تخصصی عضو ستاد تهیه و پس از تصویب رئیس قوه قضائیه ابلاغ خواهد شد.

ض: کمیته هماهنگی مرکز درمان اجباری: کمیته ای است متشکل از نمایندگان ثابت و تام الاختیار وزارت بهداشت/دانشگاه علوم پزشکی (به عنوان رئیس کمیته) دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر / شورای هماهنگی استان (دبیر کمیته) فرماندهی نیروی انتظامی استان، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (سازمان بهزیستی) و نماینده قوه قضائیه / دادستان استان

تبصره: صدور مجوز راه اندازی مرکز از طریق دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر خواهد بود. مجوز بهره برداری منوط به تأیید کمیته هماهنگی مرکز و صدور مجوز بهره برداری به امضاء مشترک اداره کل مقابله با عرضه و درمان و حمایتهای اجتماعی خواهد بود.

ماده ۲ – مشخصات فضای فیزیکی و تجهیزات :

الف– واحد غربالگری

حداقل فضای فیزیکی برای واحد غربالگری به منظور پذیرش روزانه حداکثر ۱۰۰ نفر عبارت است از:

۱ – سالن سرپوشیده برای انتظار با ظرفیت حداقل ۱۵ نفر

۲ – حداقل دو توالت و دستشویی بهداشتی

۳– امکان دسترسی به آب شرب بهداشتی

۴ – فضای مناسب برای استقرار پزشک

۵– امکان استقرار نگهبان حداقل دو نفر

ب– مرکز درمان اجباری

مرکز دارای واحد بهداشتی درمانی و اقامتگاه می باشد.

۱ – **واحد بهداشتی – درمانی :** سطح زیر بنای مرکز بهداشتی درمانی باید متناسب با ظرفیت «مرکز درمان اجباری» باشد و در آن فضای کافی برای ویزیت پزشک،خدمات روانشناختی فردی و گروهی، مددکاری، ترخیص، واحد پذیرش و آمار، اتاق تحت نظر، اتاق CPR، ایستگاه پرستاری، اتاق تحویل داروی آگونیست، قفسه دارویی، محل نمونه گیری برای آزمایش، و محل استراحت کارکنان به شرح ذیل پیش بینی شده باشد.

۱-۱- اتاق پزشک بر ای معاینه افراد با حداقل یک تخت معاینه و ست معاینه.

۱-۲- اتاق پانسمان، تزریقات و احیاء با حداقل یک تخت، پاراوان، ست پانسمان و تزریقات و ست CPR و نمونه گیری، برانکارد ، ویلچیر

۱-۳ - به منظور قرنطینه بیماران حامل بیماری های مسری، انجام مراقبتهای بهداشتی اولیه و نظارت طبی بیشتر بر بیمارانی که در مراحل اولیه سم زدایی و یا القاء درمان نگهدارنده هستند باید محلی برای مراقبت بدو ورود در نظر گرفته شود .

۱-۴- محل مناسب برای استقرار پرسنل در شبانه روز

۱-۵- محل مناسب با وسایل لازم برای جلسات درمانی گروهی

۱-۶- محل و تجهیزات امور اداری مشتمل بر رایانه به منظور ثبت اطلاعات و آمار افراد بر اساس فرمهای ابلاغی

۱-۷- قفسه مناسب برای نگهداری دارو، تجیهزات و لوازم پزشکی

حداقل داروهای مورد نیازنگهداری در مرکز:

۱- آنتی بیوتیک (آمپی سیلین، آموکسی سیلین)

۲- مسکن (استامینوفن، بروفن، مفنامیک اسید)

۳- داروهای روانپزشکی (آمپول بی پریدین و هالوپریدول - بی پریدین - قرص هالوپریدول و قرص آرتان - کاربامازپین- آمی تریپتلین - قرص کلرپرومازین ۱۰۰ - کلونیدین - متادون - اپیوم تینکچر) مواد ضدعفونی کننده محیطی

تبصره - سایر داروهای مورد نیاز بیماران باید به صورت موردی فراهم گردد .

۲ - اقامتگاه

۱ - مساحت مورد نیاز به ازای هر تخت ۵ متر مربع می باشد.

۲- اقامتگاه باید از رنگ آمیزی مناسب و قابل شست وشو برخوردار باشد.

۳- کف آسایشگاه باید موزاییک یا سنگ کاری و قابل شست وشو باشد.

۴ - تمامی پنجره ها و دربهای ورودی به ساختمان باید دارای توری باشند.

۵- تمامی بیماران باید دارای تخت، تشک، بالش، پتو و ملحفه باشند.

۶- تختها باید سالم، رنگ آمیزی شده و فاقد زنگ زدگی یا پوسیدگی باشند.

۷- تختها حداکثر دو طبقه و دارای حفاظ لازم برای پیشگیری از سقوط افراد باشند.

۸- تشک ، بالش، پتو و ملحفه ها باید بهداشتی، تمیز و مرتباً شست وشو شوند و در صورت لزوم ضد عفونی گردند.

۹- میزان نور طبیعی یا مصنوعی و تهویه باید مناسب باشد.

۱۰- وسایل سرمایشی و گرمایشی مناسب و ایمن در آسایشگاه و فضاهای درمانی فراهم باشد.

۱۱- وسایل اطفاء حریق در دسترس باشد و کارکنان برای استفاده از آن آموزش لازم را دریافت کنند.

۱۲- سطل زباله دردار به تعداد کافی در دسترس باشد.

۱۳- حتی الامکان وسایل ورزشی و تفریحی (مانند تلویزیون) برای بیماران فراهم گردد.

۱۴- نظافت کلیه اماکن با شوینده مناسب به طور مرتب انجام شود.

۱۵- اقدامات لازم برابردستورالعملهای مربوطه برای مبارزه باحشرات و جوندگان درمرکز به عمل آید.

۱۶- باید سالن غذاخوری متناسب با تعداد بیماران وجود داشته باشد.

۱۷- وضعیت بهداشتی اماکن مرتبط با مواد غذایی مانند آشپزخانه، انبار مواد غذایی، سردخانه و سالن غذاخوری برابر ضوابط وزارت بهداشت

۱۸- تعداد توالت لازم به ازای هر ۳۰ نفر حداقل یک چشمه و تعداد دوش حمام لازم به ازای هر ۴۰ نفر یک دوش با آب گرم مناسب طبق ضوابط وزارت بهداشت

۱۹- آب شرب بهداشتی طبق ضوابط وزارت بهداشت

۲۰- دفع بهداشتی زباله و فاضلاب مطابق ضوابط وزارت بهداشت

۲۱- نظافت فردی، البسه و وضعیت ظاهری بیماران باید به طور منظم کنترل شود.

۲۲- محل و وسایل مناسب برای اصلاح مو ی بیماران براساس ضوابط وزارت بهداشت

ماده ۳ – مشخصات و شرح وظایف کارکنان:

الف – واحد غربالگری:

۱- یک نفر پزشک عمومی با سابقه فعالیت در حوزه درمان اعتیاد

۲- دو نفر نگهبان به منظور حفاظت فیزیکی واحد

تبصره: نگهبان مرکز غربالگری تحت ضوابط و توسط نیروی انتظامی تأمین خواهد شد.

ب– واحد بهداشتی درمانی:

الف: پزشک، در نوبت کاری صبح به ازای هر ۱۰۰ نفر یک پزشک آموزش دیده و حتی الامکان با سابقه کار در حوزه درمان اعتیاد که واجد مدرک معتبر دوره دو هفته‌ای آموزش درمان با داروهای آگونیست باشد. به منظور:

۱- معاینه اولیه و درمان

۲- ارجاع برای مراقبت های اولیه بهداشتی

۳- ارجاع برای نمونه گیری

۴- درصورت نیاز ارجاع به خدمات تخصصی خارج از مرکز

۵- تدوین برنامه درمانی سوء مصرف مواد برای هر بیمار

۶- ویزیت روزانه و حسب مورد افراد

۷- تجویز و دستور دارویی

تبصره: برای شیفت های عصر و شب تعیین پزشک بصورت انکال ضروری است و پزشک شیفت صبح و پزشکان انکال به عنوان پزشک مسئول فنی مرکز در شیفت خود محسوب می شوند.

ب: پرستار یا بهیار ترجیحاً با سابقه کار در حوزه درمان اعتیاد به ازای هر ۱۰۰ نفر در نوبت کاری صبح و یک پرستار یا بهیار به ازای هر ۲۰۰ نفر در سایر شیفت‌ها برای:

۱- انجام پانسمان

۲ - انجام مراقبت های بهداشتی اولیه

۳ - انجام تزریقات به دستور پزشک

۴ -کنترل و نظارت بر مصرف داروها خصوصاً متادون و ...

۵ -کنترل علائم حیاتی

۶ -کمک به احیاء درصورت لزوم

۷ -تکمیل پرونده بالینی و ثبت گزارش پرستاری

۸ -اجرای دستورات پزشک

۹ -اعلام وضعیت اورژانسی افراد به پزشک انکال و هماهنگی برای پذیرش بیمارستانی

تبصره: مسول هماهنگی و اطلاع رسانی موارد اورژانسی به پزشک، بهیار یاپرستار شیفت می باشد.

ج: یک نفر کارشناس مددکاری اجتماعی به ازای هر ۱۰۰ نفر بیمار، ترجیحاً دارای آموزش و سابقه کار در حوزه درمان اعتیاد در نوبت کاری صبح، برای ارائه و ثبت خدمات مددکاری حین و بعد از ترخیص از مرکز به منظور:

۱- تماس با خانواده، ارزیابی مددکاری خانواده، توانمند سازی خانواده برای پذیرش معتاد

۲- پیگیری خدمات بعد از ترخیص شامل: حمایت یابی، کاریابی، حرفه‌آموزی پیگیری وضعیت درمان بیمار پس از ترخیص حداقل ماهی یکبار برای اطمینان از ماندگاری در درمان

۳- تهیه گزارش وضعیت ماندگاری افراد در درمان

۴- روانپزشک ۱ نفر هفته ای حداقل یک روز و در نوبت کاری صبح برای ویزیت و ثبت خدمات روانپزشکی مددجویان حداقل ۱ بار در ماه.

۵- کارشناس روانشناسی ترجیحاً دارای آموزش و سابقه کار در حوزه درمان اعتیاد در نوبت کاری صبح ۱ نفر به ازای هر ۲۰۰ بیمار برای ارایه و ثبت خدمات روانشناسی به منظور:

۱- ارزیابی روانی اولیه و دوره ای معتاد و ارجاع به روانپزشک درصورت نیاز و مشارکت با روان پزشک در اجرای برنامه درمانی مورد نیاز هر بیمار

۲- انجام مصاحبه روانشناسی

۳- برنامه ریزی و اجرای برنامه های روانی – اجتماعی

۴- کمک به مددکار برای پیگیری ماندگاری افراد در درمان

د : متصدی امورادارای برای تشکیل پرونده، ثبت اطلاعات و گزارش درمان و انجام مکاتبات اداری

ذ: نیروی خدماتی ۳ نفر به منظور انجام خدمات به صورت شبانه روزی

تبصره ۱: مدیر مرکز مجاز است از افراد مقیم حسب شرایط و بر اساس ضوابط برای انجام امور خدماتی استفاده نماید.

تبصره ۲: تأمین کادر پزشکی از وظایف وزارت بهداشت/دانشگاه علوم پزشکی بوده و حق الزحمه آنها از اعتبارات مربوط به اجرای ماده۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) پرداخت می شود.

چ- اقامتگاه

اقامتگاه دارای نگهبان با تشخیص مسئولین انتظامی و افراد خدماتی اعم از خدمات تغذیه و نظافت می باشد. استفاده از افراد مقیم بلامانع است.

نگهبانان براساس ضوابط و حسب تشخیص نیروی انتظامی با شرح وظایف شامل:

۱- حراست و حفاظت فیزیکی مرکز، کارکنان و بیماران

۲- جستجوی بدنی افراد ارجاع شده

۳- ثبت اسامی افراد ارجاع شده از مرکز غربال گری و تحویل آنها از مأمورین نیروی انتظامی

۴- هدایت و همراهی افراد ارجاع شده

۵- حفاظت به منظور جلوگیری از خروج غیر قانونی افراد از مرکز

تبصره : مسوولیت انتقال افراد از واحد غربالگری به مرکز درمان اجباری، تأمین نیروهای نگهبانی و خدماتی و اقامتگاه به عهده نیروی انتظامی خواهد بود و حق الزحمه آنها از اعتبارات مربوط به اجرای ماده۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) پرداخت می شود.

ماده ۴ – فرآیند اجرایی:

الف– جمع آوری: جمع آوری افراد واجد شرایط بر اساس تعریف در ماده یک این دستوالعمل بعهده نیروی انتظامی است.

ب– غربالگری: بر اساس بند ز ماده یک این دستورالعمل در واحد غربالگری صورت می گیرد.

معیارهای ارزیابی و ورود به مرکز عبارتند از:

۱ - اعتیاد تزریقی

۲ - معتادان بی خانمان

۳ - نداشتن بیماریهای شدید روانی و یا بیماری جسمی که نیاز فوری به مداخلات پزشکی و تخصصی داشته باشد.

۴- دارا بودن سن ۱۷ تا ۶۵ سال

<u>افراد زیر نباید در زمره جمع آوری قرار گیرند:</u>

۱- افراد زیر ۱۷ و بالای ۶۵ سال

۲- مدرک مستند مبنی بر کارت اشتغال یا تحصیل

۳- به همراه داشتن برگه یا کارت معتبر مراجعه به مراکز درمانی مجاز که نشان دهنده آن باشد که فرد تحت پوشش خدمات یکی از مراکز درمانی سوءمصرف مواد مجاز قرار دارد.

۴- اعتیادهای غیرتزریقی

۵- داشتن بیماری شدید جسمی، روانی یا مسری (عفونی) و همچنین معلولان جسمی یا ذهنی که قادر به انجام کارهای روزمره (به تنهایی) نباشند.

۶- افراد دارای خانواده که مراقبت وی را بپذیرند.

۷- مصرف کنندگان مواد غیرافیونی.

۸- زنان

۹- گواهی پزشک مبنی بر مصرف قانونی و مجاز مواد قانونی مثل متادون و پتیدین برای سایر بیماریها مانند سرطانها و دردها

تبصره ۱: زمان فعالیت مرکز غربالگری از ساعت ۸/۵ صبح الی ۴ بعدازظهر می باشد.

تبصره ۲: تحویل افراد بر اساس لیستی خواهد بود که مأمور مسوول جمع آوری به نگهبان مرکز غربالگری ارائه خواهد کرد.

تبصره ۳: سوابق افراد غربال شده در واحد غربالگری نگهداری می شود.

تبصره ۴: انتقال افراد غربال شده به «مرکز درمان اجباری» بر اساس لیست تنظیمی و ممهور به مهر پزشک مرکز غربالگری به عهده نیروی انتظامی است.

ج – اداره مرکز درمان اجباری:

۱ - مرکز زیرنظر ((کمیته هماهنگی مرکز)) اداره خواهد شد.

۲ - کمیته مذکور یک نفر فرد واجد شرایط را به عنوان مدیر مرکز انتخاب می نماید.

۳ – صدور ابلاغ مدیر توسط رییس شورای هماهنگی استان خواهد بود.

۴ - پرداخت حقوق و مزایای مدیر مرکز درمان اجباری از طریق شورای هماهنگی و از محل اعتبارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر خواهد بود.

۵ - مرکز اقامتی صرفاً مجاز به پذیرش افرادی است که از سوی واحد غربالگری و از طریق نیروی انتظامی و بر اساس فهرست ممهور به مهر پزشک واحد غربالگری، ارجاع می‌شوند.

۶ - پذیرش و ارجاع در واحد غربالگری بر اساس الگوریتم پروتکل ابلاغی می باشد.

د – وظایف مدیر مرکز درمان اجباری:

۱- نظارت بر حسن اجرای کلیه امور اجرایی و درمانی مرکز، برنامه های روزانه و پیگیری مراجعات بر اساس مصوبات کمیته هماهنگی

۲- نظارت بر حسن اجرای مقررات و بخشنامه های صادره ، تهیه و ارائه گزارشات مرتب به شوراهی هماهنگی مبارزه با موادمخدر استان

۳ - ایجاد هماهنگی لازم بین واحدها و بخشهای مختلف مرکز اقامتی و تشکیل جلسات

۴-برگزاری جلسات دوره‌ای با مراجع ذی صلاح جهت ارتقاء هماهنگی میان بخش درمانی و انتظامی، قضایی و حمایتی و مشارکت مردمی.

۵- انجام و امضاء مکاتبات اداری

هـ – فرآیند درمان: در مرکز درمان اجباری منطبق با پروتکل ابلاغی و شامل این مراحل می باشد:

۱ - ثبت مشخصات شناسنامه ای و تشکیل پرونده طبق فرم تأیید شده منضم به تصویر بیمار (کارت هوشمند درمان)

۲- بهداشت فردی شامل دوش گرفتن – اصلاح و تعویض لباس

۳ – ارزیابی طبی و برنامه ریزی طرح درمان سوء مصرف مواد

۵ – مراقبت های بهداشتی اولیه شامل درمان عفونت ها و شپش و گال و ... نمونه گیری برای HIV ، هپاتیت و سل

۶ – اسکان در بخش استراحتگاه وتحویل لوازم شخصی (لباس وصابون – حوله - مسواک- دمپایی و

۷ – شروع درمان

مرکز درمان اجباری موظف است:

۱ - محیطی سالم، عاری از مواد و ایمن برای اقامت افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد فراهم نماید تا با استفاده از امکانات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مراقبتهای بهداشتی متناسب و درمانهای اختصاصی سوءمصرف مواد بصورت شبانه روزی برای مراجعین تامین گردد.

۲ - برنامه ترخیص معتادان بیخانمان را تدوین نماید به نحوی که کلیه امکانات لازم برای درمان بیماران پس از ترخیص، حمایتهای لازم برای اسکان و اشتغال و نحوه نظارت بر تداوم درمان توسط نهادهای قضایی و انتظامی در آن پیش بینی شده باشد.

۳ - ترتیبی اتخاذ نماید تا درصورت نیاز به اعزام افراد مقیم به مراکز بیمارستانی دسترسی به وسیله نقلیه مناسب فراهم باشد.

۴ - هماهنگی اولیه با نزدیکترین بیمارستان و یا بیمارستانهای واجد شرایط که حداقل دارای بخش های داخلی، جراحی و اورژانس باشند را برای پذیرش و اقدامات مورد نیاز اورژانسی انجام دهد بصورتیکه به هیچ عنوان در پذیرش افراد خللی ایجاد نگردد.

تبصره: کلیه هزینه های درمانی بیماران ارجاع شده به مراکز درمانی و بیمارستانها از محل اعتبارات مرکز درمان اجباری پرداخت می گردد.

و – ارزیابی درمان وترخیص:

با توجه به این که هدف این مرکز درمان اجباری ، درمان مؤثر بیماران ارجاع شده با استفاده از الزامات قانونی می باشد، مدت زمان نگهداری و درمان افراد در مرکز براساس نیازهای درمانی افراد به تشخیص تیم درمانگر و حداکثر به مدت پیش بینی شده در قانون می باشد. پس از

ارزیابی تیم درمانگر و تشخیص اینکه بیمار می تواند در خارج از مرکز به درمان ادامه دهد . بیمار با معرفی نامه به یک مرکز مجاز جهت ادامه درمان ترخیص و ارجاع می گردد.

تبصره ۱ : درصورتی که پس از طی دوره سه ماهه اول به تشخیص تیم درمانگر برای تکمیل درمان لازم باشد مدت زمان اقامت یک بیمار در مرکز حداکثر به مدت یک دوره سه ماهه دیگرتمدید شود، تصمیم اتخاذ شده در پرونده بیمار ثبت و مراتب از طریق مرکز به اطلاع مرجع قضایی ذیربط رسانده می شود.

تبصره ۲ : نگهداری بیماران در مرکز بیشتر از حداکثر قانونی پیش بینی شده (۲ دوره سه ماهه) تنها بنا بر نیازهای درمانی و پس از کسب مجوز از مرجع قانونی ممکن است. بدیهی است بیمار باید همچنان معیارهای حضور در مرکز را داشته باشد.

تبصره ۳ : درهر زمان طی دوره درمانی که خانواده یا سرپرست بیمار نگهداری و درمان بیمار را متقبل شوند تیم درمانی میتواند با درنظر گرفتن مصالح درمانی بیمار و پس از بررسی شرایط خانواده و سرپرست بیمار و اخذ تعهدات لازم، مسئولیت ادامه درمان را در سایر مراکز واجد شرایط و مجاز به ایشان واگذار نماید. در این شرایط مراتب به مرجع قضایی اطلاع داده می شود و سرپرست بیمار موظف است روند درمان بیمار را با برنامه ای که تیم درمانی مشخص می کند، طی مدت تعیین شده به مرکز درمان اجباری گزارش نماید. مرکز موظف است برنامه درمانی و تکالیف پس از خروج بیمار را تعیین و اجرای آن توسط بیمار را پیگیری نماید.

تبصره ۴: بیمارانی که به دلیل ابتلا به بیماری شدید جسمی یا روانی معیار ادامه درمان در مرکز را از دست می دهند باید به مراکز درمانی تخصصی مربوطه ارجاع شوند. بازگشت مجدد بیمار به مرکز پس از تکمیل درمان در مراکز درمانی یاد شده مستلزم تایید آن مراکز، ارزیابی مجدد بیمار توسط تیم درمانی مرکز درمان اجباری است و در صورت نداشتن شرایط بازگشت به مرکز مراتب باید به مرجع قضایی اطلاع داده شود .

تبصره ۵: درصورتی که بیمار برای به عهده گرفتن مسئولیت درمان خود اظهار تمایل کند تیم درمانگر باید شرایط بیمار را بررسی کند و درصورت احراز صلاحیت بیمار پس از اخذ تعهدات لازم، مشخص کردن برنامه درمانی و تکالیف بعد از خروج، وی را به مرکز درمانی موردنظر و مجاز ارجاع دهد و مراتب را به مرجع قضایی اطلاع دهد. بیمار موظف است روند درمان و انجام تکالیف بعد از خروج خود را به نحوی که مرکز درمان اجباری تعیین می کند، به مرکز گزارش و طبق آیین نامه تکالیف بعد از خروج عمل نماید. مرکز درمان اجباری موظف به نظارت بر روند درمان بیمار و اجرای آیین نامه تکالیف بعد از خروج توسط وی می باشد

ماده ۵ – تکالیف بعد از خروج : براساس دستورالعمل/آئین نامه تکالیف بعد از خروج موضوع تبصره ۱ ماده ۱۶ خواهد بود.

ماده ۶ – نظارت و رسیدگی به تخلفات:

با توجه به اینکه عملیات اجرایی یک کار گروهی است که سازمان های متعددی درگیر آن هستند بهترین شکل نظارت، نظارت جمعی و بهره گیری از نظارت عمومی با اعتماد بر آگاهی مردم است. مسئولیت نظارت بر عهده" کمیته هماهنگی مرکز" و کمیته نظارت استانی و کشوری خواهد بود.

وظایف کمیته هماهنگی :

۱ – موافقت با بهره برداری از مراکز اقامتی درمان اجباری پس از تأیید انطباق مرکز با ضوابط این دستورالعمل

۲ – نظارت بر حسن اجرای فعالیت ها و اجرای اصلاحات لازم حسب مورد

۳ – رسیدگی به شکایات و تخلفات

۴ – نظارت بر عملکرد مدیر مرکز درمان اجباری و درصورت لزوم عزل مدیر

۵ – هماهنگی های لازم بمنظور فراهم آوردن محیطی ایمن برای ارائه خدمات طراحی شده

۶ – هماهنگی میان کلیه سازمانهای دولتی و گروههای غیردولتی مداخله کننده در درمان و بازتوانی

ماده ۷ – پایش و ارزشیابی

به عنوان یک مداخله تضمین کیفیت، پایش و ارزشیابی مراقبت های درمان اجباری ضروری می باشد. از این رو اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد موظف است با بهره گیری از توان تخصصی کارشناسان امر نسبت به پایش و ارزشیابی برنامه حداقل یکسال پس از اجرا و سپس حداقل هر دو سال یکبار اقدام و گزارش آن را به مراجع ذیصلاح اعلام نماید.

تبصره: تأمین اعتبار لازم برای انجام پایش و ارزشیابی از محل اعتبارات دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر در اولویت می باشد.

این دستورالعمل در یک مقدمه، هفت ماده و ۲۳ بند و ۱۹ تبصره و در ۲۰ صفحه تدوین و در تاریخ ۱۳۸۹/۱۲/۱۲ نهایی و در تاریخ ۱۳۹۰/۳/۳ ابلاغ می گردد. رعایت کامل این دستورالعمل الزامی و مسوول حسن انجام آن در هر استان بالاترین مقام دانشگاه علوم پزشکی، نیروی انتظامی، شورای هماهنگی و سازمان بهزیستی استان می باشد.

مصطفی محمد نجار

وزیـــر کشـــورو دبیرکل ستاد مبارزه با موادمخدر