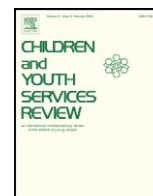


Spisy treści dostępne są pod adresem ScienceDirect

Przegląd usług dla dzieci i młodzieży

strona główna czasopisma: www.elsevier.com/locate/childyouth

Zaangażowanie rodziny w leczenie i powrót do zdrowia nastolatków uzależnionych od substancji psychoaktywnych: Co wiemy? Co nas czeka?

Steve Hornberger^{A,*}, Sharon L. Smith^{B,1}

^AKrajowe Stowarzyszenie Dzieci Alkoholików, Inc./10920 Connecticut Avenue, Suite 100/Kensington MD 20895, Stany Zjednoczone
^BMOMSTELL Inc./4 Plainview Road/Camp Hill PA 17011, Stany Zjednoczone

informacje o artykule

Dostępne online od 14 czerwca 2011 r.

Słowa kluczowe:

Slusznosc
 Zaangażowanie rodziny
 Reforma wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich
 Leczenie skoncentrowane na osobie
 Odzyskiwanie przyszłości
 Powrót do zdrowia

abstrakcyjny

Rodziny stanowią najważniejsze zasoby, jakimi dysponują młodzi ludzie w swojej drodze leczenia do wyzdrowienia. Niestety, członkowie rodziny są często postrzegani jako część problemu, a nie jako część rozwiązania problemu leczenia i powrotu do zdrowia u nastolatków uzależnionych od alkoholu i narkotyków (AOD). To nastawienie i błędne postrzeżenie można zmienić poprzez edukację, działania i zaangażowanie członków rodziny. Zaangażowanie rodziny i budowanie partnerskiej współpracy rodzic-specjalista to krok w kierunku poprawy wyników leczenia nastolatków potrzebujących leczenia i powrotu do zdrowia. Kluczowe jest, aby rodziny rozumiały proces leczenia, a także nadzieję, proces i rzeczywistość powrotu do zdrowia. Bez odpowiednich informacji rodziny mogą nie rozumieć znaczenia planu leczenia i powrotu do zdrowia dla swojego nastolatka, potencjalnych negatywnych konsekwencji oraz wpływu problemów z AOD na innych członków rodziny. Rodziny muszą poznać zakres dostępnych usług i wsparcia oraz to, jak udział rodziny poprawia wyniki leczenia i wzmacnia proces zdrowienia. Zaangażowanie rodziny powinno być istotnym elementem procesu rekrutacji, leczenia i planowania powrotu do zdrowia, a także podstawą skutecznej współpracy rodzic-specjalista.

© 2011 Elsevier Ltd. Wszelkie prawa zastrzeżone.

1. Wprowadzenie

W ciągu ostatnich kilku lat nastąpiły liczne zmiany zarówno w bazie dowodowej, jak i w polityce dotyczącej efektywnego zaangażowania rodzin w usługi dla młodzieży. Niniejszy artykuł analizuje skalę problemu, istotę zaangażowania rodzin i jego znaczenie, wnioski wyciągnięte z federalnych grantów koordynacyjnych dla młodzieży na poziomie praktyki, programu i polityki, a także niedawne działania władz federalnych, stanowych/plemiennych i lokalnych mające na celu wzmocnienie i rozszerzenie zaangażowania rodzin w leczenie uzależnień młodzieży oraz usługi i wsparcie w zakresie powrotu do zdrowia. W artykule zwrócono uwagę na inne działania systemowe mające na celu poprawę zaangażowania rodzin – między innymi w zakresie opieki zdrowotnej, opieki społecznej i wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich – oraz poprawę jakości i wyników opieki, a także wskazano obiecujące przykłady praktycznego zastosowania przez stany koncepcji partnerstwa rodzin w leczeniu uzależnień młodzieży i powrocie do zdrowia. Autorzy, członek rodziny i specjalista, przedstawiają roboczą definicję „partnerstwa opartego na współpracy między członkami rodziny a specjalistami”.

*Adres korespondencyjny: 9726 Admiralty Drive/Silver Spring MD 20910, Stany Zjednoczone. Tel.: +1 301 602 1264; faks: +1 301 468 0987.

Adresy e-mail: sdh9726@gmail.com (S. Hornberger), ssmith@momstell.org (SL Smith).

¹Tel.: +1 717 730 2020.

„specjalistami” w systemie leczenia i rehabilitacji uzależnień wśród młodzieży. Przedstawiają działania już podjęte przez członków rodzin, specjalistów i sojuszników, omawiają potrzebę przywództwa i zasobów wspierających dalszy rozwój oraz wskazują wstępne kroki po spotkaniu z 2009 roku pt. „Rodziny młodzieży z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych: Dialog Narodowy”, sponsorowanym przez Centrum Leczenia Uzależnień SAMHSA.

2. Zakres problemu

Rząd federalny co roku przeprowadza Narodowe Badanie Używania Narkotyków i Zdrowia (NSDUH). NSDUH szacuje wskaźniki używania, liczbę użytkowników oraz inne wskaźniki związane z nielegalnymi narkotykami, alkoholem i tytoniem. Dane w ramach badania gromadzone są poprzez ankiety wypełniane przez reprezentatywną próbę populacji w formie wywiadów bezpośrednich w miejscu zamieszkania respondenta. W 2008 roku przebadano 142 938 gospodarstw domowych i przeprowadzono 68 736 wywiadów.

W 2008 roku „Najważniejsze wydarzenia” NSDUH przedstawiają się następująco (SAMHSA, 2009):

- Szacuje się, że 20,1 miliona Amerykanów w wieku 12 lat i starszych zażywało obecnie (w ciągu ostatniego miesiąca) narkotyki, co oznacza, że zażyli je w miesiącu poprzedzającym wywiad ankietowy. Szacunek ten stanowi 8,0% populacji w wieku 12 lat i starszych. Do narkotyków niedozwolonych zalicza się marihuanę/haszysz, kokainę (w tym crack), heroinę, halucynogeny, inhalanty oraz psychoterapeutyki wydawane na receptę, stosowane w celach niemedyycznych.

- Nieco ponad połowa Amerykanów w wieku 12 lat i starszych (51,6%) przyznała się do picia alkoholu. Szacuje się, że jest to 129 milionów osób.
- Ponad jedna piąta (23,3%) osób w wieku 12 lat i starszych brała udział w upijaniu się. Oznacza to około 58,1 miliona osób. Upijanie się definiuje się jako wypicie pięciu lub więcej drinków przy tej samej okazji, w ciągu co najmniej jednego dnia w ciągu 30 dni poprzedzających badanie.
- Nadmierne spożycie alkoholu zgłosiło 6,9% populacji w wieku 12 lat i starszych, czyli 17,3 miliona osób. Nadmierne spożycie alkoholu definiuje się jako upijanie się przez co najmniej 5 dni w ciągu ostatnich 30 dni.
- Szacuje się, że w ciągu ostatniego roku około 22,2 miliona osób (8,9% populacji w wieku 12 lat i starszych) zostało sklasyfikowanych jako osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych lub nadużywające ich. Spośród nich 3,1 miliona zostało sklasyfikowanych jako osoby uzależnione lub nadużywające zarówno alkoholu, jak i narkotyków, 3,9 miliona było uzależnionych lub nadużywało narkotyków, ale nie alkoholu, a 15,2 miliona było uzależnionych lub nadużywało alkoholu, ale nie narkotyków.
- Dorośli w wieku 21 lat i starsi, którzy po raz pierwszy sięgnęli po alkohol w wieku 14 lat lub wcześniej, ponad 5 razy częściej byli diagnozowani jako osoby uzależnione od alkoholu lub nadużywające go niż dorośli, którzy po raz pierwszy sięgnęli po alkohol w wieku 21 lat lub później (15,1% w porównaniu do 2,6%).
- W 2008 roku wskaźnik uzależnienia lub nadużywania substancji psychoaktywnych wśród mężczyzn w wieku 12 lat i starszych był prawie dwukrotnie wyższy niż wśród kobiet (11,5% w porównaniu z 6,4%). Jednak wśród młodzieży w wieku 12-17 lat wskaźnik uzależnienia lub nadużywania substancji psychoaktywnych był wyższy wśród kobiet niż mężczyzn (8,2% w porównaniu z 7,0%).
- Potrzebę leczenia definiuje się jako występowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych lub otrzymywanie leczenia w placówce specjalistycznej (szpital stacjonarny, ośrodek leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu albo ośrodek zdrowia psychicznego) w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W 2008 roku 23,1 miliona osób w wieku 12 lat i starszych wymagało leczenia z powodu problemu związanego z używaniem narkotyków lub alkoholu (9,2% osób w wieku 12 lat i starszych). Spośród nich 2,3 miliona (9,9% osób wymagających leczenia) otrzymało leczenie.
- Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na leczenie, zdefiniowane powyżej, 20,8 miliona osób (8,3% populacji w wieku 12 lat i starszych) wymagało leczenia w związku z problemem używania narkotyków lub alkoholu, ale nie otrzymało leczenia w ciągu ostatniego roku.
- Spośród 20,8 miliona osób w 2008 roku, które zostały sklasyfikowane jako wymagające leczenia uzależnień, ale nie otrzymały go w ciągu ostatniego roku, 1 milion osób (4,8%) stwierdziło, że odczuwa potrzebę leczenia w związku z problemem używania narkotyków lub alkoholu. Spośród tych 1 miliona osób, które uważały, że potrzebują leczenia, 233 000 (23,3%) stwierdziło, że podjęło próbę jego podjęcia, a 766 000 (76,7%) stwierdziło, że nie podjęło żadnych starań w tym kierunku.

W 2008 roku NSDUH wskazało, że w przypadku nastolatków w wieku od 12 do 17 lat (SAMHSA-OAS, 2010):

- 8 milionów nastolatków piło alkohol.
- Prawie 5 milionów osób zażyło nielegalne narkotyki.
- 4 miliony wypalonych papierosów.
- 10,2% piło alkohol po raz pierwszy.
- 6,0% po raz pierwszy sięgnęło po narkotyki.
- 5,1% paliło papierosy po raz pierwszy.

W 2008 roku 141 683 nastolatków w wieku od 12 do 17 lat zostało przyjętych do programów leczenia uzależnień, z czego około 89% otrzymywało leczenie ambulatoryjne, a 11% leczenie stacjonarne. Głównymi źródłami skierowań były (SAMHSA-OAS, 2010):

- 48% z wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych
- 15% skierowanie własne lub innej osoby
- 12% od organizacji społecznych
- 11% ze szkół
- 7% od dostawców leczenia
- 5% od pracowników służby zdrowia.

3. Czym jest zaangażowanie rodziny? Dlaczego jest ważne?

Zaangażowanie rodziny definiowane jest na różne sposoby w systemach opieki nad dziećmi, młodzieżą i rodzinami. Rodzaj zaangażowania, a także role i oczekiwania wobec specjalistów i członków rodziny można rozumieć w sposób bardziej kompleksowy. Do opisu relacji między członkami rodziny a specjalistami używa się terminów takich jak „przyjazny rodzinie”, „skoncentrowany na rodzinie”, „wsparcie rodziny”, „skoncentrowany na rodzinie”, a ostatnio „kierowany przez rodzinę”.

W niniejszym artykule, zaangażowanie rodziny oznacza aktywne zaangażowanie i udział członków rodziny w praktyce, programach i polityce leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych wśród młodzieży oraz usług i wsparcia w zakresie powrotu do zdrowia. Z pewnością istnieją programy, które postrzegają zaangażowanie rodziny jako kluczowe dla skutecznego leczenia i powrotu do zdrowia – niektóre z nich nie akceptują nawet nastoletniego klienta bez zobowiązania ze strony członków rodziny, w tym rodzeństwa, do udziału w procesie terapeutycznym. Prawdą jest jednak również, że wielu świadczeniodawców i decydentów postrzega problemy nastolatków związane z AOD jako wynik zaprzeczenia, wspierania, obojętności i/lub ich własnych doświadczeń z używaniem narkotyków. Niestety, członkowie rodziny są postrzegani jako część problemu, a nie jako część rozwiązania. To nastawienie i błędne postrzeganie można zmienić poprzez edukację, działania i zaangażowanie członków rodziny. Zaangażowanie rodziny i budowanie partnerskiej współpracy rodzic-specjalista to krok w kierunku poprawy wyników nastolatków w systemie leczenia i powrotu do zdrowia z AOD.

Inne systemy wspierające dzieci, młodzież i rodziny stały się skuteczniejsze, bardziej empatyczne i skuteczne dzięki zrozumieniu, że nastoletni klienci potrzebujący leczenia AOD oraz usług i wsparcia w powrocie do zdrowia nadal są członkami systemu rodzinnego. Niezależnie od poziomu funkcjonowania rodziny, problematyczne zachowania wpływają na wszystkich jej członków. Jeśli cele terapeutyczne są trwałe i poprawiają zdrowie i samopoczucie, to rodzina, która może, ale nie musi, być częścią problemu, musi być częścią rozwiązania.

Większość decydentów, administratorów i praktyków zna pionierskie prace ostatnich 25 lat mające na celu zwiększenie zaangażowania rodziny w zdrowie psychiczne dzieci oraz planowanie skoncentrowane na osobie w obszarze niepełnosprawności. Jednak w ostatnich latach ta zmiana paradygmatu rozprzestrzeniła się również na inne systemy służące dzieciom, młodzieży i rodzinom.

3.1. W opiece zdrowotnej

Ten Instytut Medycyny wydany Przekroczenie przepaści jako ściowej: nowy system opieki zdrowotnej na XXI wiek (2001 r., w którym wezwano do stworzenia systemu opieki zdrowotnej, który:

- Szanuje wartości, preferencje i wyrażone potrzeby pacjentów
- Koordynuje i integruje opiekę ponad granicami systemu
- Zapewnia informacje, komunikację i edukację, których ludzie potrzebują i pragną
- Gwarantuje komfort fizyczny, wsparcie emocjonalne oraz zaangażowanie rodziny i przyjaciół.

Instytut na rzecz poprawy zdrowia (IHI) nawiązał współpracę z Instytutem Opieki Skoncentrowanej na Rodzinie w celu opracowania zasobu na temat znaczenia „Partnerstwa z Pacjentami i Rodzinami” (Johnson i wsp., 2008) i podkreśla sukces „Przewodnika po doskonaleniu zorientowanym na pacjenta” (Frampton i wsp., 2008). IHI jest kluczowym motorem napędowym wysiłków na rzecz reformy opieki zdrowotnej i wspiera (1) model opieki przewlekłej (Wagner, 1998), który dotyczy samoobsługi, wsparcia decyzyjnego, projektowania systemów świadczenia usług, systemu informacji klinicznej, organizacji opieki zdrowotnej i

²Federacja Rodzin na rzecz Zdrowia Psychicznego Dzieci (www.ffcmh.org) jest doskonałym przykładem takiej pracy.

³Krajowe Stowarzyszenie Dyrektorów Stanowów ds. Usług dla Osób z Niepełnosprawnością Rozwojową (www.nasddds.org) jest na czele tej pracy; patrz zwłaszcza Smull, Borne i Sanderson (2009).

społeczność i (2) projekt potrójnego celu (IHI, 2009), które uwzględniają doświadczenia pacjentów, zdrowie populacji i koszty per capita. Oba te działania kładą duży nacisk na to, aby pacjent i jego rodzina byli aktywnymi partnerami w świadczeniu usług w celu poprawy jakości opieki i jej wyników.

Inną organizacją zajmującą się opieką zdrowotną jest Instytut Opieki Skoncentrowanej na Pacjencie i Rodzinie (IPFCC, 2010a), wymienia następujące podstawowe koncepcje opieki skoncentrowanej na pacjencie i rodzinie:

- Szacunek i godność
- Udostępnianie informacji
- Udział
- Współpraca.⁴

Aby lepiej zrozumieć różne oczekiwania i role w kontinuum relacji rodzinnych i zawodowych, IPFCC (2010b) opisuje różnicę między opieką skoncentrowaną na rodzinie a opieką skoncentrowaną na rodzinie w następujący sposób:

Chociaż oba podejścia uznają zaangażowanie rodziny za fundamentalny element opieki, istnieją między nimi zasadnicze różnice. W opiece skoncentrowanej na rodzinie specjaliści często świadczą opiekę z pozycji „eksperta” – oceniają pacjenta i jego rodzinę, zalecają leczenie lub interwencję i tworzą plan postępowania dla rodziny. Działają na rzecz pacjenta i jego rodziny, traktując rodzinę jako „jednostkę interwencji”. Opieka skoncentrowana na rodzinie charakteryzuje się natomiast wspólnym podejściem do opieki i podejmowania decyzji. Każda ze stron szanuje wiedzę, umiejętności i doświadczenie, jakie druga wnosi do opieki zdrowotnej. Rodzina i zespół opieki zdrowotnej wspólnie oceniają potrzeby i opracowują plan leczenia.

3.2. W opiece nad dziećmi

Ten Portal Informacyjny ds. Opieki nad Dziećmi (2010) opisuje zaangażowanie rodziny jako „podejście skoncentrowane na rodzinie i oparte na mocnych stronach, polegające na współpracy z rodzinami w podejmowaniu decyzji, wyznaczaniu celów i osiąganiu pożądanych rezultatów. . . . Zaangażowanie wykracza poza proste uczestnictwo, ponieważ „motywuje i wzmacnia rodzinę, aby rozpoznawały własne potrzeby, mocne strony i zasoby oraz odgrywały aktywną rolę w dążeniu do zmiany”.⁵

3.3. W wymiarze sprawiedliwości dla nieletnich

Ten Krajowa Sieć Sprawiedliwości dla Nieletnich (2010) niedawno opublikował „Przewodnik adwokata po znaczących partnerstwach rodzinnych”, w którym przedstawiono szereg możliwości dla adwokatów i specjalistów ds. wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich w zakresie partnerstwa z rodzinami objętymi systemem wymiaru sprawiedliwości. Kampania na rzecz sprawiedliwości dla młodzieży Rodziny u władzy (I) przedstawia strategię angażowania rodzin w działania rzecznicze i reformę systemu.

W leczeniu i powrocie do zdrowia u nastolatków z AOD Krajowa Federacja Rodzin na rzecz Zdrowia Psychicznego Dzieci (2010) zdefiniował opiekę zorientowaną na rodzinę jako sytuację, w której „rodziny odgrywają główną rolę decyzyjną w zakresie opieki nad własnymi dziećmi, a także w zakresie polityk i procedur regulujących opiekę nad wszystkimi dziećmi w swojej społeczności, stanie, plemieniu, terytorium i kraju. Obejmuje to:

1. Wybór wsparcia, usług i dostawców, którzy są kompetentni kulturowo i językowo.
2. Wyznaczanie celów.
3. Projektowanie, wdrażanie i ocena programów.

⁴Należy zwrócić szczególną uwagę na wiodące organizacje zajmujące się ochroną zdrowia, które popierają te koncepcje (IPFCC, 2010a).

⁵Warto również zwrócić uwagę na zestaw narzędzi online, Zaangażowanie rodziny (NRCPCF, 2009), promowane na stronie internetowej Child Welfare Information Gateway.

4. Monitorowanie wyników.

5. Partnerstwo w podejmowaniu decyzji finansowych.

W ramach badań nad leczeniem i wychodzeniem z nałogów wśród nieletnich, JMATE (Joint Meeting on Adolescent Treatment Effectiveness) jest wiodącą konferencją naukową w kraju. Konferencja gromadzi osoby z różnych środowisk, dążące do poprawy jakości leczenia młodzieży i rodzin zmagających się z problemem używania substancji psychoaktywnych. Celem JMATE jest stworzenie forum dla szerokiego grona partnerów, którzy będą mogli spotkać się i omówić najnowsze osiągnięcia w leczeniu uzależnienia od narkotyków wśród młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem unikalnego punktu widzenia młodzieży i jej rodzin.

W 2006 roku JMATE uznało zaangażowanie rodziny za bardzo potrzebny cel i włączyło do konferencji traktaty dla rodzin i młodzieży, a także wytyczne dla wykładowców dotyczące bycia przyjaznym dla rodziny i młodzieży. Na konferencję JMATE w 2010 roku komitet planistyczny przyjął „Wytyczne dotyczące rodziny i młodzieży oraz kompetencji kulturowych i językowych” (JMATE, 2010a) aby zapewnić, że wszystkie prezentacje doceniały wartość zaangażowanych rodzin, szanowały poziom zaangażowania, posługiwały się językiem opartym na mocnych stronach oraz doceniały fakt, że młodzież i członkowie rodzin uczestniczący w konferencji pochodzą z różnych środowisk, o zróżnicowanych doświadczeniach życiowych, różnorodności kulturowej, wykształceniu, powołaniu i perspektywach. Oprócz ścieżek tematycznych poświęconych praktyce opartej na dowodach, zintegrowanym usługom i resocjalizacji, wymiarowi sprawiedliwości dla nieletnich, tematom specjalnym oraz ramom systemów leczenia, JMATE oferuje ścieżkę poświęconą rodzinie i młodzieży, aby zachęcić do różnorodnych prezentacji i perspektyw.

4. Dyskusja

Na podstawie licznych badań fokusowych i otwartych spotkań z członkami rodzin w całym kraju, autorzy uważają, że typowe doświadczenie rodziców, którzy dowiadują się, że ich nastoletnie dziecko sięga po narkotyki lub alkohol, to szok i zaskoczenie, po których następuje uświadomienie sobie braku wiedzy na temat używania i nadużywania substancji psychoaktywnych oraz informacji o zasobach społeczności, a następnie niepokój z powodu braku dostępnych usług i wsparcia. Jeśli członkowie rodziny mają siłę, determinację i zasoby, znajdują odpowiedzi, ale jeśli ich brakuje, mogą się poddać z powodu braku kierunku lub stracić nadzieję na poprawę.

Rodzina może dowiedzieć się o nadużywaniu substancji psychoaktywnych przez nastolatka z różnych źródeł społecznych, w tym z lokalnej szkoły, w której mógł on być pod wpływem alkoholu lub narkotyków, od funkcjonariuszy organów ścigania, znajomych lub innych członków rodziny. Często członkowie rodziny nie mieli wcześniej żadnych sygnałów, że dzieje się coś złego. Wiele objawów nadużywania narkotyków przez nastolatków przypomina typowe zachowania nastolatków – nowe zainteresowania, zmiana grona przyjaciół, odizolowanie się od członków rodziny. Co więcej, niektórzy rodzice mogą mieć własne doświadczenia z używaniem i/lub nadużywaniem AOD, mogą mieć własne niezaspokojone potrzeby w zakresie leczenia i powrotu do zdrowia z AOD, mogą nie rozumieć potencjalnych negatywnych konsekwencji, a nawet nie zdawać sobie sprawy, że to, co dzieje się z ich nastolatkiem, jest problemem.

Co dzieje się po otrzymaniu powiadomienia? Rodzice nie wiedzą, gdzie się zwrócić, do kogo zadzwonić ani co zrobić, a strach, że ich dziecko uzależni się, trafi do więzienia, szpitala, a nawet, co gorsza, umrze, jest przytłaczający.

Przykładem trudności w dostępie do usług jest historia tego ojca. Ten odnoszący sukcesy biznesmen wiedział, jak prowadzić firmę, znaleźć potrzebne zasoby, radzić sobie z biurokracją itd. w dużym mieście, w którym mieszkał z rodziną. Jednak gdy szkoła poinformowała go, że jego syn potrzebuje leczenia AOD, ojciec zdał sobie sprawę, że wkracza na nieznaną grunt. „Po trzech godzinach bezskutecznych telefonów z prośbą o pomoc, rozplakałem się z rozpacz na samą myśl o tym,

⁶Program JMATE jest sponsorowany przez SAMHSA, Biuro Wykonawcze Białego Domu, NIDA, NIAAA, Departament Edukacji i OJJDP, a także liczne prywatne agencje i fundacje (<http://www.jmate.org/jmate2010>).

„Mój syn umierał z powodu narkotyków, a ja nie mogłam uzyskać żadnej pomocy”.⁷Niestety, ta sytuacja nie jest wyjątkiem, lecz zbyt często regułą w całym kraju. Z powodu braku dostępu do dostępnego leczenia, w tym niewystarczających programów dla młodzieży, problemów z finansowaniem oraz informacji o tym, gdzie się udać i do kogo zadzwonić, wielu rodziców uważa, że jedyną opcją, aby ich dziecko otrzymało leczenie AOD oraz usługi i wsparcie w zakresie powrotu do zdrowia, jest przekazanie opieki nad dzieckiem opiece społecznej lub systemowi wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich.

Leczenie i rekonwalescencja młodzieży powinny być bardziej dostępne, przystępne i odpowiednie. Oddanie opieki nad dzieckiem wymiarowi sprawiedliwości nie powinno być jedyną opcją pomocy dla rodzica. Ta „alternatywa” dostępu do usług i wsparcia w zakresie leczenia i rekonwalescencji nie tylko ignoruje, ale wręcz nasila ból, cierpienie, stygmatyzację i wstyd, których doświadczają rodziny.

5. Wnioski wyciągnięte z dotacji SAC

W 2005 roku Centrum Leczenia Nadużywania Substancji (CSAT) przy Agencji ds. Leczenia Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) przyznało trzyletnie granty na kwotę 1,2 mln dolarów w ramach Koordynacji Leczenia Nadużywania Substancji przez Młodzież (SAC) 16 stanom i Dystryktowi Kolumbii.⁸ Dotacja SAC to stanowa dotacja infrastrukturalna, której celem jest budowanie potencjału w stanach w zakresie zapewniania skutecznego, dostępnego i niedrogoego leczenia uzależnień dla młodzieży i ich rodzin. CSAT wymaga od stanowych beneficjentów realizacji trzynastu działań w ramach pięciu nadrzędnych obszarów tematycznych: współpracy międzyagencyjnej, finansów, rozwoju kadr, upowszechniania praktyk opartych na dowodach oraz zaangażowania rodzin.

Każdy z 16 stanów SAC różni się pod względem infrastruktury leczenia uzależnień wśród młodzieży oraz doświadczeń w zakresie zaangażowania rodzin. Różnice te obejmują liderów publicznych i prywatnych, którzy zajmują się tą kwestią, dostępne zasoby oraz świadomość, gotowość, potencjał i historię różnych interesariuszy zaangażowanych w rozwój współpracy zawodowej w rodzinie.

Praktyka, program i polityka to trzy kluczowe obszary docelowe w zakresie zwiększania zaangażowania rodzin w system leczenia uzależnień i powrotu do zdrowia młodzieży. Rodziny i specjaliści mogą współpracować w projektowaniu, wdrażaniu i ocenie świadczenia usług i wsparcia w zakresie leczenia i powrotu do zdrowia na każdym z tych trzech poziomów. Z doświadczeń 16 stanów SAC wypłynęło wiele wniosków dla rodzin i specjalistów. Poniższe przykłady nie mają charakteru wyczerpującego, a raczej zwięzłego, aby podkreślić niektóre z tych kluczowych wniosków. Niniejszy materiał został zaadaptowany z raportu CSAT Issue Brief, „Zaangażowanie rodzin w leczenie uzależnień młodzieży” (Smith i wsp., 2009).

5.1. Praktyka

5.1.1. Zagadnienia praktyczne dla rodzin

- **Co działa:**Dostawcy usług leczenia uzależnień wśród młodzieży, którzy witają, angażują się, wspierają i szanują rodziny „takie, jakie są”.
- **Korzyści:**Członkowie rodziny zyskują świadomość i zrozumienie uzależnienia jako choroby mózgu, opracowują realistyczne oczekiwania dotyczące leczenia i powrotu do zdrowia oraz identyfikują dostępne usługi wsparcia rodziny.
- **Wyzwania:**Niespójne stosowanie przez specjalistów skutecznych technik angażowania rodziny, metod komunikacji i usług wsparcia rodziny.

5.1.2. Zagadnienia praktyczne dla profesjonalistów

- **Co działa:**Rodziny, które dzielą się wiedzą i doświadczeniem na temat historii korzystania z usług przez dzieci i młodzież, co może ułatwić skuteczne planowanie i realizację usług.
- **Korzyści:**Młodzież i ich rodziny chętniej korzystają z leczenia uzależnień, usług rekonwalescencji i wsparcia.
- **Wyzwania:**Rodziny nie są gotowe na podjęcie leczenia ze względu na kryzysy emocjonalne, bariery kulturowe, językowe i/lub logistyczne.

5.2. Program

5.2.1. Zagadnienia programowe dla rodzin

- **Co działa:**Umożliwianie rodzinom wnoszenia cennych uwag do planowania poprawy jakości programu i agencji.
- **Korzyści:**Rodziny wnoszą istotny wkład w rozwój usług wsparcia rodzin w społecznościach lokalnych.
- **Wyzwania:**Organizacjom zajmującym się rodziną brakuje wsparcia infrastrukturalnego i zasobów niezbędnych do zwiększenia liczby i różnorodności zaangażowanych rodzin.

5.2.2. Problemy programowe dla profesjonalistów

- **Co działa:**Specjaliści, którzy zachęcają do kontaktów między rodzinami, promują świadomość, edukację rówieśniczą i inne usługi wsparcia.
- **Korzyści:**Rodziny o różnorodnych doświadczeniach pomagają w wysiłkach na rzecz poprawy skuteczności, wydajności i kompetencji kulturowych personelu programu i świadczonych usług.
- **Wyzwania:**Rodziny brakuje umiejętności przywódczych i jasnego zrozumienia wpływu najlepszych praktyk oraz wysokiego priorytetu zaangażowania rodziny w funkcjonowanie programu.

5.3. Polityka

5.3.1. Kwestie polityki dla rodzin

- **Co działa:**Decydenci, którzy słuchają doświadczeń członków rodzin, doceniają i szanują kompetencje rodzin oraz biorą pod uwagę opinie rodzin jako część procesu kształtowania polityki.
- **Korzyści:**Członkowie rodziny mają okazję wpływać na politykę i nawiązywać relacje z decydentami i innymi obrońcami interesów rodziny.
- **Wyzwania:**Rodziny nie otrzymują odpowiedniego przeszkolenia ani możliwości rozwijania umiejętności w zakresie orędownictwa, edukacji i wsparcia rówieśniczego, a także brakuje im infrastruktury umożliwiającej nawiązywanie kontaktów i współpracę z innymi orędownikami.

5.3.2. Kwestie polityki dla profesjonalistów

- **Co działa:**Specjaliści, którzy słuchają osobistych doświadczeń i opinii wiarygodnych członków rodziny, aby podejmować decyzje polityczne, a także zapewniają możliwość budowania relacji z wyborcami.
- **Korzyści:**Twórcy polityki mają dostęp do ekspertów zajmujących się danym zagadnieniem, zwołują grupy interesariuszy na przesłuchania i zwracają się do konsumentów o opinie w celu zidentyfikowania problemów systemowych, luk w usługach i możliwych rozwiązań.
- **Wyzwania:**Rodziny brakuje spójnego, jednolitego i zorganizowanego głosu w kwestiach poruszanych w programie politycznym.

6. Robocza definicja partnerstwa rodzinno-zawodowego

Celem zaangażowania rodziny jest nie tylko włączenie jej w proces leczenia, ale także rozwijanie partnerskich relacji, które łączą wiedzę specjalistyczną, zasoby i doświadczenie rodzin i specjalistów. Takie partnerskie relacje są niezbędne, aby pomóc nastolatkom i ich rodzinom nie tylko zrozumieć chorobę uzależnienia, ale także zaangażować się w leczenie, utrzymać powrót do zdrowia i wyleczyć się ze skutków nadużywania substancji psychoaktywnych. Podczas leczenia, gdy rodziny i...

⁷Komunikacja osobista z autorami.

⁸SAMHSA przyznała dotacje SAC następującym stanom: Arizona, Connecticut, Dystrykt Kolumbii, Floryda, Georgia, Illinois, Kentucky, Massachusetts, Karolina Północna, Ohio, Karolina Południowa, Tennessee, Wirginia, Vermont, Waszyngton i Wisconsin (SAMHSA, 2005a,b).

Specjaliści współpracują ze sobą w najlepszym interesie nastolatka i członków jego rodziny, co przynosi pozytywne rezultaty. Większe zaangażowanie rodziny sprawia, że jej członkowie mają większą kontrolę nad planem leczenia, co z kolei zwiększa ich motywację i zaangażowanie, a tym samym poprawia rezultaty.

Zaangażowanie rodziny pozwala na rozwój partnerskich relacji, które łączą wiedzę specjalistyczną, zasoby i doświadczenie rodzin i specjalistów w celu udoskonalenia leczenia i przyspieszenia powrotu do zdrowia.

Rodzice przychodzą z wiedzą, której „eksperti” nie mają – może ona naprawdę wzbogacić, wesprzeć i pomóc. To jest prawdziwe partnerstwo”. — Family Partner

Obecnie definicje dotyczące zaangażowania rodziny w systemy leczenia uzależnień i powrotu do zdrowia młodzieży są raczej aspiracjami niż atrybutami. Na przykład w Pensylwanii zdefiniowany cel brzmi:

Należy zapewnić system leczenia, który jest łatwo dostępny, zapewnia wysokiej jakości leczenie w odpowiednim czasie, zapewnia odpowiedni poziom opieki, jest zorientowany na rodzinę, wspiera powrót do zdrowia zarówno pacjenta, jak i jego rodziny oraz zapewnia odpowiedni poziom odpowiedzialności, aby wszystkie te cele stały się standardową praktyką w Pensylwanii. W rezultacie powstanie system leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, który rzeczywiście odpowiada na potrzeby pacjentów i daje największe szanse na powrót do zdrowia, nie tylko pacjentom, ale także ich rodzinom. Koalicja ds. Narkotyków i Alkoholu w Pensylwanii, 2009, s. 14)

Osiągnięcie tak ambitnego celu będzie wymagało przywództwa, skoordynowanych działań reformatorskich i innowacji. Ta prawdziwa zmiana systemu poprawi nie tylko życie nastolatków dotkniętych chorobą uzależnienia, ale także ich rodziców, rodzeństwa, opiekunów i/lub dalszej rodziny, których ona dotyczy. Autorzy mają nadzieję, że obecne działania na rzecz zwiększenia zaangażowania rodzin będą nadal poszerzać bazę wiedzy, przywództwo i zasoby niezbędne do wspierania tego, co działa.

7. Obiecujące przykłady

Poniżej przedstawiono obiecujące przykłady stanów, w których zastosowano koncepcję partnerstwa rodzinnego w leczeniu i powrocie do zdrowia młodzieży z uzależnień. Przykłady te nie są bynajmniej wyczerpujące, ale raczej pokazują, jak członkowie rodziny, specjaliści i inni sojusznicy, działając razem, mogą zacząć zwiększać zaangażowanie rodziny w swoich stanach i lokalnych społecznościach. Przykłady te pokazują również możliwości uczenia się między rodzinami i nawiązywania kontaktów rówieśniczych. Niektóre – jak te w Arizonie, Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Ohio, Waszyngtonie, Connecticut, Vermontcie i Wisconsin – zostały zainicjowane dzięki federalnemu grantowi SAC, ale inne, takie jak Pensylwania, rozwinęły się dzięki stanowym i lokalnym wysiłkom na rzecz poprawy systemów leczenia i powrotu do zdrowia młodzieży.

7.1. Praktyka

7.1.1. Arizona

- Nawiązano współpracę z organizacjami rodzinnymi w celu zapewnienia wsparcia i obrony praw rodziny.
- Opublikowano „Plan działania w zakresie systemu leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych” w języku angielskim i hiszpańskim (Partnerstwo I).
- Członkowie rodziny plemiennej aktywnie uczestniczyli w spotkaniach planowania strategicznego Indian amerykańskich. Zatrudniono także partnera pochodzącego z rodziny indiańskiej.

7.1.2. Karolina Północna

- Opracowano program szkoleniowy prowadzony przez zespoły rodzinno-zawodowe zatytułowany „Jak wybrać dostawcę usług” (NC-ASAP, 2008).

7.2. Program

7.2.1. Karolina Południowa

- Opracowano i wdrożono serię „sesji słuchania” dla rodzin w całym stanie oraz powołano Radę ds. Obrony Praw Rodziny.

7.2.2. Ohio

- Stworzyłem witrynę Family Corner zawierającą zasoby i narzędzia dla rodziców www.ebasedtreatment.org.

7.2.3. Waszyngton

- Zakontraktowano na sfinansowanie stanowiska Nawigatora Rodzinnego. Nawigator Rodzinny będzie aktywnie wspierał i pomagał młodzieży i rodzinom, łącząc ich z usługami leczenia, rekonwalescencji i opieki po leczeniu. Program ma na celu skrócenie okresu od momentu kryzysu do momentu skorzystania z usług terapeutycznych (SAMA, 2010).

7.3. Polityka

7.3.1. Connecticut

- Opracowano dokument programowy zatytułowany „Plan zmian: Włączanie rodzin do systemu leczenia uzależnień wśród młodzieży w Connecticut” (CTASU, i).

7.3.2. Vermont

- Vermont Family Advocacy Board (FAB) dokonała przeglądu narzędzia przesiewowego GAIN-SS, protokołu skierowań do placówek zdrowia psychicznego, podstawowych kompetencji, propozycji EBP, wspólnego planu strategicznego SIG/SAC oraz porozumienia MOA i odegrała kluczową rolę w propagowaniu zaangażowania rodziny i młodzieży oraz stosowności kulturowej we wszystkich produktach opracowywanych w ramach grantu SAC.

7.3.3. Wisconsin

- Nowo utworzona Podkomisja ds. Nadużywania Substancji Psychoaktywnych u Dzieci i Młodzieży będzie monitorować i reagować na inicjatywy legislacyjne związane z zapewnieniem leczenia uzależnień. Zapewni to udział rodzin, młodzieży i osób udzielających leczenia w procesie legislacyjnym na szczeblu stanowym.
- Najważniejszym priorytetem jest zwiększenie liczby powiatów, które korzystają zarówno z wczesnych okresowych badań przesiewowych, diagnozy, jak i opcji leczenia i rehabilitacji w leczeniu uzależnień wśród młodzieży.

7.3.4. Pensylwania

- Utworzono ogólnokrajową koalicję ds. narkotyków i alkoholu, w której podkomisjom przewodniczą zespoły złożone z rodziców i specjalistów.
- MOMSTELL Inc. (2009), organizacja działająca na rzecz rodziców i rodzin w zakresie problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, przeprowadziła w latach 2007–2008 ogólnostanowe badanie dostępności leczenia uzależnień i opublikowała jego wyniki w 2009 roku. Wyniki są obecnie wykorzystywane i wdrażane w ogólnostanowym planie pracy na rzecz dostępności leczenia uzależnień.

8. Idziemy naprzód

W marcu 2009 r. SAMHSA sponsorowała spotkanie „Rodziny młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych”, będące Krajowym Dialogiem Rodzinnym (NFD) (SAMHSA, 2010). W programie NFD wzięło udział 65 członków rodzin, których dzieci i młodzież cierpiały na chorobę uzależnienia od substancji psychoaktywnych, z 34 stanów i sześciu plemion z całych Stanów Zjednoczonych. Cele programu NFD to:

- Wzmacnianie i kształtowanie roli i odpowiedzialności rodzin jako cenionych partnerów i orędowników systemu leczenia i powrotu do zdrowia po uzależnieniu.
- Opracowywanie wsparcia mającego na celu wzmocnienie rodzin dzieci i młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych w celu wprowadzenia pozytywnych zmian w systemie leczenia i rekonwalescencji po tych zaburzeniach.

- Opracowanie rekomendacji dla CSAT/SAMHSA dotyczących wzmocnienia i rozszerzenia zaangażowania rodziny w leczenie i powrót do zdrowia u młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych na poziomie praktyki, programu i polityki. (str. i)

Wysiłki mające na celu podniesienie świadomości i skoordynowanie zaangażowania rodziny w celu poprawy dostępu, jakości opieki i wyników leczenia uzależnień młodzieży i powrotu do zdrowia były kontynuowane w ramach serii seminariów internetowych opracowanych przez NFD we współpracy z *Twarze i głosy powrotu do zdrowia* (2010) aby opracować następujące telekonferencje, które są dostępne w formie webinarium:

- 27 stycznia 2010 r.: Nauka o uzależnieniu i powrocie do zdrowia
- 24 marca 2010 r.: Wszystko, co musisz wiedzieć o nowej ustawie Paula Wellstone'a i Pete'a Domenici'ego o równości w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień z 2008 r.
- 26 maja 2010 r.: Opowiedz swoją historię: budowanie relacji, partnerstw i współpracy
- 23 czerwca 2010 r.: Budowanie i doskonalenie umiejętności w zakresie edukacji publicznej.

W grudniu 2010 roku NFD zorganizuje swoje drugie spotkanie podczas konferencji JMATE w Baltimore. Członkowie rodziny, których opinie zostały omówione, omówią raport NFD z 2009 roku, opublikowany na konferencji JMATE, i rozpoczną dyskusję na temat koordynacji kolejnych kroków w celu osiągnięcia swoich celów. Członkowie rodziny i sojusznicy zgodzili się, że w obliczu zbliżającej się reformy opieki zdrowotnej ważne jest zidentyfikowanie kwestii politycznych, które wymagają rozwiązania (JMATE, 2010b):

- Wykorzystanie raportu Krajowego Dialogu Rodzinnego jako skutecznego narzędzia edukacyjnego.
- Kontynuować rozwijanie roli, jaką NFD może odegrać w ulepszeniu usług i wsparcia w zakresie leczenia i powrotu do zdrowia.
- Utwórz arkusz informacyjny na temat zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież.

9. Wnioski

W ciągu ostatnich dwudziestu lat badania naukowe wykazały, że uzależnienie jest chorobą o podłożu biologicznym, rodzinnym, społecznym i środowiskowym, na którą wpływają czynniki ryzyka i ochrony. Co więcej, dostępność narkotyków, preferowany narkotyk, sposób jego przyjmowania, wiek inicjacji, normy społeczne, liczba zasobów rozwojowych oraz możliwości podejmowania pozytywnych działań – wszystko to wpływa na przebieg, intensywność i stopień zapotrzebowania na leczenie oraz usługi i wsparcie dla nastolatków i ich rodzin. Uzależnienie od alkoholu i innych narkotyków wpływa na jednostkę, jej rodzinę i społeczność.

Zaangażowanie rodzin w planowanie i świadczenie usług przez specjalistów na wszystkich szczeblach – prywatnym, agencji, społeczności lokalnej, powiatowym, stanowym, plemiennym i federalnym – zaczyna mieć miejsce, a rodziny i młodzież apelują do systemu leczenia uzależnień i powrotu do zdrowia o wzmocnienie i wsparcie takich działań. Zaangażowanie rodzin jest niezbędne dla poprawy jakości świadczonej opieki oraz zapewnienia, że wszyscy nastolatki i ich rodziny potrzebujący leczenia uzależnień i powrotu do zdrowia otrzymają dostępne, odpowiednie i wysokiej jakości leczenie, a także szeroki wachlarz usług i wsparcia w zakresie powrotu do zdrowia.

Wysiłki na rzecz rozwoju i wzmocnienia partnerstwa między rodziną a specjalistami były i nadal będą kluczowymi krokami w kierunku utrzymania, poprawy i poszerzenia dostępu do leczenia uzależnień i usług wsparcia dla młodzieży oraz poprawy ich jakości. W idealnym przypadku, państwowe/plemienne systemy leczenia uzależnień i leczenia uzależnień młodzieży w przyszłości będą opierać się na partnerskiej współpracy między członkami rodziny i specjalistami, a także z innymi systemami wspierającymi dzieci i rodziny. Cele powinny być następujące: Smith i wsp., 2009):

- Zintegrowanie świadczenia usług w zakresie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych i współwystępujących zaburzeń wśród młodzieży w ramach spójnego łańcucha działań obejmującego profilaktykę, wczesną interwencję, leczenie i wsparcie w powrocie do zdrowia.
- Wzmocnianie i rozwijanie zdolności przywódczych członków rodziny, specjalistów i dostawców.

- Edukować i szkolić rodziny w zakresie istotnych kwestii (np. jak działa system, jak się bronić i jak wspierać rodziny).
- Opracuj strategię finansowania, które umożliwią utrzymanie zaangażowania rodziny (np. program wczesnych badań przesiewowych, diagnozy i leczenia; Medicaid).
- Zapewnij zasoby umożliwiające zaangażowanie rodziny (np. transport, stypendia programowe i polityczne, fundusze dla rzeczników praw rodziny i grup zajmujących się obroną praw).
- Umożliw rodzinie wybór opcji usług opartych na dowodach, dostępnych, niedrogich i uwzględniających uwarunkowania kulturowe.
- Wspierajmy się i rozwijajmy wspólną wiedzę na temat tego, co działa.
- Identyfikuj i podejmij wyzwania i szanse na osiągnięcie sukcesu.
- Wykorzystaj wolę polityczną w celu efektywnego, wydajnego i sprawiedliwego podziału zasobów i rozwoju infrastruktury.
- Zmierz rezultaty zaangażowania rodziny.

Biorąc pod uwagę obecne problemy gospodarcze i niedobory budżetowe, poziom finansowania i strategii finansowania były i pozostaną przedmiotem troski w dającej się przewidzieć przyszłości. Chociaż strumienie finansowania kategoryzowanego mogą ograniczać kwoty oraz usługi i wsparcie refundowane ze środków federalnych i stanowych, to wybierani urzędnicy państwowi, a także decydenci i liderzy społeczności podejmują decyzje dotyczące priorytetów, alokacji zasobów i kwot do wydania. Istnieją różne strategie i podejścia polityczne mające na celu zwiększenie i/lub rozszerzenie dochodów, ale ostatecznie to relacje między kluczowymi interesariuszami i rodzinami, których to dotyczy, wpływają na decyzje.

Jako członkowie rodzin, specjaliści i sojusznicy, chcemy współpracować z innymi interesariuszami społecznymi i urzędnikami państwowymi, aby zaspokoić niezaspokojone potrzeby „pozostałych 90%”. Są to osoby w wieku 12 lat i starsze, które spełniają kryteria uzależnienia od alkoholu i/lub narkotyków, ale nie otrzymują żadnego leczenia ani wsparcia w powrocie do zdrowia. W jaki sposób możemy zmniejszyć niezaspokojone potrzeby nastolatków w zakresie leczenia uzależnień i powrotu do zdrowia, zmniejszyć liczbę osób po raz pierwszy używających narkotyków i rozwiązać problem AOD na członków rodziny, w tym rodzeństwo? Skoro nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie są chorobą, to dlaczego społeczności nadal polegają na systemie wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych w zakresie identyfikacji i kierowania 48% nastolatków korzystających z leczenia uzależnień i usług/wsparcia w powrocie do zdrowia?

Jako członkowie rodzin, specjaliści i sojusznicy, musimy nadal edukować i organizować członków rodzin w całym kraju, wzmacniać relacje ze specjalistami w zakresie leczenia i rekonwalescencji po uzależnieniu od alkoholu i narkotyków, administratorami i urzędnikami państwowymi oraz angażować liderów społeczności. Naszym celem jest eliminacja negatywnych skutków problemów alkoholowych i narkotykowych dla dzieci, młodzieży i rodzin w naszych społecznościach, miastach, hrabstwach, stanach, plemionach i kraju. Potrzebujemy chętnych partnerów, a także wielu źródeł finansowania, aby zapewnić członkom rodzin nie tylko możliwość uczestniczenia w procesie decyzyjnym, ale także umożliwić im udział na poziomie prawdziwej współpracy partnerskiej.

Odniesienia

Kampania na rzecz sprawiedliwości dla młodzieży. (nd). Rodziny u władzy: Przewodnik rodzinny po sieciach i koalicjach budowanie, organizowanie i planowanie kampanii. Waszyngton, DC: Autor. Źródło: http://www.campaignforyouthjustice.org/documents/CFYJ_FamGuide.pdf Brama informacji o opiece nad dziećmi (2010). Zaangażowanie rodziny (biuletyn dla profesjonalistów). Waszyngton, DC: Departament Zdrowia i Opieki Społecznej USA, Administracja ds. Dzieci i Rodzin. Źródło: http://www.childwelfare.gov/pubs/f_fam_engagement/

Projekt koordynacji walki z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież w stanie Connecticut (CTASU). (nd). Plan dla zmiany: Włączenie rodzin do systemu leczenia uzależnień wśród młodzieży w Connecticut. Pobrano z http://www.ctasu.org/Documents/Blueprint_for_Change_Final.pdf Twarze i głosy powrotu do zdrowia (2010). Ogólnonarodowy cykl telekonferencji poświęconych dialogowi rodzinnemu.

Pobrano z http://www.facesandvoicesofrecovery.org/about/trainings_events/national_family_dialogue_teleconferences.php# Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Bennett Smith, S. i in. (2008). Poradnik doskonalenia opieki skoncentrowanej na pacjencie. Derby, CT: Planetree, Inc.; i

⁹Dwoma przykładami są The Finance Project Myślenie szeroko (Hayes i Gilbert, 2002) i Partnerzy na rzecz odbudowy (2010).

- Camden, ME, Picker Institute. Źródło: <http://www.planetree.org/Patient-Centered%20Care%20Improvement%20Guide%2010.10.08.pdf>
- Hayes, CD i Gilbert, M. (2002). Myślenie szeroko: Strategie finansowania dla kompleksowych inicjatyw na rzecz dzieci i rodzin. Waszyngton, DC: Projekt Finansowy. Źródło: www.financeproject.org/publications/ThinkingBroadly.pdf
- Instytut Doskonalenia Opieki Zdrowotnej (IHI) (2009). Potrójny cel — projekt koncepcyjny. Cambridge, MA: Autor. Pobrano z <http://www.ih.org/NR/rdonlyres/86BB36CC-CCBB-48D1-9E9E-02D4E3C1585E/0/ConceptDesign.pdf>
- Instytut Opieki Skoncentrowanej na Pacjencie i Rodzinie (IPFCC) (2010a). Koncepcje podstawowe. Bethesda, MD: Autor. Źródło: <http://www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf>
- Instytut Opieki Skoncentrowanej na Pacjencie i Rodzinie (IPFCC) (2010b). Czy istnieje różnica? Między opieką skoncentrowaną na rodzinie a opieką skoncentrowaną na rodzinie? Bethesda, MD: Autor. Źródło: <http://www.ipfcc.org/faq.html>
- Instytut Medycyny (2001, marzec). Streszczenie. Przekroczenie przepaści jakościowej: Nowa System opieki zdrowotnej XXI wieku. Komisja ds. jakości opieki zdrowotnej w Ameryce. Waszyngton, DC: Narodowa Akademia Nauk. Źródło: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P. i in. (2008). Współpraca z pacjentami i rodzinami w celu zaprojektowania systemu opieki zdrowotnej skoncentrowanego na pacjencie i rodzinie: zalecenia i obiecujące praktyki. Bethesda, MD: Instytut Opieki Skoncentrowanej na Rodzinie. Źródło: <http://www.ih.org/NR/rdonlyres/C810CCBB-2DEB-4678-994A-57D9B703F98D/0/PartneringwithPatientsandFamiliesRecommendationsApr08.pdf>
- Wspólne spotkanie w sprawie skuteczności leczenia młodzieży (JMATE) (2010a). Wytyczne dotyczące rodzina i młodzież, kultura i kompetencje językowe. Źródło: <http://www.jmate.org/jmate2010/FamilyCulturalGuidelineDocApproval.aspx>
- Wspólne spotkanie w sprawie skuteczności leczenia młodzieży (JMATE) (grudzień 2010). Agenda. JMATE: Synergia w wizji — zainspirowana działaniem, Baltimore, MD. Źródło: <http://blog.reclaimingfutures.org/sites/blog.reclaimingfutures.org/files/documents/JMATE%20AGENDA.pdf>
- MOMSTELL Inc. (2009). Dostęp do leczenia uzależnień: wyniki badania rodzinnego. Pobrano z <http://momstell.org/downloads/Access%20to%20Substance%20Abuse%20Treatment%20Survey.pdf>
- Krajowa Federacja Rodzin na rzecz Zdrowia Psychicznego Dzieci (2010). Kierowana przez rodzinę, zdefiniowane. Rockville, MD: Autor. Pobrano z <http://www.ffcmh.org/r2/publications2/family-driven-defined/>
- Krajowa Sieć Sprawiedliwości dla Nieletnich (2010). Poradnik dla adwokatów na temat wartościowej rodziny Partnerstwa: Wskazówki z terenu. Waszyngton, DC: Autor. Źródło: http://njjn.org/media/resources/public/resource_1665.pdf
- Narodowe Centrum Zasobów na rzecz Trwałości i Połączeń Rodzinnych (NRCPCF) (2009, Mów). Zaangażowanie rodziny: zestaw narzędzi do ćwiczeń w Internecie. Nowy Jork: Hunter College of Social Work. Źródło: www.nrcpcf.org/fewpt
- Projekt walki z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież w Karolinie Północnej (NC-ASAP) (2008). Jak wybrać dostawcę usług (program szkoleniowy). Greensboro, Karolina Północna: Uniwersytet Karoliny Północnej w Greensboro. Dostępne na <http://www.uncg.edu/csr/asatp/training.htm>
- Partnerzy na rzecz odbudowy (2010). Finansowanie usług wsparcia odzyskiwania należności: Przegląd i analiza finansowanie usług odbudowy i wsparcia oraz zalecenia polityczne. Waszyngton, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centrum Leczenia Nadużywania Substancji. Źródło: http://pfr.samhsa.gov/docs/RSS_financing_report.pdf
- Narkotyków i Alkoholu w Pensylwanii (4 maja 2009 r.). Dostępność leczenia i plan pracy komitetu normalizacyjnego. Wspólny plan i wskaźniki mające na celu poprawę opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych w Pensylwanii. Instytut Badań, Edukacji i Szkoleń w Dziedzinie Uzależnień. Źródło: http://www.ireta.org/ireta_main/Koalicja_na_sprawie_narkotykow_i_alkoholu_Raport_końcowy.pdf
- Fundacja SAMA (2010). Nawigator rodzinny. Źródło: <http://samafoundation.org/addiction-services/>
- Smith, SL, Hornberger, S., Brewington-Carr, S., Finck, C., O'Neill, C., Cavanaugh, D. i in. (2009, marzec). Zaangażowanie rodziny w leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych u młodzieży (informacja prasowa SAC). Poprawa dostępu do leczenia i jakości leczenia nastolatków z użyciem substancji psychoaktywnych/współwystępującymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, 1(1), 1-7. Pobrano z http://www.momstell.com/downloads/SAC_Fam_Involve_Issue_Brief%20FINAL.pdf
- Smull, MW, Borne, ML i Sanderson, H. (2009). Stawianie się systemem skoncentrowanym na osobie. Alexandria, VA: Krajowe Stowarzyszenie Dyrektorów Stanowych ds. Usług dla Osób z Niepełnosprawnością Rozwojową. Źródło: <http://www.nasdds.org/pdf/BecomingaPersonCenteredSystem-ABriefOverview.pdf>
- Administracja ds. Nadużywania Substancji i Usług Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) (2005a). Rok fiskalny. Możliwość uzyskania dotacji w 2005 r.: koordynacja leczenia uzależnień wśród młodzieży w stanie: ogłoszenie o dostępności środków. Źródło: http://www.samhsa.gov/grants/2005/nofa/ti05006_adolescents.aspx
- Administracja ds. Nadużywania Substancji i Usług Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) (2005b). Rok fiskalny. Laureaci grantów w 2005 r. — CSAT. TI05-06: Koordynacja leczenia młodzieży. Źródło: <http://www.samhsa.gov/grants/2005/TI05-06.aspx>
- Administracja ds. Nadużywania Substancji i Usług Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) (2009). Wyniki Z Narodowego Badania Zażywania Narkotyków i Zdrowia z 2008 r.: Wyniki Krajowe (Biuro Studiów Stosowanych, seria NSDUH H-36, publikacja HHS nr SMA 09-4434). Rockville, MD: Autor. Źródło: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k8nsduh/2k8results.cfm>
- Administracja ds. Nadużywania Substancji i Usług Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) (2010). Rodziny młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych: dialog ogólnokrajowy. Rockville, MD: Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. Źródło: http://www.chestnut.org/LI/downloads/NFD_Report_FINAL11JAN04.pdf
- Biuro ds. Stosowanych Studiów Administracyjnych ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (SAMHSA-OAS) (29 kwietnia 2010). Raport OAS: Dzień z życia amerykańskich nastolatków: Aktualizacja danych na temat używania substancji psychoaktywnych. Rockville, MD: Autor. Źródło: <http://www.oas.samhsa.gov/2k10/185/185TypicalDay.htm>
- Partnerstwo. (nd). Usługi dla młodzieży nadużywającej substancji psychoaktywnych w Arizonie: Plan działania system. Pobrano z <http://thepartnership.us/newsite/pdfs/SARDMP.pdf>
- Wagner, EH (1998). Postępowanie w chorobach przewlekłych: Co jest potrzebne do poprawy opieki na przewlekłą chorobę? Skuteczna praktyka kliniczna, 1(1), 2-4. Pobrano z <http://www.ih.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Changes/>