

ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ

*προσαρμοσμένο στην πραγματικότητα των νέων εξελίξεων μεταφοράς
μεγάλου μέρους των υπηρεσιών σε χώρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας*



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

2012

Αντίγραφο του κειμένου είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα του ΟΚΑΝΑ

<http://www.okana.gr/>

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhs-antimetwpishs-ths-eksarthshs>

Περιεχόμενα

Προκειμένου να κατευθυνθείτε άμεσα στην ενότητα που σας ενδιαφέρει, χρησιμοποιήστε τον συνδυασμό πλήκτρων “CTRL + Αριστερό Click” στο πρόγραμμα Word ή Αριστερό Click απευθείας στον Adobe Reader.

<u>Πρόλογος της Προέδρου του ΟΚΑΝΑ</u>	<u>05</u>
<u>Πρόλογος του Αντιπροέδρου του ΟΚΑΝΑ</u>	<u>07</u>
<u>Εισαγωγή</u>	<u>13</u>
<u>Πλαίσιο Λειτουργίας</u>	<u>31</u>
<u>Διάγραμμα Ροής</u>	<u>33</u>
 <u>Κεφάλαιο 1. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών</u>	<u>35</u>
<u>Α΄. Υπηρεσία Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού</u>	<u>35</u>
<u>Β΄. Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης</u>	<u>37</u>
<u>Γ΄. Δομές Συνταγογράφησης</u>	<u>39</u>
<u>Δ΄. Κοινωνική Επανένταξη</u>	<u>41</u>
<u>Ε΄. Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης</u>	<u>43</u>
<u>ΣΤ΄. Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων</u>	<u>45</u>
<u>Ζ΄. Δομές Υψηλής Ανεκτικότητας</u>	<u>47</u>
<u>Η΄. Δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης</u>	<u>49</u>
<u>Θ΄. Εξωτερικές Δομές</u>	<u>51</u>
 <u>Κεφάλαιο 2. Οι φάσεις της θεραπείας</u>	<u>53</u>
0. <u>Φάση Προεισαγωγής</u>	<u>57</u>
1. <u>Φάση Εισαγωγής</u>	<u>59</u>
2. <u>Φάση Αποκατάστασης</u>	<u>65</u>
3. <u>Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας</u>	<u>71</u>
4. <u>Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης</u>	<u>75</u>
5. <u>Φάση Ιατρικής Συντήρησης</u>	<u>79</u>
6. <u>Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας</u>	<u>83</u>

Κεφάλαιο 3.	95
<u>Α΄. Νομοθετικό Πλαίσιο</u>	95
<u>Β΄. Ο Χώρος, ο Χρόνος και το Υλικό</u>	107
<u>Γ΄. Έμφυχο Υλικό</u>	113
<u>Δ΄. Θεραπευτικά Εργαλεία</u>	125
 Κεφάλαιο 4. Αρχές Καλής Κλινικής Πρακτικής	131
<u>Α΄. Αντενδείξεις για τη Θεραπεία Υποκατάστασης</u>	131
<u>Β΄. Επιλογή φαρμάκου υποκατάστασης</u>	133
<u>Γ΄. Τα βήματα της Θεραπείας Υποκατάστασης</u>	135
<u>Δ΄. Διαδικασία της Χορήγησης</u>	139
<u>Ε΄. Ο Τοξικολογικός Έλεγχος</u>	143
<u>ΣΤ΄. Οι Δόσεις για το Σπίτι (Take-Home)</u>	147
<u>Ζ΄. Διακοπές της θεραπείας</u>	159
<u>Η΄. Υποτροπές</u>	161
<u>Θ΄. Εκούσια και ακούσια απομάκρυνση από το Πρόγραμμα</u>	163
<u>Ι΄. Συγκράτηση στη θεραπεία</u>	169
<u>ΙΑ΄. Συμβουλευτική, διαχείριση περιστατικών, συμπεριφορικές θεραπείες και ψυχοθεραπεία</u>	173
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	187
<u>Ξενόγλωσση</u>	189
<u>Ελληνική</u>	195
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 197	
<u>I Θεραπευτικό Συμβόλαιο</u>	199
<u>II Θεραπευτικό Πλάνο</u>	201
<u>III Μεθαδόνη και βουπρενορφίνη στη θεραπεία υποκατάστασης</u>	207
<u>IV Κατάλογος ελαχίστων ποιοτικών προδιαγραφών EQUUS</u>	251
<u>V Κατ' εξαίρεση αιτήσεις, εισαγωγές και επανεισαγωγές</u>	259
<u>VI Πλαίσιο Λειτουργίας Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης</u>	263
<u>VII Εθνικοί Εκπαιδευτές Δικτύου QPCN</u>	269
 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	273

Πρόλογος...

... της Προέδρου του ΟΚΑΝΑ κας Μένης Μαλλιώρα

Τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν ήδη εδώ και 16 χρόνια. Διάστημα σίγουρα επαρκές για να γνωρίζουμε εμπειρικά τις ελάχιστες προδιαγραφές και τις μέγιστες απαιτήσεις λειτουργίας, ιδιαίτερα μεγάλο όμως για να μην έχει ήδη προ πολλού καταρτιστεί ένα επικαιροποιημένο πλαίσιο όλων των κατευθυντήριων γραμμών, που οι συνθήκες και οι ανάγκες επέβαλαν στην καθημερινή λειτουργία των προγραμμάτων μας.

Σε οργανωμένα συστήματα παροχής υπηρεσιών ή ύπαρξη πλαισίων είναι επιβεβλημένη καθώς τα επιμέρους στοιχεία όχι μόνο διασυνδέονται αλλά και αλληλοεξαρτώνται. Όσο πιο συμπαγή είναι τα θεμέλια τόσο πιο εξασφαλισμένη είναι η βιωσιμότητα όλου του συστήματος. Τόσο πιο αναβαθμισμένες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Τόσο πιο εύλογη είναι η συνάρτηση των διοχετευόμενων πόρων και του παραγόμενου αποτελέσματος. Τόσο πιο ευδιάκριτα είναι τα όρια ανάμεσα στο εφικτό και το επιθυμητό. Τόσο πιο εύστοχη είναι η ευελιξία των εργαζόμενων μέσα στο σύστημα προκειμένου να ανταποκρίνονται σε αιφνίδιες ανάγκες. Τόσο πιο άμεσα και οργανωμένα μπορούν να προσφέρονται οι λύσεις σε προβλήματα. Τόσο πιο ανθρωποκεντρική γίνεται τελικά η θεραπευτική διαδικασία.

Η χρονική στιγμή εμφάνισης του συγκεκριμένου πλαισίου δεν είναι τυχαία. Συμπίπτει αφενός μεν, με τον πολλαπλασιασμό των Μονάδων Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ σε όλη τη χώρα αφετέρου δε, με την καθιέρωση της μετεγκατάστασης των Μονάδων σε χώρους των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η εκπόνησή του προέκυψε ως ανάγκη τόσο λόγω του μεγαλύτερου πλέον αριθμού των μονάδων όσο και λόγω των αυξανόμενων προβλημάτων υγείας ενός γηράσκοντα πληθυσμού που παραμένει μακροχρόνια εξαρτημένος.

Το νέο πλαίσιο δίνει το στίγμα της αυτό-οργάνωσης του δικτύου μας και ανταποκρίνεται συντονισμένα στις ταχύτατα αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού των εξαρτημένων από οπιούχα χρηστών. Είναι προϊόν επιστημονικής μελέτης, μακρόχρονης εμπειρίας και υπεύθυνης συνεκτίμησης των ποικίλλων παραγόντων, που επηρεάζουν το περιεχόμενο του όρου «θεραπεία» και καθορίζουν το επιθυμητό θεραπευτικό

αποτέλεσμα. Ανταποκρίνεται ταυτόχρονα σε συλλογικές αλλά και σε εξατομικευμένες ανάγκες του πληθυσμού των χρηστών και δίνει υπόσταση στην εθνική αξίωση για πλουραλιστική θεραπευτική προσέγγιση των εξαρτήσεων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Ψυχίατρο και Αντιπρόεδρο του Οργανισμού κο Κωνσταντίνο Γαζγαλίδη που πριν δύο χρόνια ανέλαβε το σχεδιασμό και την ευθύνη του δύσκολου αυτού έργου. Τον Ψυχίατρο και Υπεύθυνο της Μονάδας του ΟΚΑΝΑ στο Τζάνειο Νοσοκομείο, κο Κωνσταντίνο Κοκκώλη για την ανεκτίμητη συνεισφορά του στη συλλογή των στοιχείων και την τελική συγγραφή του πλαισίου. Θα ήθελα επιπλέον να ευχαριστήσω τον Ψυχίατρο και Υπεύθυνο της Μονάδας του ΟΚΑΝΑ στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, κο Ευάγγελο Καφετζόπουλο για τη διαχρονική συμβολή του, την Επιστημονική Επιτροπή του Συλλόγου Εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ για τις πολύτιμες απόψεις τους που συνέβαλλαν στην κατάρτιση αυτού του πλαισίου καθώς και το Σύλλογο Θεραπευομένων για την ενεργό συμμετοχή και τις ιδιαίτερες επισημάνσεις. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους στον ΟΚΑΝΑ που με την υπομονή, την επιμονή, την εμπειρία και τη δουλειά τους συνέβαλαν όσο κανείς στο να μπορεί ο ΟΚΑΝΑ να αποτελεί την ελπίδα χιλιάδων αναξιοπαθούντων σε τόσο δύσκολες εποχές. Το δικαίωμα στη θεραπεία άρχισε επιτέλους να εφαρμόζεται συλλογικότερα και συνολικότερα και στην κατηγορία των εξαρτημένων ατόμων. Το γεγονός αυτό συνιστά τελικά και τη δική μας δικαίωση.

Οκτώβριος 2012

Μένη Μαλλιώρα

Πρόλογος...

... του Αντιπροέδρου του ΟΚΑΝΑ και Κωνσταντίνου Γαζγαλίδη

Το πρόβλημα της εξάρτησης από τα «ναρκωτικά» αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, αλλά ταυτόχρονα και ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι εξαρτημένοι χρήστες ουσιών και ιδιαίτερα οι εξαρτημένοι χρήστες οπιούχων που αποτελούν και τον κατεξοχήν πελάτη (client) των θεραπευτικών υπηρεσιών, συνιστούν και έναν βαριά πάσχοντα και ετερογενή πληθυσμό. Πάσχοντα σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά, ετερογενή ως προς την αιτιολογία, την πορεία, τις επίκαιρες «συντεταγμένες» της εξάρτησης, και ετεροβαρή ως προς το κίνητρο, το αίτημα, τις δυνατότητες και την εξέλιξη κατά την εμπλοκή τους με την θεραπευτική διαδικασία.

Οι θεραπευτικές πολιτικές που διαμορφώνονται τις τελευταίες δεκαετίες σ' όλο τον αναπτυσσόμενο κόσμο, έχουν ως κοινό και βασικό τους στόχο, την ανάπτυξη ενός δικτύου θεραπευτικών υπηρεσιών, ικανού να προσελκύσει και να συγκρατήσει στις τάξεις του τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό χρηστών. Ενός δικτύου πλουραλιστικού, ελκυστικού, αποτελεσματικού και γι' αυτό ρεαλιστικά προσαρμοσμένου στις πραγματικές ανάγκες των χρηστών.

Ένα τέτοιο δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών επιβάλλεται να προσφέρει πολλά σημεία επαφής του χρήστη με τη θεραπευτική διαδικασία, διαφορετικών απαιτήσεων από τις χαμηλότερες ως τις υψηλότερες, έτσι ώστε να μπορεί ο κάθε χρήστης να ενταχθεί σ' αυτό και να κινηθεί μέσα σ' αυτό, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του όπως αυτές διαμορφώνονται δυναμικά μέσα στην θεραπευτική διαδικασία. Σε ένα τέτοιο δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών τα προγράμματα χαμηλών απαιτήσεων είναι εξίσου χρήσιμα με τα προγράμματα υψηλών απαιτήσεων, εφόσον ο στόχος είναι η προσέλκυση και συγκράτηση του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού χρηστών. Εάν διαθέτουμε μόνο προγράμματα υψηλών απαιτήσεων τότε προσφέρουμε θεραπευτικές επιλογές για μερικούς και αποκλείουμε άλλους. Καταργούμε εν μέρει το δικαίωμα στη θεραπεία.

Για τη διαμόρφωση ενός πλουραλιστικού, ελκυστικού και αποτελεσματικού δικτύου θεραπευτικών υπηρεσιών είναι προϋπόθεση η συνεργατική συνύπαρξη όλων των διεθνώς δοκιμασμένων και αξιολογημένων θεραπευτικών μεθόδων. Η φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία των εξαρτήσεων αποτελεί μια διεθνώς δοκιμασμένη και πολλαπλώς αξιολογημένη,

αποτελεσματική, αντιμετώπιση της εξάρτησης. Με την νέα διάταξη των παρεχόμενων υπηρεσιών της στην χώρα, το νέο πλαίσιο λειτουργίας, προς αυτήν ακριβώς την κατεύθυνση θέλει να συμβάλλει.

Το Πρόγραμμα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ λειτουργεί από το 1995. Ξεκίνησε ως πιλοτικό πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης βραχείας διάρκειας με πρωταρχικό στόχο του την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες περιλαμβανομένης της μεθαδόνης. Η εμπειρία από τη λειτουργία του προγράμματος έδειξε ότι ο στόχος της απεξάρτησης επιτυγχάνεται σε μια μειονότητα των εξαρτημένων από οπιούχα (γύρω στο 10%), ενώ για την πλειονότητα των υπό θεραπεία ασθενών είναι αναγκαία η μακρόχρονη χορήγηση της φαρμακευτικής ουσίας (συντήρηση). Την ίδια εποχή, μελέτες που συνέκριναν την παράλληλη χρήση ανάμεσα σε βραχυχρόνια προγράμματα προσανατολισμένα στην αποχή και μακροχρόνια προγράμματα συντήρησης έδειξαν ότι στα πρώτα η παράλληλη χρήση ηρωίνης ήταν μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της παραμονής στο πρόγραμμα, ενώ το ποσοστό των υποτροπών και των επανεισόδων στο πρόγραμμα ήταν μεγαλύτερο για τους ασθενείς που ολοκλήρωναν τα σύντομα προγράμματα με προσανατολισμό στην αποχή (π.χ. Bell et al., 1995, Carlehorn, 1994). Οι μελέτες αυτές οδήγησαν τον Π.Ο.Υ. να υιοθετήσει τις παρακάτω συστάσεις για τη θεραπεία υποκατάστασης, τονίζοντας την ανάγκη για μακροχρόνια θεραπεία με τη μορφή της θεραπείας συντήρησης:

«...Η θεραπεία υποκατάστασης συντήρησης αποτελεί μια από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπείες για την εξάρτηση από οπιοειδή. Μπορεί να ελαττώσει το υψηλό κόστος της εξάρτησης από οπιοειδή για τα άτομα, τις οικογένειές τους και την κοινωνία ως επί το πλείστον, μειώνοντας τους σχετιζόμενους θανάτους, τις συμπεριφορές HIV κινδύνου και την εγκληματική δραστηριότητα. Η θεραπεία υποκατάστασης συντήρησης αποτελεί κρίσιμο μέρος των βασιζόμενων στην κοινότητα προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιοειδή και την πρόληψη της λοίμωξης από το ιό HIV ή άλλα μεταδοτικά νοσήματα, ανάμεσα στους χρήστες ενέσιμων οπιοειδών (IDUs) ή και στην ευρύτερη κοινωνία. Η παροχή θεραπείας υποκατάστασης συντήρησης- καθοδηγούμενη από ερευνητικά στοιχεία και υποστηριζόμενη από επαρκή αξιολόγηση, εκπαίδευση και πιστοποίηση- θα πρέπει να θεωρείται ως μία σημαντική θεραπευτική επιλογή σε κοινότητες με υψηλό επιπολασμό εξάρτησης από οπιοειδή, ειδικά σε εκείνες στις οποίες η ενέσιμη χρήση οπιοειδών θέτει τους χρήστες ενέσιμων οπιοειδών σε κίνδυνο.» (World Health Organization, 2009).

Η θεραπεία συντήρησης υιοθετήθηκε από τον ΟΚΑΝΑ με το ισχύον Πλαίσιο του 2002, χωρίς όμως καμία ουσιαστική αλλαγή στη δομή των θεραπευτικών προγραμμάτων ώστε να αυξηθεί η πρόσβαση των ασθενών σε αυτά. Οι μονάδες βραχείας διάρκειας διατηρήθηκαν ως εισαγωγικές μονάδες

υψηλών απαιτήσεων στη θεραπεία, εισάγοντας λίγους ασθενείς κάθε φορά με αυστηρά πρωτόκολλα προσαρμοσμένα στην αποχή και την απεξάρτηση, αυξάνοντας σταδιακά σημαντικά τη λίστα αναμονής για θεραπεία.

Την ίδια εποχή, στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε όλες του αρχικού πυρήνα των 15 -εξαιρουμένης της Ελλάδας- η προσφορά θέσεων θεραπείας σε προγράμματα υποκατάστασης ή παροχής φαρμακευτικών θεραπειών από ιατρούς, ανταποκρινόταν πλήρως στην ζήτηση (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας, 2010).

Εάν μελετηθούν τα δεδομένα των κρατών μελών όπου δεν παρατηρείται το φαινόμενο της λίστας αναμονής, παρατηρούμε πως αυτά διαθέτουν θέσεις που καλύπτουν τουλάχιστον το 35% του εκτιμώμενου αριθμού των προβληματικών χρηστών, σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις το ποσοστό κυμαίνεται στο 60-86% (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας, Έκθεση 2010). Στα τέλη του 2010 το εκτιμώμενο ποσοστό των προβληματικών χρηστών οπιοειδών που λαμβάνει θεραπεία υποκατάστασης στην Ελλάδα ανέρχεται στο 22% (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας, Έκθεση 2010). Από το 2004 έως το 2010 η αύξηση των θέσεων θεραπείας είναι της τάξης του 100%, ενώ από τον Αύγουστο του 2011 έως τον Αύγουστο του 2012 η αύξηση ανέρχεται στο 35% και το σύνολο των θεραπευομένων περίπου στις 8.000, δηλαδή προσεγγίζουμε τα κατώτερα όρια των κρατών μελών που κατά το Ε.Κ.Π.Ν.Τ. δεν έχουν λίστες αναμονής, χωρίς όμως αυτό το τελευταίο να ισχύει ακόμη για τη χώρα μας, διότι υπήρξε μεν στο ίδιο χρονικό διάστημα μείωση της λίστας αναμονής κατά 43% υπάρχει όμως ταυτόχρονα και σημαντική αύξηση των αιτημάτων πρώτης θεραπείας.

Στη διάρκεια της 15ετίας η λίστα αναμονής για τη θεραπεία σε προγράμματα υποκατάστασης αυξανόταν διαρκώς, έχοντας φτάσει τον Δεκέμβριο του 2010 τα 3.689 άτομα στην Αθήνα, 1072 στη Θεσ/νίκη και 633 στη λοιπή Ελλάδα. Η συσσώρευση αυτή δείχνει ότι η πολιτική της υποκατάστασης στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι διερεύνησε πολλές πτυχές της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς της, δεν μπόρεσε να βρει τρόπο να εντάξει το σύνολο των προβληματικών χρηστών, όπως έγινε στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Μέρος του προβλήματος αυτού οφείλεται στο ότι ενώ τα προγράμματα υποκατάστασης ανήκουν στην πολιτική μείωσης της βλάβης, στην Ελλάδα υλοποιήθηκαν με αρχικό στόχο την ολοκληρωτική θεραπεία απεξάρτησης και όταν κλήθηκαν να υπηρετήσουν το στόχο της μείωσης της βλάβης έχασαν τον προσανατολισμό τους μέσα σε θεωρητικές και πρακτικές αναζητήσεις του συνδυασμού των δύο αυτών στόχων. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, λόγω αδυναμίας υιοθέτησης ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μειώθηκε. Η

«ασυλοποίηση» των ασθενών λόγω αδυναμίας νέων εισαγωγών και η συσσώρευση ασθενών που δεν είχαν την προσδοκόμενη θεραπευτική εξέλιξη λόγω αδυναμίας να απορροφηθούν σε φάσεις χαμηλών απαιτήσεων, οδήγησε πολλές Μονάδες να λειτουργούν ως δομές χαμηλού ουδού με κόστος όμως Μονάδων υψηλού ουδού.

Μία ακόμη αιτία που συνέβαλε στην αδυναμία εφαρμογής και την απαξίωση στην πράξη του υφισταμένου πλαισίου είναι ότι ενώ ορθώς ενέταξε την υποκατάσταση στην πολιτική μείωσης της βλάβης, διατήρησε στις μονάδες εισαγωγής το αυστηρό πλαίσιο συμμόρφωσης και αποχής του αρχικού πιλοτικού προγράμματος, θεωρώντας ότι η μείωση της βλάβης πρέπει να εφαρμόζεται επί αποτυχίας της συμμόρφωσης. Όπως όμως έδειξε η εμπειρία και όπως επιτάσσει η λογική, η συμμόρφωση των προβληματικών χρηστών δεν επιτυγχάνεται με κανονιστικού τύπου επιταγές, αλλά με βαθμιαία προσέγγιση και δέσμευση, με εκπαίδευση και κινητοποίηση, που απαιτεί χρόνο και ειδικού τύπου παρεμβάσεις από εξειδικευμένο προς τούτο προσωπικό.

Το ανά χείρας Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ κωδικοποιεί την συσσωρευμένη αυτή εμπειρία, προτείνει και τεκμηριώνει με βάση την διεθνή (κυρίως αμερικάνικη) εμπειρία και βιβλιογραφία έναν, κατά το δυνατό, κοινό τρόπο λειτουργίας που στοχεύει:

- στη διάκριση της θεραπευτικής δουλειάς σε φάσεις,
- στη δημιουργία έτσι κινητικότητας μέσα στο σύστημα των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ,
- στη δυνατότητα ανταπόκρισης σε ευρύτερη γκάμα θεραπευτικών αναγκών,
- στον εξορθολογισμό της θεραπευτικής λειτουργίας για την καλύτερη κάλυψη των ποιοτικών και ποσοτικών θεραπευτικών αναγκαιοτήτων, που παίρνει υπ'όψιν την οικονομική πραγματικότητα, που πασχίζει για μια υγιή σχέση κόστους-αποτελέσματος χωρίς να υποτάσσεται σε οικονομίστικες λογικές.
- στο άνοιγμα διαύλων συνεργασίας με άλλα θεραπευτικά προγράμματα, στην προοπτική της δημιουργίας ενός πλουραλιστικού δικτύου όλων των θεραπευτικών υπηρεσιών της χώρας.

Έτσι, τα νέα μέλη μετά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα και την απαραίτητη διαγνωστική δουλειά και αφού σταθεροποιηθούν φαρμακευτικά και κινητοποιηθούν ψυχοκοινωνικά, θα μπορούν να οδηγηθούν σε εξατομικευμένο χρόνο και ανάλογα με τις δυνατότητές τους σε διαφορετικές επιλογές όπως η αξιοπρεπής (ιατρική) συντήρηση, η συνταγογράφηση και η αποχή.

Το παρόν πλαίσιο, επίσης, αποτελεί τον κορμό μιας εν δυνάμει προσπάθειας να εμπλουτιστεί με περαιτέρω οδηγίες και συστάσεις για ενσωμάτωση ερευνητικών δεδομένων και εκπαιδευτικών διαδικασιών, παρέχοντας στο προσωπικό των μονάδων υποκατάστασης έναν αξιόπιστο οδηγό για τη λήψη αποφάσεων, την επιλογή παρεμβάσεων, την τήρηση πρωτοκόλλων, τη συλλογή και την αξιοποίηση στοιχείων καθώς και τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο τη διαρκή τους βελτίωση. Όλα αυτά θα αποτελέσουν αντικείμενο αξιολόγησης του νέου πλαισίου λειτουργίας, δύο χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας του, χρονοδιάγραμμα που ελπίζω αυτή την φορά θα μας επιτρέψουν οι συγκυρίες να ολοκληρώσουμε.

Ευχαριστίες οφείλονται:

- Στους εργαζόμενους του Οργανισμού οι οποίοι με την καθημερινή τους λειτουργία συνέβαλαν στη διαμόρφωση της συλλογικής αυτής εμπειρίας που επιχειρείται να μορφοποιηθεί μέσα από το παρόν Πλαίσιο.
- Στο Σύλλογο Εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ και την επιστημονική του επιτροπή, οι προτάσεις, οι συμφωνίες και οι διαφωνίες τους ελήφθησαν σοβαρά υπ' όψιν.
- Στο συνάδελφο κ. Ε. Καφετζόπουλο, ο οποίος συνέβαλε τα μέγιστα στη διαμόρφωση του προηγούμενου πλαισίου, που κατέστη ανεπίκαιρο λόγω της ραγδαίας από τον Αύγουστο του 2011 ανάπτυξης του Οργανισμού, αποτέλεσε όμως πυξίδα για το ανά χείρας Πλαίσιο.
- Στο συνάδελφο κ. Κ. Κοκκώλη που ανέλαβε την κοπιώδη προσπάθεια της μελέτης όλων των κατά καιρούς προτάσεων, της δικής μας αλλά και της διεθνούς εμπειρίας και βιβλιογραφίας, και ολοκλήρωσε με επιστημονική αρτιότητα τη σύνταξη και την βιβλιογραφική τεκμηρίωση του Πλαισίου.
- Αν μου επιτρέπεται και μία περισσότερο προσωπική κουβέντα, ευχαριστώ τους συνεργάτες στην Θεσ/νίκη, οι οποίοι μέσα από την καθημερινή τους λειτουργία και στις συχνές συναντήσεις μας, αποτελούν εδώ και χρόνια ένα εργαστήρι εφαρμογής των περισσότερων από τις παρακάτω καταγραφόμενες απόψεις.
- Τέλος, ευχαριστίες οφείλονται και στην Πρόεδρο κ. Μ. Μαλλιώρη, που υιοθέτησε την αναγκαιότητα και σημαντικότητα του έργου, το οποίο και, υπό τη διαρκή πίεσή της (μέχρι και τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές) και την εποπτεία της, ολοκληρώθηκε.

Κ. Γαζγαλίδης
Συντονιστής Μονάδων & Υπηρεσιών Β.Ε.
Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ

Εισαγωγή

Πλαίσιο Λειτουργίας: για τι πράγματι πρόκειται; Αν και η πλειονότητα των εργαζομένων συμφωνεί για την ανάγκη ύπαρξης ενός ενιαίου πλαισίου το οποίο θα εφαρμόζεται καθολικά έχει παρατηρηθεί πως υπάρχουν εκτεταμένες διαφωνίες σχετικά με το αναγκαίο περιεχόμενο ενός πλαισίου, όσο και για το τι ακριβώς σημαίνει **πλαίσιο**. Η κυριολεκτική έννοια της λέξης «πλαίσιο» δεν θα μπορούσε να είναι σαφέστερη: πλαίσιο ονομάζεται ο,τιδήποτε περιβάλλει κάτι χωρίς να αποτελεί τμήμα του. Πλαίσιο θεωρείται το κάδρο ενός πίνακα σύμφωνα με τον ορισμό αυτό. Ωστόσο, στον κατασκευαστικό τομέα ο όρος πλαίσιο σημαίνει κάτι διαφορετικό. Ως πλαίσιο νοείται το δομικό σύστημα που υποστηρίζει τα υπόλοιπα μέρη μιας φυσικής κατασκευής. Αυτή η θεώρηση του πλαισίου λειτουργίας ως δομικού στοιχείου συμφωνεί με την γνώμη των περισσότερων εργαζομένων. Στην έννοιά του όμως συχνά συμπεριλαμβάνονται στοιχεία που δεν έχουν δομικό χαρακτήρα αλλά λειτουργικό. Πολλοί συγχέουν το δομικό πλαίσιο με τις **κατευθυντήριες γραμμές** (guidelines). Ακόμη περισσότεροι με τους **κανονισμούς** (regulations).

Κατευθυντήριες γραμμές ή οδηγίες ονομάζονται τα έγγραφα που στοχεύουν στην κανονικοποίηση ορισμένων διαδικασιών σύμφωνα με μια δεδομένη λειτουργική ρουτίνα. Εξ ορισμού οι κατευθυντήριες γραμμές δεν είναι υποχρεωτικές, εν αντιθέσει με τα **πρωτόκολλα** τα οποία είναι αυστηρά και χρησιμοποιούνται εκτεταμένα στην έρευνα, εξασφαλίζοντας την απαρέγκλιτη μεθοδολογική συμμόρφωση. Μια μορφή κατευθυντηρίων γραμμών είναι οι ιατρικές, οι οποίες αποσκοπούν στο να κατευθύνουν την λήψη ιατρικών αποφάσεων και την θέσπιση κριτηρίων σχετικά με την διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία μιας συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης, σύμφωνα με ενδεδειγμένη ανασκόπηση των τρεχόντων δεδομένων (αποδεικτική ιατρική). Οι **κλινικοί αλγόριθμοι** (clinical pathways) επιδιώκουν την προτυποποίηση των διαδικασιών φροντίδας και απευθύνονται συνήθως σε μη εξειδικευμένο προσωπικό (φροντίδα στο σπίτι) ή και σε εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο όμως απαιτείται να δράσει επιτυχώς σε συνθήκες χρονικής πίεσης (πρώτες βοήθειες, εντατική θεραπεία). Για τις ανάγκες της θεραπείας υποκατάστασης όπου το προσωπικό είναι επιστημονικό και εξειδικευμένο οι κατευθυντήριες γραμμές είναι το καταλληλότερο εργαλείο, καθώς τυποποιούν τις διαδικασίες αφήνοντας περιθώριο εκτίμησης των ειδικών συνθηκών που αφορούν κάθε περίπτωση και αξιοποιούν την κλινική εμπειρία του προσωπικού, το οποίο μπορεί να παρεκκλίνει από τις κατευθυντήριες γραμμές όταν στοιχειοθετείται κάποιο θεραπευτικό όφελος ή

πρέπει να αποφευχθούν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιτρέπουν δηλαδή την ορθολογική εξατομίκευση της θεραπείας.

Κανονισμοί ονομάζονται τα επίσημα έγγραφα με διοικητικό και νομοθετικό χαρακτήρα, τα οποία ορίζουν ή περιορίζουν το δικαίωμα ελεύθερης δράσης και διανέμουν τα πεδία υπευθυνότητας. Οι κανονισμοί μπορεί να προέρχονται από την κυβερνητική εξουσία είτε την διοίκηση ενός φορέα. Τέτοια έγγραφα είναι ο Εσωτερικός Κανονισμός του ΟΚΑΝΑ, το καθηκοντολόγιο μιας υπηρεσίας, διάφορες αποφάσεις οι οποίες προέρχονται από την εξωτερική (Υπουργικές αποφάσεις) και την εσωτερική ιεραρχία (αποφάσεις Γενικού Διευθυντή), ακόμη και έγγραφα που αφορούν μία συγκεκριμένη δομή του ΟΚΑΝΑ και προέρχονται από την τοπική διοίκηση (το χρονοδιάγραμμα των ημερησίων εργασιών μιας μονάδας). Οι αποφάσεις αυτές είναι ανελαστικές και συνήθως η παραβίαση των κανονισμών επισύρει κυρώσεις.

Στην περίπτωση μιας μονάδας υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ υφίστανται ήδη κανονισμοί με την μορφή του ιδρυτικού νόμου και όλης της έκτοτε σχετικής νομοθεσίας, συμπεριλαμβανομένων των διαφόρων υπουργικών αποφάσεων, καθώς και μιας σειράς αποφάσεων των Διοικητικών Συμβουλίων που κοινοποιούνται στις δομές μέσω εγγράφων των εκάστοτε Γενικών Διευθυντών. Στους κανονισμούς συμπεριλαμβάνεται και ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας (Αρ. Πρωτ.: Δ. Υ.Γ/Γ.Π. οικ. 104741, 23.10.2003). Οι κανονισμοί αυτοί αποτελούν το **νομοθετικό και διοικητικό πλαίσιο λειτουργίας** των δομών του ΟΚΑΝΑ και μπορούν να αλλάζουν και να αντικαθίστανται από νέους κανονισμούς τους οποίους αποφασίζουν οι ίδιοι φορείς (πολιτεία και διοίκηση του οργανισμού). Αυτοί οι κανονισμοί συνήθως δεν καθορίζουν τις κλινικές αποφάσεις, συχνά ωστόσο τις οριοθετούν διαμορφώνοντας την κυβερνητική πολιτική απέναντι στο πρόβλημα των ναρκωτικών (Προεδρικό Διάταγμα Υπ. Αριθμ. 148 «*Κωδικοποίηση των διατάξεων κανονιστικών διαταγμάτων και κανονιστικών υπουργικών αποφάσεων της εθνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά*. 10.08.2007) και ρυθμίζοντας ορισμένα θέματα, όπως τις ανώτατες ποσότητες υποκαταστάτων ουσιών που μπορούν να χορηγηθούν ως δόσεις για το σπίτι.

Δεδομένου του ότι οι κανονισμοί δεν προέρχονται συνήθως από άτομα με κλινικό υπόβαθρο και ρόλο, δεν ασχολούνται με κλινικά θέματα. Προκειμένου να εκδοθούν κλινικές οδηγίες, όπως αυτές των κατευθυντηρίων γραμμών, συνήθως χρησιμοποιείται πληθυσμός επιστημόνων των συναφών με το αντικείμενο ειδικοτήτων. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό, είτε και πανεπιστημιακοί ειδικοί από όλη την χώρα ή όλον τον κόσμο οι οποίοι έχουν αποδώσει σημαντικό ερευνητικό, εκπαιδευτικό και κλινικό έργο ή και κατέχουν σημαντικές θέσεις σε διάφορους εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς, συναφείς με το αντικείμενο. Σε κάθε περίπτωση

καταλήγουν σε συμφωνία (consensus) και για να συμβεί αυτό θα πρέπει να υπάρχει ένα σταθερό σύστημα αναφοράς πλήρους αποδοχής. Δεδομένου του ότι οι συμμετέχοντες συνήθως προέρχονται από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, έχουν άλλοτε άλλο επίπεδο εμπειρίας και σε διαφορετικούς τομείς, συχνά διαφορετικές εθνικότητες και κουλτούρες, εκφράζουν διαφορετικά συστήματα πεποιθήσεων, έχουν διαφορετικές προσδοκίες και επιδιώξεις καθώς και άλλες ατομικές διαφορές, το σταθερό σύστημα αναφοράς δεν μπορεί να είναι άλλο από την επιστημονική βιβλιογραφία.

Εξετάζοντας τον συμπληρωματικό χαρακτήρα των κανονισμών και των κλινικών οδηγιών, μπορούμε να αντιληφθούμε πως οι πρώτοι εκφράζουν την πολιτική ενός οργανισμού, φορέα ή δομής και εξυπηρετούν τις «στρατηγικές» επιδιώξεις αυτών, ενώ οι δεύτερες εκπορεύονται από την τρέχουσα γνώση της φύσεως του αντικειμένου και προτείνουν «τακτικούς» χειρισμούς αντιμετώπισης διάφορων καταστάσεων.

Στην περίπτωση της χώρας μας και του ΟΚΑΝΑ ειδικότερα, δεν παρατηρείται έλλειμμα κανονισμών, καθώς υπάρχει τόσο νομοθετικό πλαίσιο όσο και μια μεγάλη δεξαμενή διοικητικών αποφάσεων. Επίσημες κλινικές οδηγίες δεν υπάρχουν, ωστόσο πολλοί ιατροί του ΟΚΑΝΑ χρησιμοποιούν δημοσιευμένες κλινικές οδηγίες των ΗΠΑ, της Αυστραλίας, ή του Euromethwork, είτε τις κλινικές οδηγίες που ζήτησε η τότε διοίκηση του ΟΚΑΝΑ το 2001 ουδέποτε επισημοποιήθηκαν, αλλά έχουν κυκλοφορήσει από χέρι σε χέρι και έχουν χορηγηθεί στους περισσότερους νεοπροσληφθέντες ιατρούς της Νότιας Ελλάδος από το 2003. Οι περισσότερες κλινικές οδηγίες που συμπεριλαμβάνουν την χρήση της Βουπρενορφίνης έχουν συνταχθεί την ίδια περίπου εποχή (2000-2005) ενώ οι πλέον πρόσφατες αποτελούν τμήμα του εκπαιδευτικού προγράμματος Quality Patient Care Network, στο οποίο συμμετέχει και η χώρα μας. Ανάλογες οδηγίες, αμερικανικής προέλευσης κυρίως, υπάρχουν και για τους συμβούλους των Θεραπευτικών Προγραμμάτων και αφορούν τόσο την συμβουλευτική όσο και την Κινητοποιητική Συνέντευξη, ακόμη και την ομαδική θεραπεία. Όλες έχουν χαρακτήρα δημοσίου αγαθού, αρκεί να εκφράζεται ο ανάλογος σεβασμός στα πνευματικά δικαιώματα.

Ως εκ τούτων, πέραν της ανάγκης συνεχούς επικαιροποίησης των κανονισμών λειτουργίας και των κλινικών οδηγιών καθώς και της ενδεχόμενης ανάγκης περιοδικής κωδικοποίησης των πρώτων –τελευταία έγινε αυτό το 2005- δεν υφίσταται έλλειμμα στον τομέα αυτό και αρκεί να υπάρχουν αυτούσιες ή και με την μορφή συνδέσμων στα παραρτήματα του εγγράφου. Έτσι, το προτεινόμενο Πλαίσιο απαιτείται να έχει έναν δομικό χαρακτήρα, οριοθετώντας το προληπτικό και θεραπευτικό περιβάλλον του οργανισμού από το ευρύτερο εξωτερικό περιβάλλον, και στηρίζοντας με έναν τρόπο απλό,

σαφή, ελαστικό και απέριπτο τις λειτουργικές εφαρμογές του. Δηλαδή έναν ρόλο ανάλογο με εκείνο των δομικών στοιχείων ενός κτιρίου που επιτρέπουν πάμπολλες εσωτερικές διαρρυθμίσεις των επίπλων και συσκευών σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Ένα νέο Πλαίσιο προσαρμοσμένο στην σημερινή πραγματικότητα: Ανάμεσα στις πρώτες ενέργειες για την κατάρτιση ενός νέου Σχεδίου Πλαισίου για την Β΄ Φάση των Προγραμμάτων Υποκατάστασης στην Ελλάδα από τον Αντιπρόεδρο του ΟΚΑΝΑ κο Κωνσταντίνο Γαζγαλίδη (ένα έργο εν εξελίξει το καλοκαίρι του 2011) και την στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές μεσολάβησε μια σαρωτική αλλαγή του θεραπευτικού χάρτη ανά την χώρα η οποία τροποποίησε de facto κάθε προηγούμενο σχεδιασμό θεραπευτικών υπηρεσιών. Οι περισσότερες μεγάλες μονάδες του ΟΚΑΝΑ σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη έκλεισαν και ταυτόχρονα άνοιξαν πολλές μικρότερες μονάδες, κυρίως στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι θεραπευτικές δομές υπερδιπλασιάστηκαν από τον Μάρτιο του 2010 έως τον Ιούλιο του 2012 (56 από 25) και οι εξυπηρετούμενοι αυξήθηκαν κατά 64% (7637 από 4771) σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού (ΟΚΑΝΑ, 2012).

Οι νέες μονάδες διαθέτουν χώρους, υλικό, θεραπευτικά εργαλεία και προσωπικό ανάλογο με εκείνο των Εξωτερικών Ιατρείων Αντιμετώπισης της Ουσιοεξάρτησης που λειτουργούν εδώ και μια δεκαετία σε επαρχιακά νοσοκομεία και εκ των πραγμάτων ακολούθησαν παρόμοιο με εκείνων τρόπο λειτουργίας. Στις περισσότερες μονάδες χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα φάρμακα τα σκευάσματα βουπρενορφίνης. Οι περισσότερες διαθέτουν 1-2 εργαζόμενους κάθε ειδικότητας οι οποίοι θα πρέπει να εκπληρώνουν διάφορους ρόλους και να καλύπτουν άλλους συναδέλφους διαφορετικών ειδικοτήτων κατά την απουσία τους. Δεν υπάρχουν εργαζόμενοι σε εφεδρεία ώστε να αναλάβουν κάποιους εξειδικευμένους ρόλους, ούτε περίσσεια χρόνου ή εξειδικευμένοι χώροι (πχ αίθουσα ομαδικών θεραπειών) στις περισσότερες μονάδες.

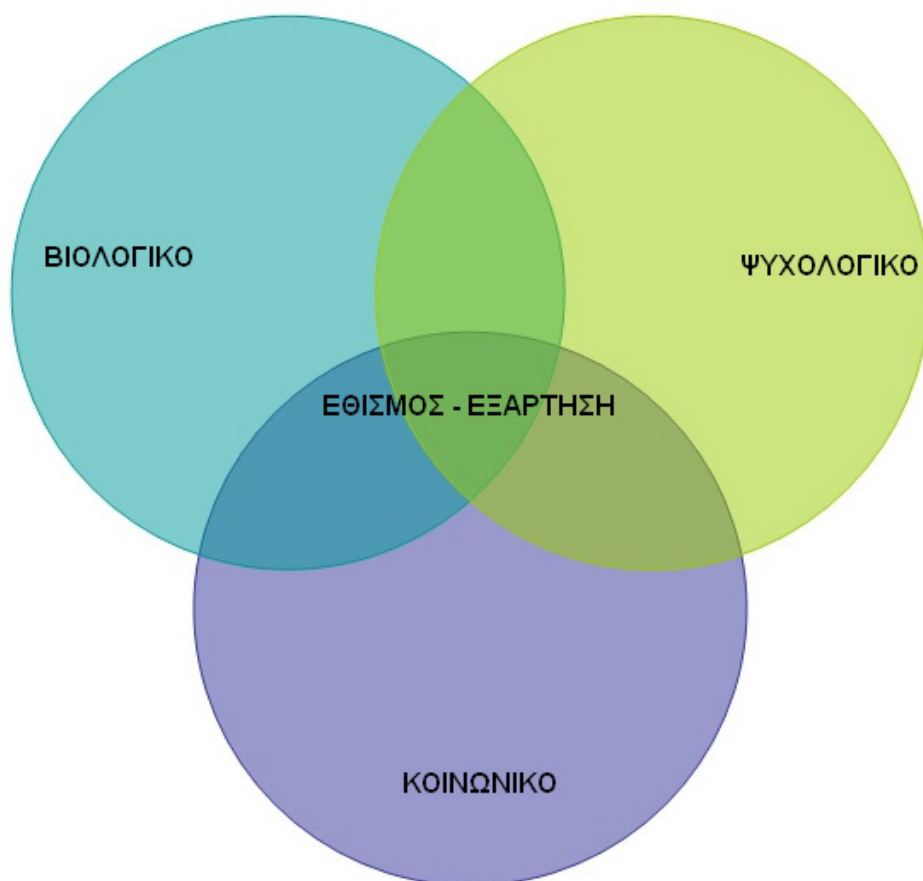
Το όλο εγχείρημα –το οποίο συνεχίζει να αποδίδει καρπούς αν και με σχετικά μειωμένους ρυθμούς- συνέπεσε με την αρνητική για την χώρα μας οικονομική συγκυρία, με αποτέλεσμα να διατίθενται στον Οργανισμό περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, να έχει ανασταλεί η δυνατότητα πρόσληψης νέου προσωπικού όλων των βαθμίδων την τρέχουσα περίοδο και να δυσχεραίνεται η ίδρυση εξειδικευμένων δομών εκτός του ΕΣΥ, όπως εκείνες του «Χαμηλού Ουδού- Προένταξης» που προϋποθέτει το Σχέδιο Πλαισίου για την Β΄ Φάση των Προγραμμάτων Υποκατάστασης στην Ελλάδα. Πέραν των οικονομικών περιορισμών υπάρχει και πολιτική αντίθεση στην λειτουργία μαζικών δομών στα αστικά κέντρα, οι οποίες εξυπηρετούν μεγάλους αριθμούς ασθενών με χαμηλό επίπεδο κινητοποίησης, ευνοώντας τις ενοχλητικές συγκεντρώσεις στον περιβάλλοντα χώρο και την έντονη αντίθεση των

επαγγελματιών και κατοίκων των περιοχών αυτών. Αυτός είναι άλλωστε ο επίσημος λόγος για τον οποίο η πολιτεία αποφάσισε να κλείσει τις μεγάλες μονάδες των αστικών κέντρων και, αν και τα περισσότερα κτίρια στα οποία αυτές λειτουργούσαν παραμένουν στην διάθεση του Οργανισμού, ο ΟΚΑΝΑ θα πρέπει να σκεφτεί σοβαρά όλες τις πιθανές επιπτώσεις επαναλειτουργίας κάποιων εξ αυτών ως δομές χαμηλού ουδού πρόσβασης.

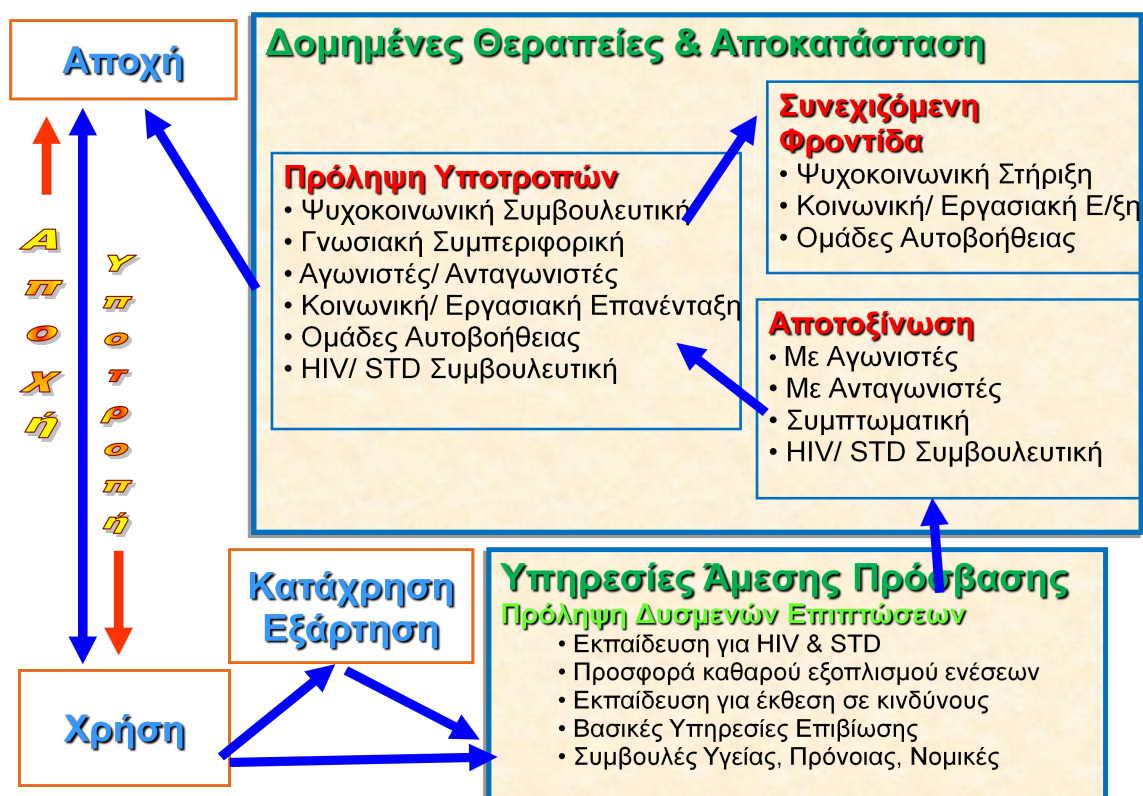
Μια μικρή και ευέλικτη μονάδα: Από την άλλη πλευρά, η μέχρι τώρα λειτουργία των νέων δομών απέδειξε εκ των πραγμάτων την εφικτότητα της άμεσης πρόσβασης των ασθενών στις μονάδες, οι οποίες θα αναφέρονται με το όνομα «Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης» (ΜΟΘΕ). Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης, ιδίως όταν αυτή συνοδεύεται από επαρκείς ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες, είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Προκειμένου το ακόλουθο πλαίσιο να είναι εύχρηστο ως κείμενο αναφοράς είναι προτιμότερο να μην κατακερματίζεται από πολλές βιβλιογραφικές παραπομπές και για τον λόγο αυτό στο **Παράρτημα III** συνάπτεται ένα τεκμηριωμένο κείμενο σχετικά με τη Μεθαδόνη και τη Βουπρενορφίνη στη Θεραπεία Υποκατάστασης. Έως ότου υπάρξουν επιστημονικές έρευνες που θα μελετούν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών μας στις Ελληνικές συνθήκες, η βέλτιστη πρακτική είναι η προσήλωση σε θεραπευτικές επιλογές εγνωσμένης αξίας και αποτελέσματος, άρα οι μονάδες μας θα πρέπει να προσφέρουν τόσο την *lege artis* φαρμακευτική θεραπεία, όσο και τις ελάχιστες αναγκαίες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες, εκείνες δηλαδή που επιτρέπουν οι δεδομένες συνθήκες. Η αξία των υπηρεσιών χαμηλού ουδού πρόσβασης είναι επίσης δεδομένη και μη έχοντας την δυνατότητα αυτήν την στιγμή να διαθέτουμε εξειδικευμένες δομές θα πρέπει οι ΜΟΘΕ να χαρακτηρίζονται από **εύκολη πρόσβαση και αυξημένη συγκράτηση**. Οι δομές αυτές θα πρέπει να υλοποιούν το μεγαλύτερο τμήμα της θεραπείας, από την εισαγωγή νέων ασθενών έως και την μακροχρόνια φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική θεραπεία και ως εκ τούτου θα συνυπάρχουν εντός αυτών ασθενείς σε διάφορα στάδια αποκατάστασης, κάτι το οποίο είναι εφικτό εφόσον οι μονάδες διατηρήσουν μικρή δυναμικότητα (περί τους 120 ασθενείς ανά μονάδα). Ως εκ τούτου οι μονάδες θα είναι **πολυφασικές** και θα αποτελούν το θεραπευτικό κύτταρο του ΟΚΑΝΑ, διατηρώντας την δυνατότητα να υποστηρίζονται στο έργο τους και να συμπληρώνονται από άλλες δομές και υπηρεσίες που σταδιακά ενδέχεται να αναπτυχθούν, όπως κλινικές αποτοξίνωσης από τα χάπια και το αλκοόλ, υπηρεσίες ιατρικής συνταγογράφησης, μονάδες εντός του σωφρονιστικού συστήματος αλλά και άλλες, μη φαρμακευτικές υπηρεσίες.

Ανάμεσα στους όρους που έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για να περιγράψουν τέτοιου τύπου μονάδες, θεωρώ πως ο όρος «Εξωτερικό Ιατρείο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων» είναι συμβατός (έτσι αναφέρονταν οι μονάδες της επαρχίας στις αρχές της πρώτης δεκαετίας του 21^{ου} αιώνα), ενώ

ο όρος «Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης», με τον οποίο αναφέρονται οι δομές στον Απολογισμό 2010-2012, είναι επίσης σωστός αλλά μπορεί να οδηγήσει στο πρόχειρο συμπέρασμα πως οι δομές αυτές περιορίζονται στην φαρμακευτική θεραπεία. Ο όρος «Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας» υποδηλώνει την προσκόλληση στο βιοψυχοκοινωνικό θεραπευτικό μοντέλο που χαρακτηρίζει τις δομές του ΟΚΑΝΑ από ιδρύσεώς του, έχει δε επί πλέον το πλεονέκτημα να είναι βραχύς και περιεκτικός.



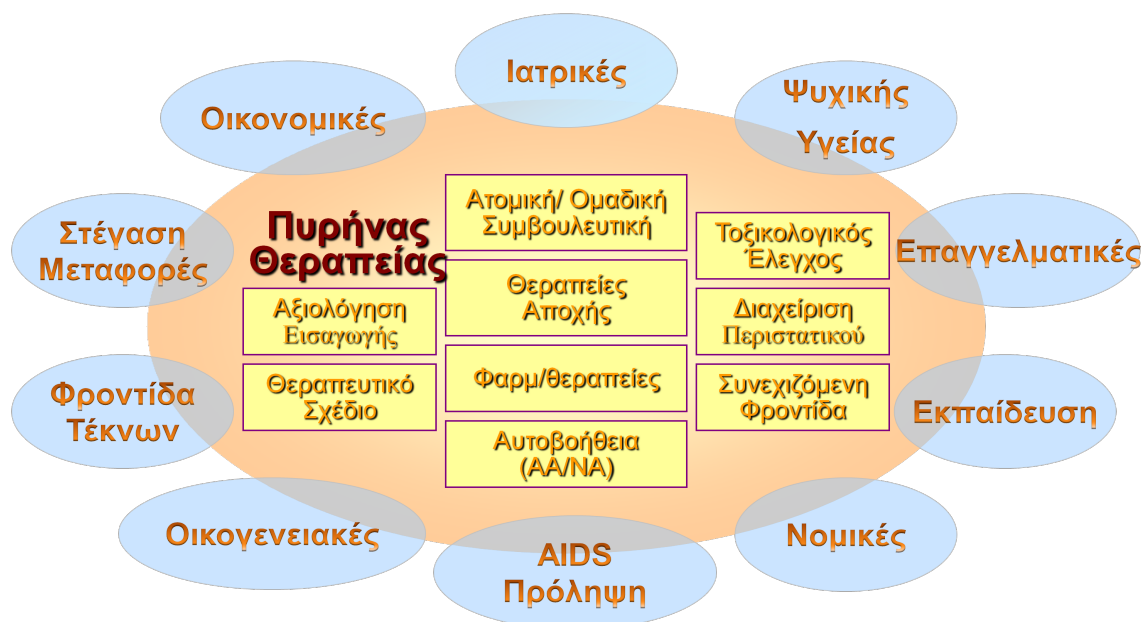
Η ανάγκη για ένα δίκτυο υπηρεσιών: Μια απαραίτητη λειτουργία που δεν μπορούν να επιτελέσουν οι ΜΟΘΕ λόγω της φύσης τους αλλά και της πρόσβασης μέσω καταλόγου προτεραιότητας είναι η προσέλκυση και άμεση πρόσβαση των χρηστών, όπως απαιτείται στα σύγχρονα μοντέλα υπηρεσιών υγείας για την εξάρτηση. Ένα σχήμα του σχεδιασμού τέτοιων υπηρεσιών, παρουσιάσθηκε στην συνάντηση των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ για το νέο Πλαίσιο τον Δεκέμβριο του 2010 και σας το παραθέτω εδώ - αξιοσημείωτο είναι το ότι όλες οι πυρηνικές δομημένες θεραπευτικές διαδικασίες ονομάζονται συλλογικά «Πρόληψη Υποτροπών» (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2003):



Αυτές οι υπηρεσίες, μέρος των οποίων αποτελεί η «Δουλειά στον Δρόμο», η Τηλεφωνική Γραμμή Υποστήριξης 1031, ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων και η Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης λειτουργούν ανεξάρτητα των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και στοχεύουν στην παροχή ιατρικής βοήθειας για τα προβλήματα υγείας ή την παραπομπή των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες υγείας, την ενθάρρυνση και την ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα, την προσπάθεια ανάπτυξης κινήτρου για την ένταξή τους στα θεραπευτικά προγράμματα, την μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας και τον περιορισμό της βλάβης (πρόληψη της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και της μετάδοσής τους). Ο ΟΚΑΝΑ πρέπει να διερευνά διαρκώς την δυνατότητα επέκτασης και σωστής λειτουργίας τους, ενώ το έργο της διαμόρφωσης ενός ικανοποιητικού πλαισίου λειτουργίας αφορά τους ανθρώπους που έχουν εμπειρία από την λειτουργία των δομών αυτών. Ως εκ τούτου το παρόν πλαίσιο δεν αφορά τον εσωτερικό τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών, εκτός των σημείων όπου θίγει θέματα παραπομπών προς ή/και συνεργασίας με τις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας.

Ακόμη και αυτές οι υπηρεσίες θεωρούνται ως μη επαρκείς και θα πρέπει να περιβάλλονται από άλλες περιφερειακές υπηρεσίες, διαθέσιμες από την κοινότητα ή την πολιτεία στο σύνολο του πληθυσμού. Υπηρεσίες

δηλαδή που δεν απευθύνονται αποκλειστικά στους χρήστες τοξικών ουσιών αλλά σε όλες τις ευπαθείς ομάδες (όπως φροντίδα απόρων) ή και καθολικές (όπως υγειονομική ασφάλιση). Είναι ευρέως γνωστό πως η χώρα μας, αν και έχει κάνει μεγάλα βήματα στον τομέα αυτό τα τελευταία έτη, υπολείπεται των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών στην προσφορά παρομοίων υπηρεσιών και μάλιστα οι ήδη υπάρχουσες απειλούνται σοβαρά από την τρέχουσα οικονομική κατάσταση. Ένα μικρό μέρος του φορτίου αυτού δύναται να αναλάβει ο Οργανισμός εφόσον υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι και μέχρι κάποιου σημείου. Για παράδειγμα, βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι δυνατό να προσφερθούν στα μέλη των μονάδων από τους Ψυχιάτρους, αλλά δεν υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων σε ανασφάλιστους, ούτε νοσηλείας όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη. Οι εργαζόμενοι στα προγράμματα θα πρέπει να είναι ενήμεροι της ανάγκης τέτοιων υπηρεσιών, όπως αυτές που αναφέρονται στο κάτωθι σχήμα και τόσο οι ίδιοι, όσο και ο Οργανισμός να επιδιώξουν την αποτελεσματική διασύνδεση και παραπομπή των μελών σε όσες είναι διαθέσιμες. Η ανάπτυξη και λειτουργία περισσότερων τέτοιων υπηρεσιών αποτελεί έργο της Πολιτείας και διαφόρων Μη Κυβερνητικών Οργανισμών και ο τρόπος λειτουργίας τους επίσης δεν αποτελεί στόχο του παρόντος πλαισίου. Ακολουθεί η ανάπτυξη ενός σχήματος τέτοιων περιφερειακών υπηρεσιών οι οποίες περιβάλλουν έναν πυρήνα θεραπευτικών υπηρεσιών (μετάφραση και προσαρμογή από (National Institute on Drug Abuse, 2009)



Άλλη μια μορφή υπηρεσιών που δεν αποτελεί τμήμα της θεραπείας και πρόληψης υποτροπών και δεν εμφανίζεται στα ανωτέρω σχήματα είναι η Πρωτοβάθμια Πρόληψη. Ο ΟΚΑΝΑ προσφέρει τέτοιες πρωτοβάθμιες

υπηρεσίες ως βασικός φορέας Πρόληψης της χρήσης Ναρκωτικών στον τομέα μείωσης της ζήτησης. Υπάρχει ανάγκη ενιαίου Πλαισίου λειτουργίας των δομών του ΟΚΑΝΑ που συμπεριλαμβάνουν 71 Κέντρα Πρόληψης ανά την επικράτεια, για την σύνταξη του οποίου είναι κατάλληλοι όσοι έχουν εμπειρία στον τομέα αυτό και ως εκ τούτου το παρόν πλαίσιο θα περιοριστεί στους τομείς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης που αφορά τις διάφορες θεραπευτικές και υποστηρικτικές αυτών δομές.

Αρχές της αποτελεσματικής θεραπείας: Σύμφωνα με το σκεπτικό που αναπτύχθηκε, το παρόν πλαίσιο περιλαμβάνει ένα δομικό σχεδιασμό των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ και τις βασικές αρχές λειτουργίας των δομών αυτών. Συμπληρωματικές πληροφορίες και κείμενα που θα διευκολύνουν την όλη υλοποίηση περιλαμβάνονται σε ειδικά Παραρτήματα τα οποία μπορούν να ενημερώνονται και να αυξάνονται ανάλογα με τις ανάγκες στην πορεία του χρόνου. Θεωρώ απαραίτητο, πριν προχωρήσουμε στην πρόταση καθεαυτή, να προηγηθεί η ανάπτυξη της θεραπευτικής φιλοσοφίας που οφείλει να ακολουθεί το Πλαίσιο και οι εργαζόμενοι στις θεραπευτικές και υποστηρικτικές δομές του ΟΚΑΝΑ. Δεδομένου πως η φιλοσοφία αυτή θα πρέπει να είναι ενιαία και λαμβάνοντας υπ' όψιν το πλήθος και την έκταση των διαφορετικών απόψεων στις τάξεις των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ, προτείνεται να υιοθετηθούν τα επιστημονικά τεκμηριωμένα πορίσματα των Αρχών Αποτελεσματικής Θεραπείας του NIDA, όπως μεταφράζονται εδώ από την πλέον πρόσφατη και ενημερωμένη έκδοση του 2009, παραπέμποντας σε αυτήν όσους ενδιαφέρονται για περισσότερες λεπτομέρειες (National Institute on Drug Abuse, 2009). Κατά την μετάφραση αποφεύχθηκε η αναζήτηση πολιτικώς ορθών όρων και προτιμήθηκε η σχετική κυριολεξία, καλούνται δε οι αναγνώστες να αντιμετωπίσουν την ενδεχόμενη αντίδραση ξενισμού που μπορεί να προκληθεί σε μερικά σημεία με ανοικτό πνεύμα και εστιάζοντας στην ουσία των πορισμάτων. Δεν είναι δυνατό να υιοθετήσουμε ένα πλαίσιο που αγνοεί τις αρχές αυτές, ή, ακόμη χειρότερα, έρχεται σε αντίθεση με αυτές.

1. **Ο εθισμός είναι μια πολύπλοκη αλλά αντιμετωπίσιμη νόσος, η οποία επηρεάζει την εγκεφαλική λειτουργία και την συμπεριφορά.** Οι τοξικές ουσίες σε κατάχρηση τροποποιούν την εγκεφαλική δομή και λειτουργία, με αποτέλεσμα αλλαγές οι οποίες επιμένουν επί μακρόν μετά την διακοπή της χρήσης τους. Αυτό μπορεί να εξηγεί γιατί οι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση ουσιών διατρέχουν τον κίνδυνο υποτροπής ακόμη και κατόπιν μακρών περιόδων αποχής και παρ' όλες τις δυνητικά καταστροφικές συνέπειες.
2. **Δεν υπάρχει μία και μόνη θεραπεία που να είναι κατάλληλη για τον οποιοδήποτε.** Η αντιστοίχιση των θεραπευτικών δομών, των παρεμβάσεων και των υπηρεσιών με τα ειδικότερα προβλήματα και τις ανάγκες ενός ατόμου είναι κρίσιμη για την οριστική επιτυχία της

επιστροφής του σε κατάσταση παραγωγικής λειτουργικότητας στην οικογένεια, τον εργασιακό χώρο και την κοινωνία.

3. **Η θεραπεία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμη.** Επειδή τα εθισμένα άτομα μπορεί να είναι αβέβαιοι για την είσοδό τους σε θεραπεία, το να εκμεταλλευόμαστε τις διαθέσιμες υπηρεσίες την στιγμή που οι άνθρωποι είναι έτοιμοι για θεραπεία είναι κρίσιμο. Ενδεχόμενοι χρήστες των υπηρεσιών μπορεί να χαθούν αν η θεραπεία δεν είναι άμεσα διαθέσιμη ή προσβάσιμη. Όπως με άλλες χρόνιες παθήσεις, όσο ενωρίτερα προσφέρεται η θεραπεία κατά την εξέλιξη της νόσου, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα θετικού αποτελέσματος.
4. **Η αποτελεσματική θεραπεία ανταποκρίνεται στις πολλαπλές ανάγκες ενός ατόμου και όχι μόνο στην κατάχρηση ουσιών του.** Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία θα πρέπει να αντιμετωπίζει την κατάχρηση ουσιών και κάθε σχετιζόμενο ιατρικό, ψυχολογικό, σωματικό, επαγγελματικό και νομικό πρόβλημα (ΣΤΜ: Ολιστική Προσέγγιση). Είναι επίσης σημαντικό η θεραπεία να είναι κατάλληλη για την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα και την κουλτούρα του ατόμου (ΣΤΜ: Εξατομίκευση).
5. **Η παραμονή σε θεραπεία για επαρκές χρονικό διάστημα είναι κρίσιμη.** Η κατάλληλη διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και τον βαθμό των προβλημάτων και των αναγκών του ατόμου. Η έρευνα δείχνει πως για τα περισσότερα άτομα απαιτούνται τουλάχιστον 3 μήνες σε θεραπεία ώστε να ελαττωθεί σημαντικά ή να σταματήσει η χρήση ουσιών και τα καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται σε μεγαλύτερης διάρκειας θεραπεία. Η ανάνηψη από τον εθισμό είναι μια μακροχρόνια διαδικασία και συχνά απαιτούνται πολλαπλές θεραπευτικές προσπάθειες. Όπως συμβαίνει με άλλες χρόνιες παθήσεις, οι υποτροπές μπορεί να συμβαίνουν και θα πρέπει να σηματοδοτούν την ανάγκη επανέναρξης ή προσαρμογής της θεραπείας. Επειδή τα άτομα συχνά εγκαταλείπουν πρόωρα την θεραπεία, τα προγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν στρατηγικές συμμετοχής και συγκράτησης.
6. **Η Συμβουλευτική –ατομική ή/και ομαδική- και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες είναι οι συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες μορφές θεραπείας της κατάχρησης ουσιών.** Οι συμπεριφορικές θεραπείες διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την εστίαση και μπορεί να περιλαμβάνουν την ενίσχυση του κινήτρου που διαθέτει ο ασθενής ως προς την αλλαγή, την παροχή κινήτρων για αποχή, την οικοδόμηση δεξιοτήτων αντίστασης στην χρήση ουσιών, την αντικατάσταση δραστηριοτήτων που συνοδεύονται από χρήση ουσιών με άλλες εποικοδομητικές και ανταμοίβουσες δραστηριότητες, την βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και την διευκόλυνση ανάπτυξης καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων. Επίσης, η συμμετοχή σε ομαδική θεραπεία και άλλα προγράμματα στήριξης από ομότιμους κατά την διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της αποχής.

7. **Τα φάρμακα αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο της θεραπείας για πολλούς ασθενείς, ειδικά όταν συνδυάζονται με συμβουλευτική και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες.** Για παράδειγμα, η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη είναι αποτελεσματικές στο να βοηθούν άτομα εθισμένα στην ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή να σταθεροποιήσουν τη ζωή τους και να ελαττώσουν την χρήση παρανόμων ουσιών. Η ναλτρεξόνη είναι επίσης μια αποτελεσματική θεραπεία για κάποιους εθισμένους στα οπιοειδή ασθενείς και κάποιους ασθενείς εξαρτημένους από το οινόπνευμα. Άλλα φάρμακα για την εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι η ακαμπροσάτη, η δισουλφιράμη και η τοπιραμάτη. Για άτομα εθισμένα στη νικοτίνη, ένα προϊόν υποκατάστασης νικοτίνης (όπως τα έμπλαστρα, οι τσίχλες ή οι παστίλιες) ή μια από του στόματος αγωγή (όπως βουπροπιόνη ή βαρενικλίνη) μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό συστατικό της θεραπείας όταν αποτελούν τμήμα ενός ολοκληρωμένου προγράμματος συμπεριφορικής θεραπείας.
8. **Το θεραπευτικό σχέδιο και το πλάνο υπηρεσιών ενός ατόμου θα πρέπει να αξιολογείται συνεχώς και να τροποποιείται όπως είναι αναγκαίο ώστε να εξασφαλίζεται πως ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.** Ένας ασθενής μπορεί να χρειάζεται διαφορετικούς συνδυασμούς υπηρεσιών και θεραπευτικών χειρισμών κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της αποκατάστασης. Επιπρόσθετα στη συμβουλευτική ή τη ψυχοθεραπεία, ένας ασθενής μπορεί να χρειάζεται φάρμακα, ιατρικές υπηρεσίες, οικογενειακή θεραπεία, καθοδήγηση για την ανατροφή των τέκνων του, επαγγελματική αποκατάσταση και/ή κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες. Για πολλούς ασθενείς η προσέγγιση της συνεχιζόμενης φροντίδας παρέχει τα καλύτερα αποτελέσματα, με την εντατικότητα της θεραπείας να ποικίλει ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ατόμου.
9. **Πολλά άτομα εθισμένα στις ουσίες πάσχουν επίσης από άλλες ψυχικές διαταραχές.** Επειδή η κατάχρηση ουσιών και ο εθισμός –τα οποία συνιστούν ψυχικές διαταραχές– συχνά συνυπάρχουν με άλλες ψυχικές παθήσεις, οι ασθενείς που προσέρχονται με την μία κατάσταση θα πρέπει να αξιολογούνται και για την παρουσία της άλλης (ή των άλλων). Και όταν τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται από κοινού η θεραπεία θα πρέπει να αντιμετωπίσει και τα δύο (ή όλα), συμπεριλαμβάνοντας την χρήση φαρμάκων όπως ενδείκνυται.
10. **Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αποτοξίνωση είναι απλώς το πρώτο στάδιο της θεραπείας του εθισμού και από μόνη της ελάχιστα επιδρά στην μακροπρόθεσμη κατάχρηση ουσιών.** Παρόλο που η φαρμακευτικώς υποβοηθούμενη αποτοξίνωση μπορεί να αντιμετωπίσει ασφαλώς τα οξέα φυσιολογικά (ΣΤΜ: σωματικά) συμπτώματα της απόσυρσης και, για κάποιους, μπορεί να ανοίξει το δρόμο για αποτελεσματική μακροπρόθεσμη θεραπεία του εθισμού, η αποτοξίνωση μόνη είναι σπανίως επαρκής στο να βοηθήσει εθισμένα άτομα να

επιτύχουν μακρόχρονη αποχή. Έτσι, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συνεχίζουν την θεραπεία μετά την αποτοξίνωση. Η κινητοποιητική ενίσχυση και στρατηγικές κινήτρων, με έναρξη κατά την αρχική εισαγωγή των ασθενών, μπορούν να βελτιώσουν την εμπλοκή των ασθενών στην θεραπεία.

11. **Η θεραπεία δεν απαιτείται να είναι εθελοντική ώστε να είναι αποτελεσματική.** Κυρώσεις ή θέλητρα που θέτει η οικογένεια, το εργασιακό περιβάλλον και/ή το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την εισαγωγή σε θεραπεία, τα ποσοστά συγκράτησης και την οριστική επιτυχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
12. **Η παράλληλη χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς, καθώς υποτροπές κατά τη διάρκεια της θεραπείας συμβαίνουν.** Η γνώση πως η χρήση ουσιών παρακολουθείται μπορεί να είναι ένα ισχυρό κίνητρο για τους ασθενείς και μπορεί να τους βοηθήσει να αντισταθούν στην παρόρμηση να κάνουν χρήση. Η παρακολούθηση επίσης παρέχει μια ένδειξη της επιστροφής στην χρήση ουσιών, σηματοδοτώντας μια πιθανή ανάγκη να τροποποιηθεί το ατομικό θεραπευτικό πλάνο ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του ασθενούς.
13. **Τα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να αξιολογούν τους ασθενείς για την παρουσία του HIV/AIDS, των ηπατίτιδων Β και C, της φυματίωσης και άλλων μολυσματικών ασθενειών, καθώς και να παρέχουν συμβουλευτική στοχευμένη στην ελάττωση των επικίνδυνων συμπεριφορών ώστε να βοηθήσει τους ασθενείς να τροποποιήσουν ή να αλλάξουν τις συμπεριφορές που τους θέτει σε κίνδυνο να μολυνθούν ή να διαδώσουν τις μολυσματικές ασθένειες.** Τυπικά, η θεραπεία αντιμετωπίζει ορισμένες από τις σχετιζόμενες με την χρήση συμπεριφορές που εκθέτουν τους ανθρώπους στους κινδύνους λοιμωδών νοσημάτων. Στοχευμένη συμβουλευτική, ειδικά εστιασμένη στην μείωση του κινδύνου μολυσματικών ασθενειών μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς περαιτέρω να ελαττώσουν ή αποφύγουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, σχετιζόμενες με την χρήση ουσιών και μη. Η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει επίσης εκείνους που έχουν ήδη μολυνθεί, ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένειά του. Επιπλέον η εμπλοκή στην θεραπεία της εξάρτησης μπορεί να ενισχύσει την αυστηρή συμμόρφωση με τις άλλες φαρμακευτικές θεραπείες. Οι ασθενείς μπορεί να είναι απρόθυμοι να δεχθούν τον έλεγχο για HIV (και άλλες μολυσματικές ασθένειες)· ως εκ τούτου οι πάροχοι θεραπευτικών υπηρεσιών βαρύνονται με την ενθάρρυνση υποστήριξη του ελέγχου HIV και την πληροφόρηση των ασθενών για το ότι η υψηλής δραστηριότητας αντρετροϊική θεραπεία (HAART) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην καταπολέμηση του HIV, συμπεριλαμβανομένων των πληθυσμών που κάνουν κατάχρηση ουσιών.

Η ποιότητα των υπηρεσιών: Εξίσου σημαντική είναι η εξασφάλιση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Το ζήτημα απασχολεί όλους τους ενδιαφερόμενους, την πολιτεία, το κοινό, τον ΟΚΑΝΑ, τους εργαζομένους σε αυτόν, τους χρήστες των υπηρεσιών μας και τα οικεία τους πρόσωπα. Ουδέποτε παύουν να εκφράζονται φόβοι για υποβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός από της ιδρύσεώς του και οι φόβοι αυτοί διογκώθηκαν με αφορμή την τρέχουσα οικονομική κατάσταση αλλά και τις ταχείες αλλαγές του χάρτη υπηρεσιών οι οποίες υλοποιήθηκαν το Φθινόπωρο του 2011. Προκειμένου να παρακολουθήσουμε την ποιότητα των υπηρεσιών, είναι αναγκαίο να ορισθεί το τι θεωρείται ποιοτικό. Η συγκυρία είναι ευνοϊκή καθώς στα πλαίσια του European Action Plan on Drugs 2009-2012 με τη σύμφωνη γνώμη της Ελληνικής κυβέρνησης ανατέθηκε στο Swiss Research Institute for Public Health and Addiction (ISGF) η έρευνα και ακολούθως η καταγραφή των Ελαχίστων Ποιοτικών Προδιαγραφών European Quality Standards (EQUS) σύμφωνα με την γνώμη ειδικών από όλες τις ενδιαφερόμενες χώρες και το έργο ολοκληρώθηκε με την σύνταξη ενός καταλόγου ποιοτικών προδιαγραφών σε επίπεδα παρεμβάσεων (που αφορούν τους εργαζόμενους στην πρόληψη, την θεραπεία και την μείωση της βλάβης), υπηρεσιών (που αφορούν κυρίως τους διοικητές των δομών) και συστήματος (που αφορούν κυρίως τους διοικητές των οργανισμών και όσους σχεδιάζουν την πολιτική για τα ναρκωτικά). Μια μετάφραση του συνόλου των ποιοτικών κριτηρίων (Uchtenhagen et al, 2011) περιλαμβάνεται στο **Παράρτημα IV**. Ενδεικτικά τα κριτήρια που αφορούν τη θεραπεία συμπεριλαμβάνουν:

1. **Σε δομικό επίπεδο:** προσβάσιμη τοποθεσία, επαρκείς χώροι για τις δραστηριότητες και την ατομική συμβουλευτική, ασφάλεια του φυσικού περιβάλλοντος (εξοπλισμός για διαχείριση μιας υπερδοσολογίας, φωτιάς ή επιθετικής συμπεριφοράς στις εγκαταστάσεις), θεραπευτική ένδειξη πάντοτε στην βάση μίας διάγνωσης, τουλάχιστον το μισό προσωπικό να έχει δίπλωμα ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής εργασίας ή ψυχολογίας, διακλαδικότητα: (η υπηρεσία να απασχολεί μια πολυκλαδική ομάδα που αποτελείται τουλάχιστον από 3 ειδικότητες)
2. **Σε διαδικασιακό (υπηρεσιακό και παρεμβατικό) επίπεδο:** Αξιολόγηση ιστορικού χρήσης ουσιών, διαγνώσεων και θεραπευτικού ιστορικού, σωματικής και κοινωνικής κατάστασης, ψυχιατρικής κατάστασης, εξατομικευμένα θεραπευτικά πλάνα, ενημέρωση και συγκατάθεση με το θεραπευτικό σχήμα ή πλάνο ή μια αλλαγή στο θεραπευτικό πλάνο, πλήρης και χρονολογημένη καταγραφή για κάθε ασθενή σε ένα ιστορικό/ φάκελο ασθενούς, εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και τακτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού
3. **Σε επίπεδο συστήματος:** Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει σε βελτιώσεις ή σταθεροποίηση της υγείας, σε κοινωνική σταθεροποίηση

ή ενσωμάτωση, στην ελάττωση της χρήσης ουσιών πχ βοηθώντας τον ασθενή να μειώσει την χρήση ή να απέχει από παράνομες ή μη συνταγογραφούμενες ψυχοτρόπες ουσίες, οι υπηρεσίες θα πρέπει να αναφέρουν περιοδικά την πληρότητα των θεραπευτικών θέσεων ή κλινών, ο λόγος των κανονικών προς τις μη κανονικές εξαγωγές και τα ποσοστά συγκράτησης θα πρέπει να ελέγχονται περιοδικά. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προβαίνουν κανονικά σε μία εσωτερική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων τους και θα πρέπει να επιτρέπουν διαχρονικά μία εξωτερική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων τους από έναν ανεξάρτητο εξωτερικό αξιολογητή

Ανάλογες ελάχιστες προδιαγραφές προτείνονται για τους τομείς της πρόληψης και της μείωσης της βλάβης. Δεν είναι δυνατό να υιοθετήσουμε ένα πλαίσιο που αγνοεί τις ελάχιστες ποιοτικές προδιαγραφές όπως αυτές καθορίζονται στην πρόταση EQUUS, ή, ακόμη χειρότερα, να έρχεται σε αντίθεση με αυτές.

Προτεινόμενη γενική βιβλιογραφία: Προκειμένου οι εργαζόμενοι του ΟΚΑΝΑ και ο κάθε αναγνώστης να μπορούν να διαμορφώσουν δική τους άποψη για τα θέματα που συζητούνται εδώ, είναι απαραίτητο να έχουν τη δυνατότητα μελέτης του διαθέσιμου βιβλιογραφικού υλικού. Η προτεινόμενη γενική βιβλιογραφία, χωρίς να θεωρείται ολοκληρωμένη, είναι η ακόλουθη.

- ✓ Από τη σειρά *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series* του Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US) Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs, οι εκδόσεις
 - **TIP 54** Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders
 - **TIP 53** Addressing Viral Hepatitis in People With Substance Use Disorders
 - **TIP 52** Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor
 - **TIP 51** Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women
 - **TIP 50** Addressing Suicidal Thoughts And Behaviors in Substance Abuse Treatment
 - **TIP 49** Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice
 - **TIP 48** Managing Depressive Symptoms in Substance Abuse Clients During Early Recovery
 - **TIP 47** Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment

- **TIP 46** Substance Abuse: Administrative Issues in Outpatient Treatment
- **TIP 45** Detoxification and Substance Abuse Treatment
- **TIP 44** Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System
- **TIP 43** Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs
- **TIP 42** Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders
- **TIP 41** Substance Abuse Treatment: Group Therapy
- **TIP 40** Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction
- **TIP 39** Substance Abuse Treatment and Family Therapy
- **TIP 38** Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services
- **TIP 37** Substance Abuse Treatment for Persons With HIV/AIDS
- **TIP 36** Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues
- **TIP 35** Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment
- **TIP 34** Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse
- **TIP 33** Treatment for Stimulant Use Disorders
- **TIP 29** Substance Use Disorder Treatment for People with Physical and Cognitive Disabilities
- **TIP 27** Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment
- **TIP 26** Substance Abuse and Older Adults
- **TIP 25** Substance Abuse Treatment and Domestic Violence
- **TIP 24** A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/numerical.htm>,

- ✓ Από τις εκδόσεις του οργανισμού *Euromethwork*
 - Verster, A. & Bunning E. Buprenorphine: Critical Questions Examined, © Quest for Quality BV, Euro-Methwork, Amsterdam, The Netherlands, 2005
 - Verster, A., Bunning, E. Information for Policy Makers on the effectiveness of substitution treatment programs, 2003
 - Verster, A., Bunning, E. Methadone Guidelines, Euromethwork, Amsterdam, The Netherlands, 2000

<http://www.q4q.nl/euromethwork/home/publications/>

- ✓ Από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ), Αθήνα οι Ετήσιες Εκθέσεις για την Κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οικοπνευματωδών στην Ελλάδα

<http://www.ektepn.gr/>

- ✓ Από το *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο) οι αντίστοιχες ετήσιες εκθέσεις για Ετήσιες Εκθέσεις για την Κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οικοπνευματωδών στην Ευρώπη

<http://www.emcdda.europa.eu/>

- ✓ Από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η έκδοση Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, World Health Organization 2009

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf

- ✓ Γενικά συγγράμματα:
 - Lowinson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Fifth Edition, Pedro Ruiz & Eric Strain, 2011
 - The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment, Fourth Edition, Edited by Marc Galanter, M.D., and Herbert D. Kleber, M.D., 2008
- ✓ Από την Ελληνική βιβλιογραφία:
 - Γαζγαλίδης Κώστας, Ηρώνη, υποκατάστατα και ανταγωνιστές, Θεραπείες: Μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, LAAM, ναλτρεξόνη, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, 2003
 - Γαζγαλίδης Κώστας, Ναρκωτικά, Εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης, Εξάντας, 2005
 - Κόκκορης Π. Χρήστος, Εξάρτηση, Νευροβιολογικό Υπόστρωμα, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2007

Υπάρχουν επίσης και τα παλαιότερα γνωστά και διαδεδομένα γενικά συγγράμματα των κων Μαρσέλου, Λιάππα και Κουτσελίνη.

Το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ:

Το παρόν Πλαίσιο περιλαμβάνει 4 ενότητες/ κεφάλαια.

Στην *πρώτη ενότητα* γίνεται μια περιγραφή του **Δικτύου Θεραπευτικών Υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ**, περιλαμβάνοντας τις δομές που λειτουργούν σήμερα, καθώς και δομές που ενδέχεται να δημιουργηθούν στο εγγύς ή απώτερο μέλλον, προκειμένου να καλυφθούν σημαντικά κενά της θεραπείας.

Στη *δεύτερη ενότητα* περιγράφονται οι **Φάσεις της Θεραπείας**, σύμφωνα με ένα μοντέλο που μπορεί να προσαρμοστεί άνετα στις υφιστάμενες θεραπευτικές δομές.

Στην *τρίτη ενότητα* γίνεται η περιγραφή της **Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης**, μιας πολυφασικής δομής, με υψηλό βαθμό αυτότητας, η οποία αποτελεί το θεραπευτικό κύτταρο του ΟΚΑΝΑ και προσφέρει τον πυρήνα των θεραπευτικών υπηρεσιών: θεραπεία υποκατάστασης με παράλληλη θεραπεία των συνυπαρχουσών σωματικών διαταραχών και πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, με ιεραρχημένους στόχους.

Στην *τέταρτη ενότητα* εξετάζονται ορισμένα κλινικά θέματα, υπό το πρίσμα **Αρχών καλής Κλινικής Πρακτικής**, όπως ο τοξικολογικός έλεγχος και η διαχείριση των υποτροπών.

Το Πλαίσιο δεν περιλαμβάνει εκτεταμένες κλινικές οδηγίες ή κατευθυντήριες γραμμές, καθώς αυτές συνεχώς αναπροσαρμόζονται ώστε να είναι συμβατές με τις επιστημονικές εξελίξεις. Οι κλινικοί παραπέμπονται στις υφιστάμενες κλινικές οδηγίες (Κοκκώλης 2001a & 2001b, Κοκκώλης & Αναγνώστου 2003, Center for Substance Abuse Treatment, 2005, Verster & Bunning 2000 & 2005) και στο εν εξελίξει εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Quality Patient Care Network -το οποίο ξεκίνησε να υλοποιείται στη χώρα μας με τη Συνάντηση των Ελλήνων Εκπαιδευτών τον Σεπτέμβριο του 2012- στην ελληνική γλώσσα και εξ ολοκλήρου από εργαζόμενους στον ΟΚΑΝΑ - πρόκειται δε για τις πλέον πρόσφατες και ενημερωμένες κλινικές οδηγίες, αφού συντάχθηκαν το 2011 και θα αναβαθμίζονται διαρκώς.

Το Πλαίσιο δεν περιλαμβάνει διοικητικές αποφάσεις και κανονισμούς, που αποτελούν ωστόσο αναπόσπαστο τμήμα ενός πλαισίου λειτουργίας ενός οργανισμού όπως ο ΟΚΑΝΑ. Όλοι οι εργαζόμενοι του ΟΚΑΝΑ είναι υποχρεωμένοι να συμμορφώνονται απολύτως με τις διοικητικές αποφάσεις. Από την άλλη πλευρά, οι διοικητικές αποφάσεις πρέπει να είναι πάντοτε κλινικά ενήμερες, προκειμένου να εξυπηρετούν ορθώς τους σκοπούς και τους στόχους του ΟΚΑΝΑ, τόσο στον τομέα της Πρόληψης, όσο και της Θεραπείας, σύμφωνα τόσο με τεχνικές και οικονομικές παραμέτρους (όπως η σχέση κόστους/ αποτελέσματος), όσο και με τις αρχές της αποδεικτικής ιατρικής και της βέλτιστης πρακτικής.

Το πλαίσιο φιλοδοξεί να συμπληρώνεται και να ενημερώνεται τακτικά, προκειμένου να είναι επίκαιρο και έτοιμο να αντιμετωπίσει τις αλλαγές και προκλήσεις που κρύβει το μέλλον και για το λόγο αυτό κάθε πρόταση ή σχόλιο είναι ευπρόσδεκτο. Αντίγραφο του πλαισίου σε μορφή Adobe Acrobat (pdf) θα είναι διαθέσιμο ανά πάσα στιγμή από την ιστοσελίδα του ΟΚΑΝΑ, <http://www.okana.gr/>, προκειμένου να διαβαστεί στην οθόνη του υπολογιστή με τη βοήθεια ενεργών συνδέσμων στα περιεχόμενα, ή και να εκτυπωθεί. Ο πλήρης σύνδεσμος είναι ο εξής:

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhs-antimetwpishs-ths-eksarthshs>

Η υλοποίηση από τον ΟΚΑΝΑ, ενός μηχανισμού ελέγχου ορθής εφαρμογής του παρόντος ή οποιουδήποτε πλαισίου μπορεί να είναι αναγκαία για την εξάλειψη του φαινομένου αυθαιρεσιών και ακραίων διαφοροποιήσεων μεταξύ των διαφόρων δομών του οργανισμού και παράλληλα μπορεί να αποτελεί στοιχείο αξιολόγησης των υπευθύνων των δομών.

Κατά τη σύνταξη της παρούσης πρότασης πλαισίου έγινε εκτεταμένη χρήση υλικού από τις προτάσεις του 2008 (ομάδα εργασίας από υπαλλήλους του ΟΚΑΝΑ, με συμμετοχή του Συλλόγου Εργαζομένων και βασιζόταν στις αρχές που περιγράφει το CSAT TIP 43), του 2010 (Επιστημονική Επιτροπή του Συλλόγου Εργαζομένων), του 2011 (Αντιπρόεδρος του ΟΚΑΝΑ, κος Κ. Γαζγαλίδης κατόπιν προτάσεων από την ολομέλεια των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ), ενώ είναι σημαντικότερη και η συνεισφορά του πρωτοποριακού Πλαισίου Λειτουργίας του 2004, το οποίο εισήγαγε έννοιες και δομές που είναι επίκαιρες και σήμερα.

Ευχαριστείται θερμά όλο το προσωπικό του Οργανισμού για την πολύτιμη προσφορά του.

Κωνσταντίνος Κοκκώλης, Ψυχίατρος

Οκτώβριος 2012

Ἅτερος ἐξ ἑτέρου σοφός τό τε πάλαι τό τε νῦν.

Οὐδὲ γάρ ῥᾶστον ἀρρήτων ἐπέων πύλας ἐξευρεῖν.

Βακχylίδης [5 , 14]

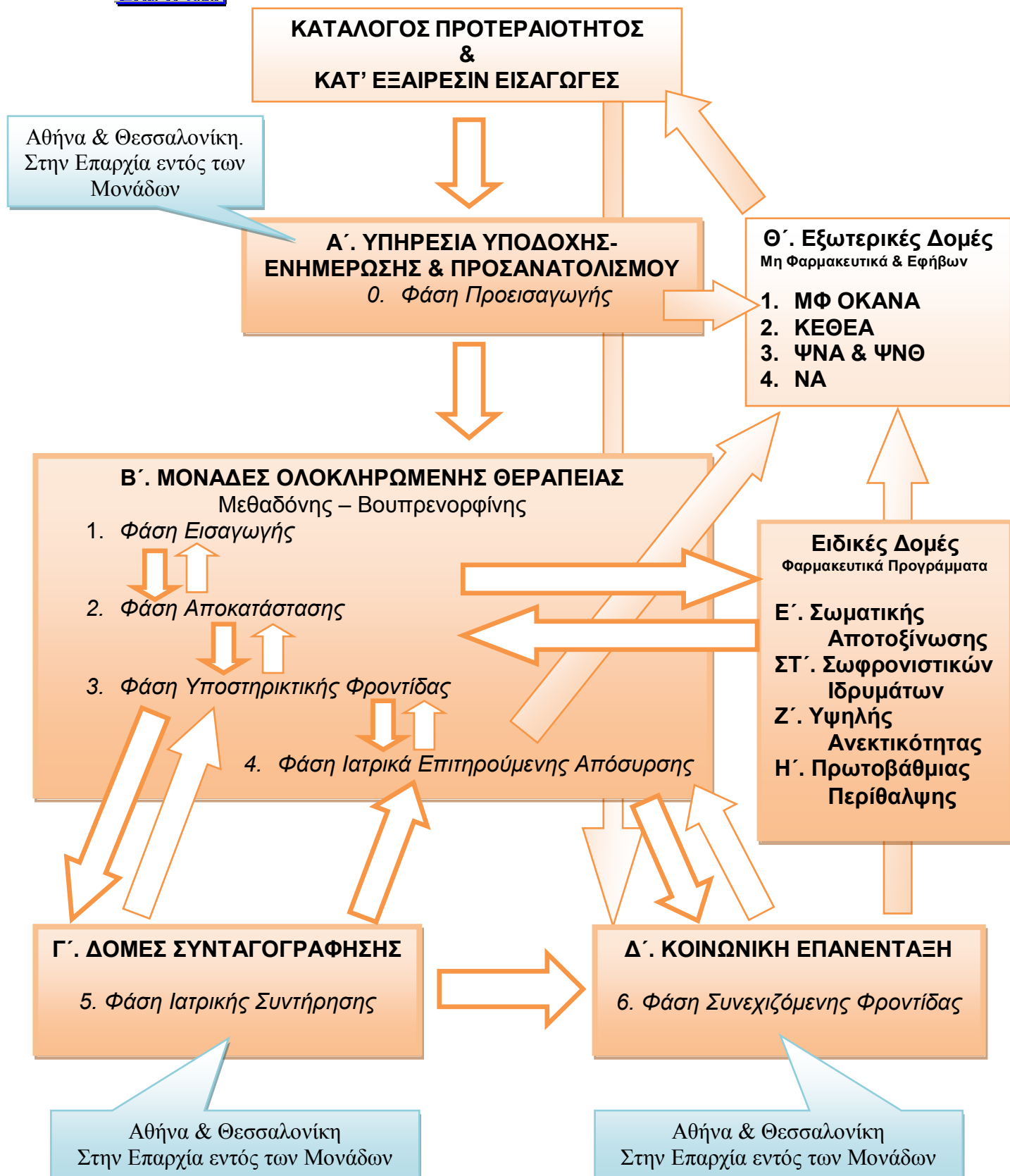
ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ



Θεραπευτική πορεία ενός μέλους, εντός του δικτύου υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ

Διάγραμμα Ροής

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ



Κεφάλαιο 1

Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών

Στο προηγούμενο διάγραμμα ροής αναπαριστάται η θεραπευτική πορεία ενός μέλους εντός του δικτύου υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ. Στο διάγραμμα αυτό τα πλαίσια αντιπροσωπεύουν τις διάφορες υπάρχουσες δομές του ΟΚΑΝΑ, ειδικές δομές που ενδέχεται να ιδρυθούν και δομές άλλων φορέων αντιμετώπισης των εξαρτήσεων. Οι δομές είναι οι εξής:

Α΄. Υπηρεσία Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού:

Έχει την ευθύνη για:

1. Την υποδοχή των ασθενών που επιθυμούν τη συμμετοχή και την παραλαβή των αιτήσεων συμμετοχής στα θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ
2. Την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα και ειδικότερα για το πρόγραμμα υποκατάστασης (Μονάδες ολοκληρωμένης Θεραπείας) καθώς και τη χορήγηση έντυπου υλικού σε όλους όσους προσέρχονται για υποβολή αίτησης συνοδευόμενη από συστάσεις ή και παραπομπές, ανάλογα με την περίπτωση, για την παρακολούθηση μη φαρμακευτικού προγράμματος.
3. Τη διαχείριση του καταλόγου προτεραιότητας (λίστα αναμονής) για το Πρόγραμμα Υποκατάστασης.
4. Τη σύγκλιση της επιτροπής για τις κατ' εξαίρεση εισαγωγές.

5. Την πρόσκληση για εισαγωγή στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης και την αυστηρή τήρηση της σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης συμμετοχής και τους κανόνες που διέπουν την εισαγωγή νέων μελών στα Προγράμματα Υποκατάστασης (κατ' εξαίρεση εισαγωγές, επανεισήγαγες, κλπ.)
6. Την αναζήτηση κενών θέσεων θεραπείας στις διάφορες Μονάδες ολοκληρωμένης Θεραπείας, φροντίζοντας κατά την κατανομή των νέων ασθενών να λάβουν σοβαρά υπόψη την εγγύτητα του τόπου κατοικίας ή εργασίας με τη μονάδα προορισμού
7. Την επικοινωνία και συνεννόηση με τους Υπεύθυνους Ιατρούς των Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης για την μεταφορά των ασθενών
8. Τη διεξαγωγή της **Φάσης Προεισαγωγής** για τα νέα μέλη, σε συνεργασία με τους θεραπευτές του Προγράμματος και το άνοιγμα του Φακέλου ασθενούς (σε ηλεκτρονική και χάρτινη εκδοχή) με συμπλήρωση των στοιχείων του.

Σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη ή σε περιοχές που λειτουργούν πολλές μονάδες (πχ στο υποθετικό μέλλον στην Δυτική Πελοπόννησο και Στερεά με έδρα την Πάτρα ή την υπόλοιπη Πελοπόννησο με έδρα τη Τρίπολη) η υπηρεσία ταυτίζεται με το **Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού**. Στην επαρχία όπου λειτουργούν μεμονωμένες μονάδες, ο κατάλογος αναμονής είναι περιορισμένος και δεν υπάρχουν εξωτερικές δομές για παραπομπή οι υπηρεσίες προσφέρονται από το προσωπικό των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Β΄. Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης:

Προσφέρουν τον κορμό των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ, θεραπεία υποκατάστασης βασισμένη σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Λόγω του αριθμού τους, της διασποράς τους ανά την επικράτεια και της ποικιλίας που τις χαρακτηρίζει (διαφορετική ιστορία, σύνθεση προσωπικού, τοπικός χαρακτήρας και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες) είναι εκείνες που περισσότερο έχουν ανάγκη ένα ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας ώστε να εξασφαλίζεται πως θα πληρούν τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, επάρκειας, ισότητας και καταλληλότητας. (Ιατρίδης, 2005, σελ 166 & 201). Οι δομές θα επιβάλλεται να επιτυγχάνουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα (**αποτελεσματικότητα**), να έχουν ικανοποιητική σχέση απόδοσης/προσπάθειας, συμπεριλαμβάνοντας έναν καλό λόγο οφέλους/ κόστους (**αποδοτικότητα**), να ικανοποιούν τους στόχους και τις αξίες που θέτει το υφιστάμενο πλαίσιο (**επάρκεια**), να κατανέμουν το έργο τους ισομερώς μεταξύ διαφόρων πληθυσμών των εξαρτημένων ατόμων, όπως αυτοί κατηγοριοποιούνται με βάση την κύρια και τις δευτερεύουσες ουσίες χρήσης, την ηλικία, το φύλλο, τις συνυπάρχουσες σωματικές και ψυχικές παθήσεις, την συμμετοχή σε μειονοτική φυλετική ή θρησκευτική ομάδα, τον χώρο που ζουν - σωφρονιστικό ίδρυμα, πόλη ή επαρχία, ορεινή ή νησιωτική περιοχή- (**ισότητα**) και να είναι κατάλληλα διαμορφωμένες για την επίτευξη του επιδιωκόμενου στόχου (**καταλληλότητα**).

Οι δομές αυτές σήμερα είναι εξειδικευμένες ως προς την χρησιμοποιούμενη ουσία υποκατάστασης σε μονάδες Μεθαδόνης και μονάδες Βουπρενορφίνης, αν και αυτό ενδέχεται να αλλάξει στο μέλλον, αναλόγως των τότε αναγκών και συνθηκών. Πέραν των διαφοροποιήσεων που προκύπτουν από την κλινική χρήση των φαρμάκων αυτών ακολουθούν τον ίδιο τρόπο λειτουργίας, όπως περιγράφεται στο παρόν πλαίσιο και τους εκάστοτε κανονισμούς λειτουργίας.

Οι Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης της περιφέρειας χρησιμοποιούν αποκλειστικά βουπρενορφίνη και λειτουργώντας ως μοναδικές σε επίπεδο Νομού ανά την επικράτεια θα υποχρεωθούν να ενσωματώσουν όλες τις φάσεις του προγράμματος υποκατάστασης στο ωράριο λειτουργίας τους (συμπεριλαμβανομένων των φάσεων Προεισαγωγής, Ιατρικής Συντήρησης και Συνεχιζόμενης Φροντίδας). Σε πόλεις γειτονικές των πόλεων όπου λειτουργούν Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, στις οποίες δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την λειτουργία νέων μονάδων, εφόσον έχει συγκεντρωθεί ένας ικανός αριθμός μελών που παρακολουθούν τη Φάση Ιατρικής Συντήρησης, είναι εφικτό να εγκατασταθούν στα κατά τόπους νοσοκομεία Γραφεία Συνταγογράφησης ώστε να αποφεύγεται η μετακίνηση του συγκεκριμένου πληθυσμού προς τις

κεντρικές μονάδες. Ένα τέτοιο γραφείο μπορεί να λειτουργεί 1 ημέρα την εβδομάδα και να στελεχώνεται από 1 (επισκέπτη) γιατρό και 1 νοσηλεύτη από την «μητρική» Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας, λειτουργώντας ως υποκατάστημα αυτής.

Οι Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών που βρίσκονται στην **Φάση** Εισαγωγής, την **Φάση Αποκατάστασης** (Σταθεροποίηση), την **Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας** και την **Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης**. Όπου οι Μονάδες λειτουργούν χωρίς την αρωγή υποστηρικτικών δομών, αναλαμβάνουν και την Φάση Προεισαγωγής, την Φάση Ιατρικής Συντήρησης και την Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας. Πρόκειται δηλαδή για δομές πολυφασικές.

Εκτενέστερη περιγραφή των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης γίνεται στο κεφάλαιο 3.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Γ'. Δομές Συνταγογράφησης: Πρόκειται για δομές όπου θα συνταγογραφούνται βουπρενορφίνη ή/και μεθαδόνη σε σταθεροποιημένους ασθενείς οι οποίοι προέρχονται από τις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ και προσδεύουν στη **Φάση Ιατρικής Συντήρησης**. Ως **Συνταγογράφηση** ορίζεται η μη επιτηρούμενη χορήγηση των φαρμάκων υποκατάστασης κατά τη φάση της Ιατρικής Συντήρησης.

Οι Δομές Συνταγογράφησης προβλέπεται να υλοποιηθούν από τον ΟΚΑΝΑ και να λειτουργούν στα ίδια με αυτές κτίρια σε διαφορετικά ωράρια, είτε να αναπτυχθούν στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη ως αμιγείς Μονάδες Συνταγογράφησης, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες και το επιτρέπουν οι διαθέσιμοι χώροι και πόροι, έμψυχοι και μη. Το πλαίσιο λειτουργίας τους δύναται να διαμορφωθεί πλήρως μόνο κατόπιν της γνώσης των διαθέσιμων πόρων και κατόπιν θα τροποποιηθεί αναλόγως της συλλεχθείσας εμπειρίας και με διενέργεια αξιολόγησης, ωστόσο το αρχικό σχέδιο προβλέπει συνταγογράφηση μεθαδόνης που μπορεί να αυξάνεται σταδιακά από 2 φορές ανά εβδομάδα έως και το μέγιστο των 2 φορές ανά μήνα και βουπρενορφίνης από 1 φορά ανά εβδομάδα έως και το μέγιστο της 1 φορές ανά μήνα.

Οι δομές αυτές στοχεύουν στην μερική αποστασιοποίηση ενός πληθυσμού μελών των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης οι οποίοι θα έχουν ήδη αποκομίσει σημαντικά οφέλη από αυτές, δεν είναι όμως έτοιμοι να αποσυρθούν από το φάρμακο και είναι ικανοί να διαχειρισθούν σωστά τις συνταγογραφούμενες ουσίες, έτσι ώστε να απελευθερωθεί σημαντικός χρόνος που θα επενδυθεί σε μια φυσιολογικότερη ζωή και εργασία, αλλά και να απελευθερωθούν θέσεις ολοκληρωμένης θεραπείας εντός των δομών. Μια μονάδα των 120 ατόμων θα μπορούσε να εξυπηρετεί για παράδειγμα έναν πληθυσμό 30 συνταγογραφούμενων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης επιστροφής στην προηγούμενη φάση σε περίπτωση παρατεταμένης υποτροπής. Μπορούν επίσης να υλοποιηθούν Γραφεία Συνταγογράφησης σε νοσοκομειακούς χώρους που δεν επαρκούν για την ίδρυση μιας πλήρους Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και να λειτουργούν ως υποκαταστήματα άλλων μονάδων (λειτουργία 1 ημέρα την εβδομάδα με στελέχωση από 1 γιατρό και 1 νοσηλεύτη από την «μητρική» Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας) ή σαν αυτόνομες δομές με δικό τους προσωπικό και στενή συνεργασία με τις παρακείμενες Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας.

Συμπληρωματικά ή και εναλλακτικά στο μέλλον την συνταγογράφηση μπορούν να αναλάβουν δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως ιατροί συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία (ΕΟΠΥΥ), ιατροί Εξωτερικών ιατρείων

των Νοσοκομείων του ΕΣΥ (ταμείο Προνοίας) και ιατροί των Κέντρων Υγείας και Αγροτικών Ιατρείων ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και η αποκέντρωση. Στο διάγραμμα ροής οι δομές αυτές συμβολίζονται με το **Η΄. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**.

[Επιστροφή](#)

Δ' . Κοινωνική Επανένταξη: Η κοινωνική επανένταξη των χρηστών

απαιτείται να επιδιώκεται εντός των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, αρχίζοντας από την πρώτη ημέρα εισόδου των ασθενών σε αυτές. Αυτό επειδή η θεραπεία υποκατάστασης είναι μακρόχρονη, όπως οι περισσότερες φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και η βέλτιστη πρακτική επιβάλλει σήμερα την εφαρμογή της ως Θεραπείας Συντήρησης και όχι ως Φαρμακευτικά Επιτηρούμενη Απόσυρση (όπως σχεδιάστηκε να επιτελείται στις πρώην Μονάδες Βραχείας Διαρκείας του ΟΚΑΝΑ). Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως οι τρεις βασικοί πυλώνες της κοινωνικής επανένταξης, **εκπαίδευση, στέγαση και επαγγελματική αποκατάσταση**, αποτελούν ζωτικές ανάγκες και δεν είναι λογικό να παρέχονται μετά το πέρας μιας μακρόχρονης και σε πολλές περιπτώσεις, δια βίου θεραπείας συντήρησης. Πέραν αυτού, επιβάλλεται να αποτελεί βασική θέση του ΟΚΑΝΑ το ότι είναι εφικτή η κοινωνική επανένταξη (στα πλαίσια της Αποκατάστασης/ Rehabilitation) ενός ατόμου το οποίο συνεχίζει να λαμβάνει φαρμακευτική θεραπεία για μια χρόνια/ υποτροπιάζουσα διαταραχή, χορηγούμενη με απόλυτο σεβασμό στους κανόνες της σωστής ιατρικής πρακτικής και να γίνεται προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης των ατόμων αυτών παράλληλα με τις διαδικασίες φυσικής και ψυχικής αποκατάστασης, με την αυτή λογική σύμφωνα με την οποία δεν απαιτείται από τον ψυχικά ή σωματικά πάσχοντα να διακόψει πρώτα την φαρμακευτική του θεραπεία ώστε να γίνει αποδεκτός από τον κοινωνικό ιστό. Η κλινική εμπειρία δείχνει πως το ακριβώς αντίθετο είναι αναγκαίο σε αυτές τις περιπτώσεις· η διακοπή της αγωγής, είτε πρόκειται για κάποιο ψυχοτρόπο, είτε για την ινσουλίνη ή την ιντερφερόνη, οδηγεί σχεδόν πάντα σε υποτροπή με σοβαρότατες επιπτώσεις στην επιβίωση, την λειτουργικότητα, αλλά και κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Επιπλέον, η αδυναμία ίδρυσης εξειδικευμένων δομών Κοινωνικής Επανένταξης πέραν της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και το μικρό ποσοστό ασθενών που επιλέγει ή κατορθώνει να συνεχίσει την εξυπηρέτησή του από τις δομές αυτές επιβάλουν την προσπάθεια επίτευξης αυτού του στόχου εντός των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας.

Ωστόσο η λειτουργία εξειδικευμένων δομών όπου είναι εφικτό είναι μεγάλης αξίας, καθώς μπορούν να προσφέρουν, σε όσους το επιθυμούν, αναβαθμισμένες υπηρεσίες ολοκληρώνοντας το έργο των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας και συλλέγουν πολύτιμη εμπειρία την οποία μπορούμε να εκμεταλλευτούμε ανάδρομα. Δύο τέτοιες δομές απαιτείται να υποδέχονται τους κατάλληλα προετοιμασμένους ασθενείς σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, όπου μπορεί να συγκεντρωθεί ένας αξιόλογος πληθυσμός που να δικαιολογεί την αυτόνομη λειτουργία, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις οι μικροί αριθμοί των ασθενών που έχουν προοδεύσει στη **Φάση**

Συνεχιζόμενης Φροντίδας (Κοινωνική Επανάταξη, Πρόληψη Υποτροπής) θα εξυπηρετούνται από τις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας.

Στο παρόν πλαίσιο ενσωματώνεται μια ολοκληρωμένη πρόταση λειτουργίας των Δομών Κοινωνικής Επανάταξης την οποία συνέταξαν οι εργαζόμενοι της Αθηναϊκής δομής (βλ Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας).

Ακολουθεί η περιγραφή των **Ειδικών Δομών**, οι οποίες συμπληρώνουν τον θεραπευτικό χάρτη υπηρεσιών, ουδεμία εκ των οποίων είναι σήμερα διαθέσιμη. Το δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ μπορεί να λειτουργήσει ανεξαρτήτως αυτών, η ενδεχόμενη ίδρυση ωστόσο των ειδικών δομών, εφόσον το επιτρέψουν οι συνθήκες, θα καλύψει μεγάλα θεραπευτικά κενά.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Ε΄. Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης:

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αποτοξίνωση είναι το πρώτο στάδιο της θεραπείας του εθισμού σύμφωνα με τις αρχές αποτελεσματικής θεραπείας και η σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη δεν είναι αναγκαία για όσους θα ακολουθήσουν θεραπεία φαρμακευτικής υποκατάστασης. Ωστόσο υπάρχουν πληθυσμοί ασθενών που επιθυμούν την εισαγωγή τους σε μη φαρμακευτικά θεραπευτικά προγράμματα και η σωματική αποτοξίνωση αποτελεί ένα αναγκαίο προστάδιο για την παρακολούθηση των προγραμμάτων αυτών. Επίσης μπορεί να είναι η παρέμβαση εκλογής για ασθενείς της Φάσης Συνεχιζόμενης Φροντίδας κατόπιν μιας υποτροπής μικρής διάρκειας ή μια απαραίτητη διαδικασία για πολλούς ασθενείς εξαρτημένους από αιθυλική αλκοόλη και κατασταλτικές ουσίες, συνήθως βενζοδιαζεπίνες, των οποίων το στερητικό σύνδρομο εκτός από επαχθές είναι και απειλητικό για την ζωή. Τέλος δεν πρέπει να παραβλέψουμε τη σημασία της ζήτησης σωματικής αποτοξίνωσης ως πρώτης έκφρασης ενός ακατέργαστου θεραπευτικού αιτήματος. Η σωματική αποτοξίνωση μπορεί να αξιοποιηθεί ως μια πύλη εισόδου στο θεραπευτικό σύστημα, είτε ως ευκαιρία παροχής πληροφόρησης, εκπαίδευσης ασφαλούς χρήσης, παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης και συλλογής στοιχείων για ερευνητικούς σκοπούς.

Μια δομή κλειστής νοσηλείας για κάθε μεγάλη πόλη, με ικανό αριθμό κλινών και εξειδικευμένο προσωπικό, θα μπορούσε να εξυπηρετήσει μεγάλους αριθμούς ασθενών ανά έτος, λόγω της συνήθως βραχείας διάρκειας της σωματικής αποτοξίνωσης (ιατρικά επιτηρούμενης απόσυρσης), ενώ στην επαρχία και, εναλλακτικά, στα νοσοκομεία των μητροπόλεων όπου λειτουργούν θα μπορούσε να παραχωρηθεί ελάχιστος αριθμός «δανεικών» κλινών που θα εξυπηρετούντο με επίσκεψη από τον ιατρό των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας. Αν οι κλίνες είναι σταθερές, μπορούν να αξιοποιηθούν και για την νοσηλεία ασθενών σε τοξίκωση από διεγερτικές ουσίες ή ακόμη και για την εξέταση ασθενών από τους Παθολόγους και Γενικούς Ιατρούς των Μονάδων.

Το μακροχρόνιο αίτημα λειτουργίας Μονάδων Σωματικής Αποτοξίνωσης δεν έχει δυστυχώς ακόμη ικανοποιηθεί, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα και να είναι αναγκασμένοι να υποστούν αμφιλεγόμενες θεραπείες με δυσανάλογο οικονομικό αντίκρισμα. Ενδεχόμενες δομές του ΟΚΑΝΑ θα μπορέσουν να χρησιμοποιήσουν την βουπρενορφίνη ως θεραπεία πρώτης επιλογής για την αποτοξίνωση από τα οπιοειδή (Gowing et al, 2008), εκ παραλλήλου με άλλες φαρμακευτικές θεραπείες, σε ένα ασφαλές νοσηλευτικό περιβάλλον και σύμφωνα με διεθνή κλινικά πρωτόκολλα (Κοκκώλης & Αναγνώστου, 2003). Οι ασθενείς θα βρίσκονται σε **Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης**, προκειμένου για

την βουπρενορφίνη ή άλλες, παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. Δεν έχουμε παρά να αναμείνουμε τις εξελίξεις, ή ακόμη και να τις δημιουργήσουμε.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΣΤ΄. Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών

Ιδρυμάτων: Εφόσον η θεραπεία υποκατάστασης έχει ευεργετικά αποτελέσματα ελαττώνοντας τους δείκτες θνησιμότητας, χρήσης οπιοειδών, εγκληματικότητας και συμπεριφορών χρήσης υψηλού κινδύνου όπως η κοινή χρήση συνέργων, καθίσταται σαφές πως επιβάλλεται να χορηγείται σε όσους παρουσιάζουν ένδειξη, ακόμη και όταν εκτίουν ποινή σε κάποιο σωφρονιστικό ίδρυμα. Δεδομένης της υψηλής συγκέντρωσης εξαρτημένων ατόμων στις Ελληνικές φυλακές (η οποία ανέρχεται περίπου στο 40% των τροφίμων κατά μέσο όρο, το σύνολο των οποίων ανέρχεται σε περίπου 12000 άτομα, άρα υπολογίζεται πως πρόκειται για 4000-5000), της ραγδαίας αύξησης της θνητότητας μετά την αποφυλάκιση, πιθανώς λόγω της αναγκαστικής ελάττωσης της ανοχής στα οπιοειδή και την επακόλουθη υπερδοσολογίας (Bird & Hutchinson, 2003, Stewart et al, 2004), της απευκταίας αναγκαστικής διακοπής της θεραπείας όταν ένα μέλος του ΟΚΑΝΑ φυλακίζεται, αλλά και του πλήθους των αναφορών από ασθενείς μας για τα κυκλώματα εκμετάλλευσης που δρουν εντός των φυλακών, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη θεραπευτικών δομών υποκατάστασης εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων.

Η ανάγκη για χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων μπορεί να προκύψει σε διάφορες φάσεις (Dolan et al., 1998):

1. **Κατά την εισαγωγή:** Καθώς πολλοί χρήστες οπιοειδών φυλακίζονται, τα στερητικά σύνδρομα εξ αποσύρσεως οπιοειδών είναι συχνά. Τόσο η μεθαδόνη όσο και η βουπρενορφίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπισθεί το στερητικό σύνδρομο ή για αποτοξίνωση
2. **Κατά την διάρκεια της έκτισης της ποινής:** Η χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης μπορεί να βοηθήσει άτομα που λάμβαναν θεραπεία προ της φυλάκισης, είτε έκαναν χρήση οπιοειδών, είτε αρχίζουν την χρήση ηρωίνης εντός των φυλακών, είτε μεταπηδούν σε ενέσιμη χρήση
3. **Προ της αποφυλάκισης:** Η χορήγηση υποκαταστάτων ουσιών προ της αποφυλάκισης αυξάνει την ανοχή στα οπιοειδή και ελαττώνει τον κίνδυνο θανάτου από υπερδοσολογία, μετά την αποφυλάκιση

Η ίδρυση προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων θα έχει σαν αποτέλεσμα:

A) Να επιτρέπεται σε εκείνους που παρακολουθούσαν πρόγραμμα υποκατάστασης προ της ποινής φυλάκισης να συνεχίσουν την λήψη μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης καθ' όλη την διάρκεια εκτίσεως της ποινής

B) Να χορηγηθεί θεραπεία υποκατάστασης σε όλους τους εξαρτημένους από οπιοειδή, οι οποίοι δεν λάμβαναν θεραπεία προ της φυλάκισης και

Γ) Να ερευνηθεί η ανάγκη για θεραπεία συντήρησης πριν την απελευθέρωση στην κοινότητα και η δυνατότητα διαβεβαίωσης πως ο αποφυλακισμένος θα παραπέμπεται κατά προτεραιότητα σε θεραπεία. (Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association, 1997)

Οι δομές των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, όπως ακριβώς και οι Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης θα εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών που βρίσκονται στην **Οξεία Φάση**, τη **Φάση Αποκατάστασης**, τη **Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας** και τη **Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης**.

Αυτή τη στιγμή, στα τέλη του 2012, βρισκόμαστε εν όψει μιας πιλοτικής τοπικής εφαρμογής στις φυλακές του Κορυδαλλού και της Πάτρας, από την οποία αναμένεται να αποκτηθεί πολύτιμη εμπειρία που θα χρησιμεύσει σε μια μελλοντική, εκτεταμένη εφαρμογή.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Ζ΄. Δομές Υψηλής Ανεκτικότητας: Πρόκειται για δομές που στο παρελθόν έχουν λειτουργήσει από τον ΟΚΑΝΑ και έφεραν τον χαρακτηρισμό «Χαμηλού Ουδού». Δεδομένου του ότι **χαμηλός ουδός πρόσβασης και αυξημένη συγκράτηση επιβάλλεται να χαρακτηρίζει όλες τις δομές του ΟΚΑΝΑ** (βλ **Παράρτημα III**) καθώς και του ότι προσφάτως ο ΟΚΑΝΑ αναγκάστηκε να διακόψει τη λειτουργία μαζικών δομών υποκατάστασης που δημιουργούσαν πρόσφορες συνθήκες για την συγκέντρωση πληθυσμών εξαθλιωμένων εξαρτημένων στους πέριξ χώρους, θα πρέπει να διερευνηθεί η δυνατότητα ίδρυσης μικρότερων δομών υψηλής ανεκτικότητας οι οποίες θα εξυπηρετούν περιορισμένους πληθυσμούς ασθενών με προβληματική συμπεριφορά ή μερική ανθεκτικότητα στην θεραπεία. Στις δομές αυτές οι ασθενείς θα βρίσκονται σε **Φάση Αποκατάστασης**.

Η σημαντικότερη διαφοροποίηση του παρόντος πλαισίου είναι ακριβώς αυτή: Οι «**δύσκολοι**» ασθενείς, εκείνοι που αδυνατούν να μεταβούν ομαλά από τη Φάση Αποκατάστασης στη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας εντός του αναμενόμενου χρονικού διαστήματος, δεν θα «εγκαταλείπονται» στιβαζόμενοι σε μία μονάδα χαμηλών απαιτήσεων, δίνοντας μάλιστα αντιφατικά κίνητρα (αυξημένο take home, μικρότερη επιτήρηση, αποφυγή των συνεδριών συμβουλευτικής) που τελικά κάνουν τις δομές αυτές περισσότερο ελκυστικές από τις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης για όσους έχουν χαμηλά θεραπευτικά κίνητρα. Αντιθέτως, οι «**δύσκολοι**» ασθενείς λαμβάνουν εντατικότερες υπηρεσίες και περισσότερο χρόνο, ενώ οι δομές Υψηλής Ανεκτικότητας προορίζονται για τους «**ανθεκτικούς**» ασθενείς, εκείνους που, μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα στη φάση αποκατάστασης (περισσότερο από 1-2 έτη) δείχνουν πως δεν μπορούν να προχωρήσουν περισσότερο και χρειάζονται κυρίως την φαρμακευτική θεραπεία σε ένα πλαίσιο μείωσης της βλάβης, με αυξημένη προσοχή για πρόληψη παρεκτροπών στη χρήση του φαρμάκου υποκατάστασης (αυξημένη επιτήρηση, μη χορήγηση δόσεων για το σπίτι).

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Η΄. Δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης: Η δυνατότητα ιατρικής συνταγογράφησης κατά την **Φάση Ιατρικής Συντήρησης** στα πλαίσια δομών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει ήδη περιγραφεί και καλό είναι να διερευνηθεί διεξοδικά καθώς αποτελεί μια αυτονόητη υποχρέωση των ασφαλιστικών οργανισμών και του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ίσως αποτελεί τον μόνο τρόπο πλήρους κάλυψης των θεραπευτικών αναγκών για πλήθος ασθενών που δεν υπάρχει λόγος να καταναλώνουν πόρους και να απασχολούν τις δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγείας, ή ακόμη και για όσους αποφεύγουν να έρθουν σε επαφή με τον ΟΚΑΝΑ προκειμένου να μη στιγματιστούν ή να μη θέσουν σε κίνδυνο τον επαγγελματικό, οικογενειακό ή άλλον κοινωνικό τους ρόλο.

Τα πλεονεκτήματα της συμμετοχής φορέων της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης είναι πολλά: αποστιγματισμός του εξαρτημένου (ο οποίος μπορεί να επισκέπτεται τον ιατρό του ασφαλιστικού του ταμείου όπως κάθε άλλος ασθενής), αποκέντρωση των υπηρεσιών, πρόληψη της συγκέντρωσης σε πιάτσες έξω από τις εξειδικευμένες μονάδες, εξοικονόμηση πόρων, πάταξη του εκτεταμένου φαινομένου ύπαρξης «εκλεκτικιστών» επαγγελματιών των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι επιμένουν να επιλέγουν ποιους ασθενείς θα θεραπεύουν και ποιούς όχι καταπατώντας επαγγελματικές δεοντολογίες και τον όρκο του Ιπποκράτη, μείωση των μετακινήσεων με επέκταση της θεραπείας σε κάθε κωμόπολη και χωριό όπου λειτουργούν Κέντρα Υγείας και Αγροτικά Ιατρεία (και οι ασθενείς μπορούν να έχουν μια παραγωγική απασχόληση ενταγμένοι στον οικογενειακό και κοινωνικό ιστό αντί να συναθροίζονται στα γκέτο των μεγάλων πόλεων, άστεγοι, άεργοι και παρανομούντες). Η υλοποίηση αυτής της δυνατότητας απαιτεί μια θαρραλέα πολιτική απόφαση και ο ΟΚΑΝΑ δύναται και υποχρεούται να παίξει τον κεντρικό ρόλο για την υλοποίηση, το σχεδιασμό, την οργάνωση, την εκπαίδευση και συνεχή υποστήριξη των εργαζομένων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ενδέχεται να εμπλακούν.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Θ' . Εξωτερικές Δομές: Πρόκειται για ήδη υπάρχουσες δομές μη φαρμακευτικών θεραπειών, που στην χώρα μας λειτουργούν υπό την αιγίδα του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ, του ΕΣΥ (ΨΝΑ και ΨΝΘ), των Πανεπιστημιακών Ιδρυμάτων (Αθηνά από το ΕΚΠΑ και Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας από το Αριστοτέλειο) αλλά και της διεθνούς οργάνωσης των Ανωνύμων Τοξικομανών και Αλκοολικών. Είναι αναγκαίο να διερευνηθεί η δυνατότητα οργάνωσης ενός παγίου και αποτελεσματικού μηχανισμού παραπομπών για όσους ασθενείς ενδέχεται να ωφεληθούν περισσότερο από μία μη φαρμακευτική θεραπεία ή χρειάζονται συμπληρωματική θεραπεία για κάποιο πρόβλημα εξάρτησης πέραν αυτής από οπιοειδή (αλκοόλ, παίγνια κλπ). Φυσικά η διαμόρφωση ενός τέτοιου πλαισίου συνεργασίας απαιτεί την οικοδόμηση κινήτρων και από τις δύο πλευρές, ενώ η επιτυχία της προσπάθειας εξαρτάται και από την απουσία ή επίλυση συγκρούσεων που μπορούν να ανακύψουν λόγω αλληλοεπικάλυψης των προσφερομένων υπηρεσιών ή λόγω οικονομικού ανταγωνισμού.

Στο παρόν πλαίσιο προβλέπεται και η δυνατότητα επιλογής των μη φαρμακευτικών προγραμμάτων, προσθέτοντας τη δυνατότητα προετοιμασίας μέσω σωματικής αποτοξίνωσης με τη χρήση της βουπρενορφίνης πριν την εισαγωγή σε αυτά. Η αποτοξίνωση μπορεί να υλοποιηθεί εντός των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, είτε, ιδανικά, σε ειδικές δομές σωματικής αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής που είναι αναγκαίο να ιδρυθούν, τουλάχιστον στην Αθήνα, επιπλέον της μοναδικής σήμερα υπάρχουσας στη Θεσσαλονίκη (πρόγραμμα Ιανός του ΨΝΘ), αναμένεται δε να αυξήσει σημαντικά την προσέλευση ασθενών στα μη φαρμακευτικά προγράμματα καθώς ο φόβος του στερητικού συνδρόμου που χαρακτηρίζει μεγάλη μερίδα των εξαρτημένων αποτελεί τροχοπέδη για την επιλογή μιας μη φαρμακευτικής θεραπείας. Η επιλογή μη φαρμακευτικής θεραπείας είναι δυνατόν να γίνεται από τη φάση της προεισαγωγής ακόμη, είτε σε οποιοδήποτε σημείο της συμμετοχής τους στο δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ.

Η δυνατότητα για τη συμμετοχή σε μη φαρμακευτικά προγράμματα εντός του ΟΚΑΝΑ αυτή τη στιγμή αφορά δύο μόνο δομές.

- Τη Θεραπευτική Κοινότητα «Γέφυρα» στην Πάτρα η οποία χρειάζεται να διερευνήσει και να κωδικοποιήσει τις δυνατότητες συνεργασίας της με τις όμορες Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, προκειμένου να αξιοποιηθεί η εμπειρία της και αλλού.
- Τη Μονάδα Εφήβων «Ατραπός», η οποία απαιτείται να ανακοινώσει τα πορίσματα της πιλοτικής εφαρμογής προγράμματος σωματικής αποτοξίνωσης, προκειμένου να αξιοποιηθεί και αυτή η εμπειρία.

- Το Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης Ρεθύμνου, το οποίο είναι ένα μη φαρμακευτικό θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής και απευθύνεται σε έφηβους και ενήλικες χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ όλων των ηλικιών καθώς και στις οικογένειές τους. Επιπλέον, το Θεραπευτικό «Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης» μαζί με τη Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Ρεθύμνου αποτελούν (με ενιαίο προσωπικό) το Τοπικό Δίκτυο Παροχής Υποστήριξης Ρεθύμνου του ΟΚΑΝΑ, με στόχο την αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών της Περιφερειακής Ενότητας Ρεθύμνου.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Κεφάλαιο 2

Οι φάσεις της θεραπείας

Η διάκριση της θεραπείας σε φάσεις αποτελεί πάγια τακτική των θεραπευτικών προγραμμάτων, αν και δεν υπάρχει επαρκής έρευνα για την κλινική τους χρησιμότητα. Ωστόσο βοηθούν σημαντικά στην διαμόρφωση ενός ατομικού θεραπευτικού σχεδίου και τη διαρκή τροποποίησή του αναλόγως των αναγκών και της πορείας του ασθενή. Για να συμβεί αυτό είναι αναγκαίο το θεραπευτικό προσωπικό να χρησιμοποιεί τις φάσεις της θεραπείας ως μια γενική κατευθυντήρια οδηγία και να δεχθεί πως κάποιοι ασθενείς ενδέχεται να παραμείνουν περισσότερο καιρό σε μία φάση από άλλους, πως ορισμένες φάσεις έχουν εθελοντικό και όχι υποχρεωτικό χαρακτήρα (όπως η φάση ιατρικά επιτηρούμενης απόσυρσης) και πως η πορεία μπορεί συχνά να είναι και ανάδρομη, με παλινδρόμηση σε προηγούμενη φάση, όπως κατά την διάρκεια μιας παρατεταμένης υποτροπής. Οι φάσεις της θεραπείας που προτείνονται έχουν διαμορφωθεί από ένα πάνελ ειδικών των ΗΠΑ (Center for Substance Abuse Treatment, 2005) σύμφωνα με το δομημένο μοντέλο των φάσεων θεραπείας (Hoffman & Moolchan, 1994), υιοθετήθηκαν από την ομάδα εργασίας για την διαμόρφωση ενός πλαισίου λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ το 2008 και αναρτήθηκαν στην ιστοσελίδα του Συλλόγου Εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ.

Το συγκεκριμένο μοντέλο δεν είναι μονοδιάστατο και κατευθυντικό. Σε κάθε σημείο οι ασθενείς μπορεί να συναντήσουν εμπόδια, αποτυχίες ή υποτροπές που απαιτούν επιστροφή τους σε προηγούμενη φάση θεραπείας. Κατά συνέπεια, είναι επιβεβλημένο να διαμορφώνονται στρατηγικές

αντιμετώπισης των αποτυχιών και συστάσεις για τη ομαλή μετάβαση από φάση σε φάση, την διακοπή του προγράμματος και την επανείσοδο σε αυτό. Από την πλευρά της ιατρικής αντιμετώπισης, το μοντέλο περιλαμβάνει δύο χωριστές οδούς, μια προς την συνεχιζόμενη συντήρηση και μία προς την ιατρικά επιτηρούμενη απόσυρση του φαρμάκου.

Διαφοροποιήσεις μέσα στις φάσεις: Το μοντέλο των φάσεων προϋποθέτει πως ο χαρακτήρας και η ένταση των παρεχομένων υπηρεσιών ποικίλουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από ατομικούς παράγοντες. Γενικά, οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται πιο εντατικές θεραπευτικές υπηρεσίες κατά την είσοδο στο πρόγραμμα, πιο εξειδικευμένες παρεμβάσεις κατά τη σταθεροποίηση και προοδευτικά λιγότερες υπηρεσίες όταν επιτευχθεί ο πρώτος στόχος της θεραπείας (McLellan et al. 1993, Moolchan and Hoffman 1994).

Οι φάσεις θεραπείας δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως σταθερά και ανελαστικά βήματα με αυστηρώς καθορισμένα χρονικά ορόσημα αλλά ως ένα δυναμικό συνεχές που επιτρέπει στους ασθενείς να προοδεύουν ανάλογα με τις ατομικές τους δυνατότητες. Οι αποφάσεις που αφορούν τη διάρκεια της θεραπείας (χρόνος της κάθε φάσης) λαμβάνονται από την Διεπιστημονική Ομάδα σε συνεργασία με τον ασθενή, βασιζόμενες στα συνολικά δεδομένα παρά σύμφωνα με μια γενική κανονιστική πολιτική. Ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρείται θεραπευτική αποτυχία η αδυναμία ολοκλήρωσης μίας φάσης στο πέρας ενός αυθαιρέτως, ούτως ή άλλως, οριζόμενου χρονικού διαστήματος ούτε να ομαδοποιούνται όλοι οι ασθενείς με τις τόσες διαφορετικές δυνατότητες και ανάγκες για λόγους ευκολίας.

Υλοποίηση των φάσεων της θεραπείας: Όπως περιγράφεται σχηματικά στο διάγραμμα ροής, οι φάσεις της θεραπείας υλοποιούνται στις διάφορες δομές ως εξής:

0. **Φάση Προεισαγωγής:** Στις Υπηρεσίες Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού (όπου υπάρχουν) είτε στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων
1. **Φάση Εισαγωγής:** Στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων
2. **Φάση Αποκατάστασης:** Στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων και Μονάδες Υψηλής Ανεκτικότητας
3. **Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας:** Στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων

4. **Φάση Ιατρικής Συντήρησης:** Στις Δομές Συνταγογράφησης και Δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, κατά περίπτωση και σε Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας
5. **Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης** Στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης
6. **Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας** Στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και Δομές Κοινωνικής Επανένταξης (όπου υπάρχουν)

Περιγραφή των φάσεων θεραπείας: Ακολουθεί μια σκιαγράφηση των φάσεων θεραπείας. Για την μελέτη όλων των διαθέσιμων κλινικών επιλογών οι αναγνώστες παραπέμπονται στις λεπτομερείς κλινικές οδηγίες και κατευθυντήριες γραμμές που είναι διαθέσιμες (Verster, A. & Bunning, 2000, 2005, Center for Substance Abuse Treatment 2005, Κοκκώλης 2001a, 2001b, Κοκκώλης & Αναγνώστου 2003) καθώς και στο πλέον πρόσφατο ευρωπαϊκό εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Quality Patient Care Network (QPCN) το οποίο είναι σε εξέλιξη. Στοιχεία επικοινωνίας των μελών της Εθνικής Σχολής και των Εθνικών Εκπαιδευτών του δικτύου QPCN περιέχονται στο **Παράρτημα VII**.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

0

Φάση Προεισαγωγής

Κατά την Φάση Προεισαγωγής, συνήθους διάρκειας 1-4 εβδομάδων, το προσωπικό της Υπηρεσίας Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού, είτε το προσωπικό των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας:

- 1) Επιλέγει έναν αριθμό ασθενών αναλόγως με τις κενές θέσεις των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, από τον Κατάλογο Αναμονής προκειμένου να εισαχθούν στις μονάδες
- 2) Παραπέμπει τους ασθενείς για διενέργεια των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων (αιματολογικός και ιολογικός έλεγχος, ακτινογραφίες πνεύμονα) στα συνεργαζόμενα διαγνωστικά εργαστήρια και τις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης(τοξικολογικός έλεγχος ούρων) και προωθεί τα αποτελέσματα στις μονάδες προορισμού. Κατά την προσέλευση για τον τοξικολογικό έλεγχο, οι ασθενείς έρχονται σε επαφή για πρώτη φορά με τη μονάδα προορισμού και συναντώνται με τον θεράποντα ιατρό για συλλογή κλινικών πληροφοριών και συμπληρωματική πληροφόρηση.
- 3) Διενεργεί ομαδικές ενημερωτικές συναντήσεις κατά τη διάρκεια των οποίων οι ασθενείς ενημερώνονται και προετοιμάζονται για την είσοδό τους στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας. Κατά την διάρκεια των συναντήσεων οι ασθενείς πληροφορούνται για την δυνατότητα παραπομπής σε μη φαρμακευτικά προγράμματα, τη φύση της θεραπείας υποκατάστασης, την ανάγκη να προσέρχονται χωρίς εμφανή σημεία τοξίκωσης και με σχετική διαύγεια πνεύματος, την απαραίτητη βραχύχρονη αποχή από την χρήση οπιοειδών πριν την χορήγηση της πρώτης δόσης βουπρενορφίνης, τα οφέλη της πιστής τήρησης των ιατρικών οδηγιών και άλλες χρήσιμες πληροφορίες.
- 4) Προετοιμάζει τους φακέλους των ασθενών με τα πλήρη στοιχεία αυτών, ώστε να γίνεται σωστή ταύτιση στις μονάδες και εσωκλείει τα αποτελέσματα των εργαλείων TDI, άλλων ενδεχομένων δοκιμασιών και χρήσιμων πληροφοριών που έχουν συλλεχθεί για κάθε ασθενή.

- 5) Στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προσπαθεί η Υπηρεσία Υποδοχής να κατανέμει ορθολογικά τους ασθενείς στις διάφορες Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, αναλόγως με τον τόπο διαμονής ή εργασίας, ώστε να περιορίζεται η όχλησή τους από αναίτιες μετακινήσεις και η συγκέντρωσή τους σε κομβικά σημεία των πόλεων.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

1

Φάση Εισαγωγής

Κατά τη φάση εισαγωγής επιχειρείται η διάγνωση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων και η σταθεροποίηση στην φαρμακευτική ουσία, μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, αναλόγως με την μονάδα. Η φάση αυτή διαρκεί συνήθως λίγες ημέρες (τυπικά 1 εβδομάδα για την βουπρενορφίνη και 2 για την μεθαδόνη), μπορεί όμως να διαρκέσει περισσότερο, ακόμη και μερικούς μήνες, για ασθενείς που δεν μπορούν να συμμορφωθούν επαρκώς στις ιατρικές οδηγίες.

Στόχοι της Φάσης Εισαγωγής: Βασικός στόχος στη φάση εισαγωγής είναι η εξάλειψη της χρήσης παράνομων οπιοειδών ή άλλων ουσιών για 24 ώρες τουλάχιστον, καθώς και η ελάττωση της χρήσης άλλων παρανόμων ουσιών (συνήθως αλκοόλ, βενζοδιαζεπινών και διαφόρων διεγερτικών ουσιών). Συχνά είναι εφικτή η προσέγγιση μιας αρχικά ικανοποιητικής δόσης σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η οποία όμως είναι αναγκαίο να επαναξιολογηθεί ως ανεπαρκής αν η χρήση οπιοειδών συνεχίζεται, ή υπερβολική αν εμφανιστούν κλινικά ή εργαστηριακά αθροιστικά φαινόμενα. Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- 1) Αρχική χορήγηση μιας δόσης που ελαχιστοποιεί την πιθανότητα καταστολής ή άλλες παρενέργειες
- 2) Εκτίμηση της ασφάλειας και της επάρκειας της δόσης μετά τη χορήγηση.
- 3) Ταχεία αλλά ασφαλή αύξηση της δόσης για τον περιορισμό των συμπτωμάτων απόσυρσης και της επιθυμίας χρήσης (craving), καθώς και αποθάρρυνση του ασθενούς για τη παράλληλη χρήση άλλων ουσιών ή αλκοόλ.
- 4) Παροχή υπηρεσιών ή παραπομπή για την αντιμετώπιση συνοδών διαταραχών και ιατρικών, κοινωνικών, οικογενειακών, νομικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση.
- 5) Βοήθεια προς τους ασθενείς να αναγνωρίζουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου για τη χρήση παράνομων ουσιών ή αλκοόλ και ανάπτυξη εναλλακτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της επιθυμίας χρήσης ή της παρορμητικής λήψης ουσιών.

Ενδείξεις ότι οι ασθενείς έχουν επιτύχει τους στόχους της φάσης εισαγωγής μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Μείωση των συμπτωμάτων απόσυρσης, δυσφορίας ή craving για τα οπιοειδή κατά την διάρκεια ενός 24ώρου και σταθεροποίηση στο φάρμακο.
- Έκφραση αισθημάτων ευεξίας και ανακούφισης κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ημέρας.
- Αποχή από παράνομη ή συνταγογραφούμενη χρήση άλλων οπιοειδών, αποδεικνυόμενη από έλεγχο των ούρων.
- Εμπλοκή με το θεραπευτικό προσωπικό στην εκτίμηση ιατρικών, ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών θεμάτων.
- Ικανοποίηση των βασικών αναγκών για τροφή, στέγη και ασφάλεια.

Κατάχρηση οπιοειδών, αλκοόλ και άλλων ουσιών: Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να πληροφορούνται πώς οι διάφορες ουσίες αλληλεπιδρούν με το φάρμακο της θεραπείας και πως αυτό μπορεί να χρειαστεί να ελαττωθεί αν υπάρχουν σημεία τοξίκωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις η παράλληλη χρήση μπορεί να προκαλεί προβλήματα επικοινωνίας και να επηρεάζει σοβαρά την κρίση του ασθενούς, οδηγώντας τον σε συμπεριφορά ασύμβατη με τον χώρο θεραπείας ή τον χώρο που φιλοξενείται (σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για ένα Νοσοκομείο ή μια γειτονιά). Επιβάλλεται να εξηγηθεί στον ασθενή με την μέγιστη δυνατή σαφήνεια πως μια τέτοια συμπεριφορά ενδέχεται να δημιουργήσει εμπόδια στην παρακολούθηση του προγράμματος αργά ή γρήγορα.

Εάν η παράλληλη χρήση συνεχίζεται, η θεραπευτική ομάδα επανεκτιμά τα προβλήματα του ασθενούς και αναθεωρεί τα σχέδια αντιμετώπισής τους, περιλαμβανομένων αλλαγών στη δοσολογία, αξιοποίησης του τοξικολογικού ελέγχου, χορήγησης κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, ή και άλλων εντατικών παρεμβάσεων.

Η συχνή επαφή με ενημερωμένο και υποστηρικτικό θεραπευτικό προσωπικό που μπορεί να κινητοποιήσει τους ασθενείς να εμπλακούν σε δραστηριότητες του προγράμματος, ιδιαίτερα στην οξεία φάση, διευκολύνει την ελάττωση της παράλληλης χρήσης. Η συμμετοχή των ασθενών σε πρόσθετες ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες παρέχει πρόσθετη υποστήριξη και επικοινωνία του προσωπικού με τον ασθενή. Η εντατικοποιημένη θεραπεία είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση και παρέχει καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις λιγότερο συχνές ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες (Woody 2003).

Βασικές ανάγκες: Οι βασικές ανάγκες του ασθενούς όπως τροφή, στέγη, ένδυση και ασφάλεια πρέπει να καθοριστούν κατά την οξεία φάση και να γίνουν οι απαραίτητες παραπομπές για την ικανοποίησή τους. Οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών απαιτείται να είναι σχετικά σταθερές και ασφαλείς για να συνεχιστεί η θεραπεία στην επόμενη φάση. Πριν τη μετάβαση στη φάση αποκατάστασης οι ασθενείς πρέπει να έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν ικανότητες που θα τους επιτρέψουν να αποφύγουν τις καταστάσεις αναπότρεπτης χρήσης ουσιών. Η αδυναμία του ασθενούς να αποκτήσει αυτόν τον έλεγχο συνεπάγεται αναθεώρηση του σχεδίου θεραπείας ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να ολοκληρώσει την φάση εισαγωγής. Η διαδικασία συνήθως περιλαμβάνει συναντήσεις με τον ίδιο τον ασθενή ώστε να εκτιμηθεί η κινητοποίηση και η επάρκεια της δόσης, καθώς και η διευκρίνιση των στόχων.

Θεραπευτική σχέση: Η θετική ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής και της συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία είναι σημαντικά στοιχεία για τη δέσμευσή του σε αυτήν. Σημαντική επίσης μπορεί να είναι η συμμετοχή του σε ομάδες υποστήριξης ή αυτοβοήθειας. Οι ασθενείς υπάγονται σε πρόσωπα αναφοράς (γνωστά σήμερα ως «θεραπευτές») κατά την διάρκεια της σταθεροποίησης (στο τέλος της πρώτης εβδομάδος) ώστε να καλλιεργηθεί μία ατμόσφαιρα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και οικειότητας. Οι ασθενείς σταθερά αναφέρουν ότι μια ισχυρή θεραπευτική σχέση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες της επιτυχούς έκβασης της θεραπείας και ότι η ζεστασιά του θεραπευτή, η θετική στάση και η αποδοχή είναι σημαντικά στοιχεία στην ανάπτυξη της σχέσης αυτής (Metcalf et al. 1996).

Κινητοποίηση και ετοιμότητα των ασθενών: Η επαρκής κινητοποίηση των ασθενών προβλέπει τη συγκράτηση στη θεραπεία και είναι απαραίτητο να εκτιμάται διαρκώς. Οι θεραπευτές πρέπει να διερευνούν και να προσδιορίζουν αρνητικές θεραπευτικές εμπειρίες. Η γνώση της αδυναμίας προηγούμενων προσπαθειών βοηθά στην εστίαση μελλοντικών ενεργειών ώστε να προωθηθεί η θεραπεία. Σημαντικό είναι επίσης το επίπεδο της εμπλοκής του ασθενούς κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης. Η έρευνα έχει δείξει ότι η κινητοποίηση των ασθενών, η εμπλοκή του προσωπικού και η εμπιστοσύνη που αποκτάται κατά τον προσανατολισμό στην οξεία φάση συνδέονται πιο άμεσα με την επιτυχή έκβαση σε σχέση με την τους αρχικούς λόγους για την εισαγωγή στο πρόγραμμα (Kwiatkowski et al. 2000, Marlowe et al. 2001).

Μετάβαση στη φάση αποκατάστασης: Η μετάβαση από την φάση εισαγωγής στη φάση αποκατάστασης, γίνεται όταν ικανοποιούνται τα εξής κριτήρια:

- Απουσία σημείων απόσυρσης από τα οπιοειδή.
- Μείωση του craving.

- Σημαντική μείωση της παράλληλης χρήσης παράνομων οπιοειδών ή άλλων ουσιών, περιλαμβανομένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αλκοόλ και κάνναβης.
- Ολοκλήρωση της ιατρικής και ψυχιατρικής εκτίμησης, διάγνωση και έναρξη θεραπείας ή παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα.
- Διαμόρφωση ενός θεραπευτικού πλάνου για την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών θεμάτων, όπως εκπαίδευση, εργασία, προβλήματα με τη δικαιοσύνη, ανατροφή παιδιών, καθώς και παραπομπή σε σχετικές υπηρεσίες.
- Ικανοποίηση των βασικών αναγκών για τροφή, στέγη, ένδυση και ασφάλεια. (δηλαδή έκδοση/ θεώρηση βιβλιαρίου υγείας, εύρεση νόμιμης πηγής εισοδήματος, επίδομα πρόνοιας, εργασία, βελτίωση σχέσεων με την οικογένεια).

Ακολουθεί ένας πίνακας στρατηγικών αντιμετώπισης των διαφόρων κλινικών θεμάτων που ανακύπτουν κατά τη Φάση Εισαγωγής (Center for Substance Abuse, 2005)

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Πίνακας 1: Φάση Εισαγωγής

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις μετάβασης στη Φάση Αποκατάστασης
Κατάχρηση Αλκοόλ & Παράλληλη χρήση τοξικών ουσιών	• Προγραμματισμός εβδομαδιαίων τοξικολογικών ελέγχων • Εκπαίδευση σχετικά με τις επιδράσεις αλκοόλ και τοξικών ουσιών- αποθάρρυνση της κατανάλωσης • Εξασφάλιση συνεχούς διαλόγου του ασθενή με το προσωπικό • Εντατικοποίηση θεραπείας όταν είναι απαραίτητο • Συναντήσεις με το γιατρό του προγράμματος ώστε να εξασφαλιστεί επαρκής δοσολογία της φαρμακοθεραπείας	• Εξάλειψη των συμπτωμάτων στέρησης οπιοειδών, συμπεριλαμβανομένου του craving • Αισθήματα ευεξίας • Ικανότητα αποφυγής καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν ή διαιωνίσουν τη χρήση της ουσίας • Αναγνώριση του εθισμού από τον ασθενή ως ένα πρόβλημα και κινητοποίηση για την πραγματοποίηση αλλαγών στον τρόπο ζωής του
Ιατρικές διαταραχές • Λοιμώδη Νοσήματα (AIDS, Ηπατίτιδες, Φυματίωση κλπ) • Παθολογικά • Χειρουργικά (αποστήματα)	• Παραπομπή σε παρόχους ιατρικής φροντίδας • Εμβολιασμοί όπως αρμόζει (πχ Ηπατίτιδες A & B)	• Επίλυση των οξέων προβλημάτων • Εδραίωση συνεχιζόμενης φροντίδας για τις χρόνιες παθήσεις
Συνυπάρχουσες Διαταραχές • Ψυχώσεις, αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας	• Αναγνώριση οξέων διαταραχών που απαιτούν άμεση παρέμβαση • Αναγνώριση χρόνιων καταστάσεων που απαιτούν συνεχιζόμενη θεραπεία	• Επίλυση των οξέων ψυχιατρικών προβλημάτων • Εδραίωση συνεχιζόμενης φροντίδας για τις χρόνιες παθήσεις
Βασικές ανάγκες διαβίωσης • Νομικές και οικονομικές ανάγκες • Απειλές για την προσωπική ασφάλεια • Ανεπαρκής στέγαση • Έλλειψη μέσων μεταφοράς • Ανάγκες φροντίδας παιδιών • Εγκυμοσύνη • Ανάγκες Υπεράσπισης	• Αξιολόγηση αναγκών • Παραπομπή του ασθενή σε κατάλληλες υπηρεσίες • Συνεργασία με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης • Διερεύνηση επιλογών μεταφοράς • Διασύνδεση με συνήγορο ή κοινωνικό λειτουργό • Διερεύνηση διαθέσιμων οικονομικών πόρων • Παροχή συνεχούς διαχείρισης περιστατικού	• Ικανοποίηση των βασικών αναγκών διατροφής, ρουχισμού, στέγης, ασφάλειας • Σταθεροποίηση του τρόπου διαβίωσης • Σταθεροποίηση οικονομικής βοήθειας • Επίλυση προβλημάτων μεταφοράς και φροντίδας των παιδιών

Πίνακας 1: Φάση Εισαγωγής (συνέχεια)

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις μετάβασης στη Φάση Αποκατάστασης
Θεραπευτική σχέση - Εδραίωση εμπιστοσύνης και αισθήματος υποστήριξης - Αντιμετώπιση των μύθων για την θεραπεία υποκατάστασης	- Χορήγηση επαρκούς δόσης - Το προσωπικό φροντίζει να είναι συνεπές, ευέλικτο και διαθέσιμο. Ελαχιστοποίηση του χρόνου αναμονής - Παροχή κινήτρων και υπογράμμιση του οφέλους της θεραπείας - Επίλυση μύθων σχετικά με την θεραπεία υποκατάστασης - Εκπαίδευση ασθενών σχετικά με τους στόχους της θεραπείας υποκατάστασης - Οικοδόμηση συστήματος υποστήριξης - Οικοδόμηση εμπιστοσύνης	- Τακτική προσέλευση στις συνεδρίες συμβουλευτικής - Θετική αλληλεπίδραση με τους φορείς παροχής θεραπείας - Επικέντρωση σε θεραπευτικούς στόχους
Κινητοποίηση και ετοιμότητα για την αλλαγή - Αμφίθυμες στάσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών - Αποφυγή συμβουλευτικής (μη συμμόρφωση) - Αρνητικές σχέσεις με το προσωπικό - Ανεπάρκεια της δόσης - Αρνητικές στάσεις σχετικά με τη θεραπεία - Ακούσια απομάκρυνση	- Εξασφάλιση επαρκούς δόσης - Αντιμετώπιση αμφιθυμίας - Ενδυνάμωση του ασθενή - Έμφαση στα πλεονεκτήματα της θεραπείας - Έμφαση στην σημασία του να κάνει κάποιος μια νέα αρχή	- Δέσμευση με τις θεραπευτικές διαδικασίες - Αναγνώριση της εξάρτησης ως πρόβλημα - Αλλαγές τρόπου ζωής και αντιμετώπιση θεμάτων που σχετίζονται με την χρήση ουσιών

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

2

Φάση Αποκατάστασης

Ο κύριος στόχος της φάσης αποκατάστασης είναι να ενδυναμώσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα μεγάλα προβλήματα της ζωής τους –χρήση αλκοόλ, ιατρικά προβλήματα, συνοδές διαταραχές, εργασιακές και εκπαιδευτικές ανάγκες, οικογενειακά προβλήματα, νομικά θέματα-, που μπορεί να εμποδίζουν σημαντικότερους στόχους, όπως εκπαίδευση, εργασία και οικογενειακή συμφιλίωση.

Η δοσολογία πρέπει να έχει ήδη σταθεροποιηθεί, αν και ενδέχεται να γίνονται μικρές αλλαγές. Όπως και στη φάση εισαγωγής, οι θεραπευτές εξακολουθούν να βοηθούν ή να παραπέμπουν ασθενείς που χρειάζονται βοήθεια για νομικά, εκπαιδευτικά, εργασιακά, ιατρικά και οικονομικά προβλήματα που απειλούν τη συγκράτηση στη θεραπεία (Condelli 1993).

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης αυξάνονται οι προσπάθειες για συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες, όπως πλήρης ή μερική απασχόληση, εργασιακή εκπαίδευση, ανατροφή των παιδιών, ενασχόληση με το σπίτι ή εθελοντική εργασία. Όσο οι ασθενείς δραστηριοποιούνται σε αυτούς τους τομείς, οι απαιτήσεις για συχνή μετάβαση στο πρόγραμμα ή συμμετοχή σε ομάδες μπορεί να γίνουν εμπόδιο στην εργασία, την εκπαίδευση ή άλλες δημιουργικές δραστηριότητες. Κατά συνέπεια, πολιτικές του προγράμματος, όπως η χορήγηση δόσεων για το σπίτι (take-home) και τα ωράρια χορήγησης απαιτείται να είναι πιο ευέλικτες κατά τη φάση αποκατάστασης, ειδικά όταν οι ασθενείς πρέπει να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να πάρουν το υποκατάστατο. Αυτό ωστόσο χρειάζεται να γίνεται χωρίς οι δόσεις για το σπίτι να χάνουν τον κινητοποιητικό τους χαρακτήρα, μέσω τεχνικών διαχείρισης της ευκαιρίας (contingency management).

Στους ασθενείς πρέπει να δίνονται πληροφορίες για εξωτερικές ομάδες υποστήριξης, περιλαμβανομένων ομάδων αυτοβοήθειας των 12 βημάτων (Ανώνυμοι Ναρκομανείς και Αλκοολικοί). Αυτές οι ομάδες έχουν βοηθήσει σημαντικά αρκετούς ασθενείς του ΟΚΑΝΑ, οι οποίοι επέλεξαν να τις παρακολουθήσουν συμπληρωματικά με την θεραπεία υποκατάστασης.

Διάφοροι παράγοντες ή ερεθίσματα που μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή, όπως η ανία, έκθεση σε μνημονικά ερεθίσματα που σχετίζονται με ορισμένα μέρη ή συγκεκριμένα άτομα, οικογενειακά προβλήματα, πόνος ή συμπτώματα συνοδών διαταραχών είναι δυνατόν να συνεχίζουν να υπάρχουν κατά τη φάση αποκατάστασης και να προκαλούν χρήση παράνομων ή συνταγογραφούμενων ουσιών και/ή αλκοόλ. Η βοήθεια προς τους ασθενείς να αναπτύσσουν δεξιότητες αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων είναι σημαντική σε αυτή τη φάση (Sandberg and Marlatt 1991) και μπορεί να περιλαμβάνει ατομική, ομαδική ή οικογενειακή συμβουλευτική ή συμμετοχή σε ειδικές ομάδες πρόληψης υποτροπών.

Πολλοί παράγοντες σημαντικοί κατά την φάση εισαγωγής εξακολουθούν να αποτελούν στόχους της φάσης αποκατάστασης:

- Συνεχιζόμενη χρήση παράνομων ή συνταγογραφούμενων ουσιών και/ή αλκοόλ
- Συνεχιζόμενα προβλήματα υγείας
- Αντιμετώπιση οξέος ή χρονίου πόνου
- Εργασία, εκπαίδευση και οικονομικά ζητήματα
- Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις
- Νομικά θέματα
- Συνοδές σωματικές και ψυχιατρικές διαταραχές

Όσο συνεχίζεται η κατάχρηση αλκοόλ και χρήση παράνομων ουσιών, απαιτείται να συνεχίζεται και η ατομική, ομαδική ή οικογενειακή συμβουλευτική και ο ασθενής να παραμένει στη φάση αποκατάστασης. Κατά περίπτωση μάλιστα (συχνές απουσίες ή προσέλευση σε τοξίκωση που αποτρέπει την χορήγηση μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης) μπορεί να επιστρέψει προσωρινά σε φάση εισαγωγής. Αυτοί οι ασθενείς δεν λαμβάνουν δόσεις take-home, για το οποίο απαιτείται περίοδος αποχής τουλάχιστον 2- 8 εβδομάδων είτε κάποια ειδική συμφωνία στα πλαίσια διαδικασιών διαχείρισης ευκαιρίας.

Η συχνότητα των ελέγχων ούρων κατά τη φάση αποκατάστασης εξαρτάται από την πρόοδο του ασθενούς. Μία ή δύο φορές το μήνα είναι αρκετές εάν ο ασθενής έχει καλή πορεία και τα ούρα είναι σταθερά αρνητικά σε ουσίες. Δεδομένου του υψηλού κόστους του τοξικολογικού ελέγχου, το θεραπευτικό προσωπικό επιφορτίζεται με την προσπάθεια βέλτιστης αξιοποίησης των διαθέσιμων αντιδραστηρίων. Έτσι χρειάζεται να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην διενέργεια κλινικού ελέγχου για αντικειμενικά σημεία τοξίκωσης και οι έλεγχοι να κατανέμονται ορθολογικά και όχι τυποποιημένα με την ίδια συχνότητα για όλους τους ασθενείς. Προκειμένου για ασθενείς που κάνουν συνεχή παράλληλη χρήση και ασθενείς που απέχουν από αλκοόλ και

παράνομες ουσίες για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ο τοξικολογικός έλεγχος δεν αποδίδει αξιόλογες πληροφορίες και μπορεί να γίνεται άπαξ μηνιαίως. Αντιθέτως, προκειμένου για ασθενείς που προσπαθούν να διακόψουν την χρήση ουσιών, ο εβδομαδιαίος έλεγχος μπορεί να είναι ένας σημαντικός δείκτης της προόδου. Η αξιοπιστία της αυτοαναφερόμενης χρήσης ουσιών είναι εξαιρετικά υψηλή (Neale & Robertson, 2003), αρκεί το πλαίσιο να μην είναι τιμωρητικό. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα αναφέρεται χρήση ουσιών που δεν συλλαμβάνει ο τοξικολογικός έλεγχος λόγω μη χρήσης των κατάλληλων αντιδραστηρίων ή υπέρβασης των χρονικών περιορισμών. Έτσι ο τοξικολογικός έλεγχος μπορεί να συμπληρώνει τον κλινικό και την αυτοαναφορά, χωρίς να ξοδεύονται δυσανάλογα ποσά για αναξιοποίητες πληροφορίες. Η συχνότητα του τοξικολογικού ελέγχου για κάθε ασθενή αποφασίζεται και αναπροσαρμόζεται στα πλαίσια του θεραπευτικού του σχεδίου.

Το πιο σημαντικό εμπόδιο για μια σταθερή ζωή αυτών των ασθενών είναι οι ανεπαρκείς πόροι για μια άνετη και ασφαλή ζωή. Το θέμα αυτό επιβάλλεται να συζητηθεί εκτενώς κατά τη φάση αποκατάστασης. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και να λαμβάνουν υπηρεσίες επαγγελματικού προσανατολισμού από τους αρμόδιους φορείς (ΟΑΕΔ). Σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής συμμετέχει σε τέτοια προγράμματα ή εργάζεται, διευκολύνεται με την χορήγηση δόσεων για το σπίτι και ελαστικά ωράρια, αρκεί να αποδεικνύει τα λεγόμενά του. Ο ΟΚΑΝΑ, ως φορέας εξαρτημένος από το δημόσιο, δεν είναι δυνατόν να δέχεται και να υποστηρίζει την λεγόμενη «μαύρη» και ανασφάλιστη εργασία.

Στο τέλος της φάσης αποκατάστασης οι ασθενείς θα πρέπει να εργάζονται, να βρίσκονται σε αναζήτηση εργασίας ή να συμμετέχουν σε παραγωγικές δραστηριότητες, όπως σχολείο, ανατροφή παιδιών ή εθελοντική εργασία. Χρειάζεται να έχουν ένα σταθερό νόμιμο εισόδημα είτε από την εργασία, είτε από προνοιακές πηγές είτε από άλλη νόμιμη πηγή, ώστε να αποφεύγουν την εμπορία ουσιών ή άλλους παράνομους τρόπους αναζήτησης χρημάτων. Οι ασθενείς απαιτείται να έχουν διακόψει τη χρήση παράνομων ή συνταγογραφούμενων ουσιών και αλκοόλ, καθώς και κάθε συμμετοχή σε εγκληματικές δραστηριότητες πριν την ένταξή τους στη φάση υποστηρικτικής φροντίδας.

Στη φάση αποκατάστασης οι θεραπευτές βοηθούν τους ασθενείς να βελτιώνουν τις κοινωνικές τους σχέσεις και να επιδιώξουν τη βελτίωση των συνήθως διαταραγμένων οικογενειακών σχέσεων. Η μετάβαση στην επόμενη φάση μπορεί να γίνεται όταν οι ασθενείς έχουν σταθεροποιήσει ένα σύστημα κοινωνικής υποστήριξης χωρίς συγκρούσεις, το οποίο προϋποθέτει αυξημένη υπευθυνότητα εκ μέρους τους.

Η διάρκεια της φάσης αποκατάστασης διαφέρει από άτομο σε άτομο και ως ελάχιστο όριο προσδιορίζεται το ένα έτος, ενώ μεγάλο ποσοστό ασθενών μπορεί να παραμένει επ' αόριστο σε αυτή. Το πνεύμα του πλαισίου είναι ακριβώς αυτό: όταν δεν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι κάποιας φάσης, οι ασθενείς δεν αποπέμπονται, ούτε συσσωρεύονται εγκαταλελειμμένοι σε μια κατάσταση ελαχίστων απαιτήσεων, επιφορτισμένοι με το σύνολο του βάρους της θεραπευτικής αποτυχίας. Αντιθέτως, παραμένουν για όσο καιρό χρειαστεί στην φάση αποκατάστασης η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη φροντίδα και το προσωπικό είναι επιφορτισμένο με την συνεχή κλιμάκωση των υπηρεσιών, βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και αναζήτηση εναλλακτικών τακτικών, οι οποίες εντάσσονται σε ένα ατομικό σχέδιο θεραπείας, σχεδιασμένο στη βάση των ιδιαιτεροτήτων του και των αναγκών του και εκτελεσμένο με βασικό εργαλείο μια λειτουργική θεραπευτική σχέση.

Ακολουθεί ένας πίνακας στρατηγικών αντιμετώπισης των διαφόρων κλινικών θεμάτων που ανακύπτουν κατά τη Φάση Αποκατάστασης (Center for Substance Abuse, 2005).

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Πίνακας 2: Φάση Αποκατάστασης

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις μετάβασης στη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας
Χρήση Αλκοόλ και τοξικών ουσιών - Συνεχιζόμενη χρήση ηρωίνης - Συνεχιζόμενη κατάχρηση άλλων ουσιών	- Συμπεριφορικό συμβόλαιο - Εσωτερική νοσηλεία βραχείας διάρκειας (δομές αποτοξίνωσης) - Δισουλφιράμη για την χρήση αλκοόλ (μη διαθέσιμη) - Φαρμακοθεραπεία και ομάδες διακοπής του καπνού - Εντατικοποίηση θ. υπηρεσιών - Θετικά κίνητρα: δόσεις για το σπίτι, αναγνώριση της προόδου - Αναπροσαρμογή δόσης για πρόληψη χρήσης οπιοειδών - Ενθάρρυνση συμμετοχής σε ομάδες υποστήριξης και οικογενειακή θεραπεία	- Δυνατότητα αναγνώρισης και διαχείρισης παραγόντων που ωθούν σε υποτροπή - Ανάπτυξη ρεπερτορίου δεξιοτήτων αντιμετώπισης καταστάσεων - Αποδεδειγμένες αλλαγές στις συνθήκες ζωής προκειμένου να προληφθεί η υποτροπή - Διακοπή χρήσης οπιοειδών και άλλων ουσιών - Απουσία προβληματικής χρήσης αλκοόλ - Σχέδιο διακοπής καπνίσματος
Ιατρικά θέματα - Χρόνιες διαταραχές (διαβήτης, υπέρταση, σπασμοί, καρδιαγγειακή ν) - Λοιμώδεις διαταραχές (HIV/AIDS, TB, Ηπατίτις B & C, ΣΜΝ) - Νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό - Οδοντικά προβ/τα, νικοτίνη - Υγεία της γυναίκας (κύηση, οικογενειακός προγραμματισμός)	- Επιτόπου πρωτοβάθμια φροντίδα ή παραπομπή - Προσέγγιση ολοκληρωμένης θεραπείας - Εξετάσεις ρουτίνας για TB - Εκπαίδευση για δίαιτα, άσκηση, διακοπή καπνίσματος - Ενδεδειγμένοι εμβολιασμοί - Ρύθμιση άλλων φαρμάκων που αλληλεπιδρούν με την φαρμακοθεραπεία υποκατάστασης ή αναπροσαρμογή δόσης - Αξιολόγηση χρόνιου πόνου και παραπομπή	- Συμμόρφωση με θεραπεία χρόνιων παθήσεων - Βελτίωση γενικής κατάστασης υγείας - Βελτίωση οδοντικής υγείας & υγιεινής - Τακτικός προγεννητικός έλεγχος - Σταθερή κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας
Συνυπάρχουσες Διαταραχές Ψυχώσεις, αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας	- Αξιολόγηση - Ανάπτυξη δεξιοτήτων - Έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή - Ψυχιατρική φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία όπως ενδείκνυται	Σταθερή ψυχιατρική κατάσταση και συμμόρφωση με ψυχιατρική αγωγή
Επαγγελματικές & Εκπαιδευτικές ανάγκες - Ανεργία/ υποαπασχόληση - Χαμηλές δεξιότητες ανάγνωσης - Αναλφαβητισμός - Μαθησιακές δυσκολίες	- Αναγνώριση ελλειμμάτων - Συμβουλευτική & παραπομπή - Παροχή κατάρτισης & εκπαίδευσης με συμμετοχή της κοινότητας - Παροχή εξάσκησης στην κατάρτιση προϋπολογισμού προσωπικών οικονομικών - Παροχή ευκαιριών απασχόληση ή παραπομπή σε επαγγελματικό προσανατολισμό	- Σταθερή πηγή εισοδήματος - Ενεργός αναζήτηση απασχόλησης - Συμμετοχή σε παραγωγική δραστηριότητα: σχολείο, εργασία, εθελοντισμός

Πίνακας 2: Φάση Αποκατάστασης (συνέχεια)

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις μετάβασης στη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας
Οικογενειακά θέματα - Απουσία οικογενειακού συστήματος στήριξης - Ανάकुψη οικογενειακών προβλημάτων (πχ, τραυματικό οικογενειακό ιστορικό, διαζύγιο, άλλες προβληματικές καταστάσεις)	- Εμπλοκή της κοινότητας ή φιλικού, θρησκευτικού περιβάλλοντος ή ομοτίμων ή της παρέας - Αύξηση της συμμετοχής στην οικογενειακή ζωή (σε περίπτωση απουσίας οικογενειακής δυσλειτουργίας, η οποία παρεμποδίζει την πρόοδο) - Παροχή καλής φροντίδας για τα παιδιά	- Σύστημα κοινωνικής υποστήριξης σε ισχύ - Απουσία μειζόνων συγκρούσεων στο σύστημα υποστήριξης - Αυξημένη υπευθυνότητα για τα εξαρτώμενα από τον ασθενή άτομα
Νομικά προβλήματα - Ποινικές διώξεις - Διαμάχες επιμέλειας - Συνεχιζόμενες παράνομες δραστηριότητες	- Πρόσβαση σε νομικό σύμβουλο - Ενθάρρυνση του ασθενή να αναλάβει την υπευθυνότητα για αντιμετώπιση των νομικών προβλημάτων - Αναγνώριση των εμποδίων για την εξάλειψη των παρανόμων δραστηριοτήτων και την αντικατάσταση με εποικοδομητικές δραστηριότητες	- Επίλυση ή συνεχιζόμενες προσπάθειες να επιλυθούν τα νομικά προβλήματα - Απουσία παρανόμων δραστηριοτήτων

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

3

Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας

Όταν πληρωθούν τα κριτήρια για τον τερματισμό της φάσης αποκατάστασης, οι ασθενείς προχωρούν στη φάση υποστηρικτικής φροντίδας, κατά την οποία συνεχίζουν τη φαρμακοθεραπεία υποκατάστασης, συμμετέχουν σε συμβουλευτικές συνεδρίες, έχουν ιατρική υποστήριξη και αναλαμβάνουν την πλήρη υπευθυνότητα για τη ζωή τους. Σε αυτή τη φάση οι ασθενείς αρχίζουν να παίρνουν προοδευτικά δόσεις take-home για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα και επισκέπτονται λιγότερο συχνά το πρόγραμμα. Η υποστηρικτική φροντίδα από το πρόγραμμα μπορεί να αυξηθεί με τη συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας, ομάδες στην κοινότητα, ομάδες των 12 βημάτων ή άλλες υποστηρικτικές ομάδες, όταν και όπου αυτές είναι διαθέσιμες.

Οι ασθενείς απαιτείται να έχουν διακόψει τη χρήση παράνομων ή συνταγογραφούμενων ουσιών και αλκοόλ, καθώς και κάθε συμμετοχή σε εγκληματικές δραστηριότητες πριν την ένταξή τους στη φάση υποστηρικτικής φροντίδας. Συνεχιζόμενη ή προβληματική παράλληλη χρήση οδηγεί τον ασθενή πίσω στην φάση αποκατάστασης. Οι ασθενείς στη φάση υποστηρικτικής φροντίδας πρέπει να εργάζονται, να έχουν εμπλακεί ενεργά σε αναζήτηση εργασίας ή να συμμετέχουν σε άλλες δημιουργικές δραστηριότητες και να έχουν σταθερή νόμιμη πηγή εισοδήματος. Είναι φανερό πως ανά πάσα στιγμή ένα μέτριο σχετικά ποσοστό των ασθενών μιας μονάδας θα βρίσκονται σε φάση υποστηρικτικής φροντίδας (από την εμπειρία του ΟΚΑΝΑ περί το 25-50% σε μια τυπική μονάδα που λειτουργεί μερικά χρόνια με τον υφιστάμενο τρόπο) και ο στόχος του θεραπευτικού προσωπικού είναι να αυξάνει συνεχώς αυτό το ποσοστό.

Όταν οι ασθενείς απέχουν από κάθε παράνομη ουσία για μια ορισμένη χρονική περίοδο, αποφασίζεται η μετάβασή τους είτε στη φάση της ιατρικής συντήρησης είτε στη φάση σταδιακής μείωσης του υποκαταστάτου. Αν και οι γνώμες διχάζονται για το πόσο μεγάλη πρέπει να είναι αυτή η περίοδος, προτείνεται ως γενική οδηγία οι ασθενείς να απέχουν από παράνομες ουσίες για δύο τουλάχιστον χρόνια προκειμένου να λάβουν τη μέγιστη δόση take-home (φάση ιατρικής συντήρησης), κάτι το οποίο μπορεί να συμβεί εντός των

Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, είτε στα πλαίσια των δομών συναγογράφησης του ΟΚΑΝΑ ή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, το διάστημα που θα παραμένουν οι ασθενείς στη φάση υποστηρικτικής φροντίδας πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες και τις προόδους τους και όχι αυστηρά σε κάποιο χρονοδιάγραμμα. Η πρόοδος των ασθενών στην αντιμετώπιση των ζητημάτων της ζωής τους ενδείκνυται να αξιολογείται τουλάχιστον κάθε τρεις μήνες για να εκτιμάται αν είναι έτοιμοι για τη μετάβασή τους στη φάση της συντήρησης ή της σταδιακής διακοπής.

Σε αρκετές περιπτώσεις, ασθενείς που διακόπτουν την παράλληλη χρήση και συμμορφώνονται με τους κανόνες του προγράμματος, δεν δείχνουν καμία άλλη πρόοδο σε άλλους τομείς της ζωής τους. Αυτοί οι ασθενείς δεν είναι έτοιμοι για τη φάση της ιατρικής συντήρησης ή τη φάση ιατρικά επιτηρούμενης απόσυρσης, αλλά μπορούν να συνεχίσουν σε αυτή τη φάση λαμβάνοντας take-home για μία ή περισσότερες μέρες μαζί με τις υπόλοιπες υπηρεσίες.

Τα κριτήρια για τη μετάβαση στην επόμενη φάση εξαρτώνται από το αν επόμενη φάση είναι αυτή της ιατρικής συντήρησης, της απόσυρσης ή της φάσης συνεχιζόμενης φροντίδας εντός της δομής Κοινωνικής Επανένταξης.

Ακολουθεί ένας πίνακας στρατηγικών αντιμετώπισης των διαφόρων κλινικών θεμάτων που ανακύπτουν κατά τη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας (Center for Substance Abuse, 2005).

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Πίνακας 3: Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις μετάβασης στην επόμενη φάση
Κατάχρηση Αλκοόλ και χρήση Ουσιών	- Παρακολούθηση χρήσης - Αύξηση συχνότητας τοξικολογικών ελέγχων	Αποχή από τη χρήση ουσιών και από προβληματική χρήση αλκοόλ
Ιατρικά και Ψυχιατρικά Προβλήματα	- Παρακολούθηση συμμόρφωσης με ιατρικές/ ψυχιατρικές αγωγές - Διατήρηση επικοινωνίας με τους παρόχους σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενή	Σταθερότητα
Επαγγελματικές & Εκπαιδευτικές ανάγκες	- Παρακολούθηση κατάστασης απασχόλησης και προόδου εκπαιδευτικών στόχων - Βοήθεια για την αντιμετώπιση εργασιακών προβλημάτων	Σταθερή πηγή εισοδήματος
Οικογενειακά Θέματα	- Παρακολούθηση οικογενειακής σταθερότητας και των σχέσεων - Παραπομπή για οικογενειακή θεραπεία, όπως ενδείκνυται	Σταθερότητα
Νομικά Θέματα	- Παρακολούθηση συνεχιζόμενων νομικών προβλημάτων - Παροχή αναγκαίας υποστήριξης	Επίλυση

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

4

Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης

Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης ονομάζεται η φάση εκείνη κατά την οποία διενεργείται προοδευτική ελάττωση και εντέλει διακοπή της φαρμακοθεραπείας υποκατάστασης (ο όρος αποτοξίνωση θα πρέπει να χρησιμοποιείται για τις παράνομες ουσίες και το αλκοόλ).

Δεδομένου ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών κινδυνεύει να υποτροπιάσει μετά την ολοκλήρωση της φάσης αυτής (Magura and Rosenblum 2001, βλ και **Παράρτημα III**) η φάση αυτή είναι αυστηρώς εθελοντική και κάθε απόφαση για προοδευτική ελάττωση της δοσολογίας επιβάλλεται να γίνεται δίχως εξαναγκασμό και με προσεκτική εξέταση των προτιμήσεων και επιθυμιών του ασθενούς, εκτίμηση του επιπέδου κινητοποίησής του, ανασκόπηση των ενδεχομένων προηγηθέντων προσπαθειών απόσυρσης, αξιολόγηση της εμπλοκής του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος και της σταθερότητας αυτού καθώς και της απεμπλοκής του από δραστηριότητες που προϋποθέτουν επαφή με άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών.

Εφόσον οι ασθενείς επιλέξουν να ολοκληρώσουν τη φάση απόσυρσης χρειάζεται να διαβεβαιωθεί πως είναι εφικτή η προσωρινή παύση των ελαττώσεων της δοσολογίας αν εμφανιστούν στερητικά συμπτώματα και η επάνοδος σε προγενέστερη φάση του προγράμματος σε περίπτωση υποτροπής. Αυτή η τελευταία δυνατότητα ενδεχομένως να μην είναι διαθέσιμη προκειμένου για ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν σταθεροποιηθεί και κάνουν συχνές υποτροπές ή συνεχή παράλληλη χρήση, ωστόσο επιθυμούν την αποτοξίνωση για μη θεραπευτικούς λόγους και παρά την αντίθετο γνώμη του θεραπευτικού προσωπικού.

Καθώς διενεργείται η ιατρικά επιτηρούμενη απόσυρση απαιτείται να εντατικοποιούνται οι προσφερόμενες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων συνεδριών συμβουλευτικής και παρακολούθησης των συναισθηματικών και συμπεριφορικών αλλαγών του ασθενούς. Οι ασθενείς επιβάλλεται να είναι ενήμεροι των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της απόσυρσης από το υποκατάστατο και της μακρόχρονης θεραπείας συντήρησης (στις φάσεις συνταγογράφησης ή συνεχιζόμενης φροντίδας) προκειμένου να προβούν σε κάποια από αυτές τις θεραπευτικές επιλογές. Οι ασθενείς χρειάζεται να

αντιληφθούν την σημασία του κινδύνου υποτροπής και να τους προτρέψουμε να μην διακόψουν την θεραπεία ώστε να αποφύγουν την συχνή παρακολούθηση του προγράμματος ή τον κάποιο στιγματισμό που συνεπάγεται η θεραπεία υποκατάστασης, παρά μόνο αν ζυγισθούν προσεκτικά τα οφέλη στην υγεία και κοινωνική τους ενσωμάτωση που προσφέρουν όλες οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Μία εξ αυτών είναι η δυνατότητα μετάβασης στην φάση ιατρικής συντήρησης, κατά την οποία αναιρούνται τα περισσότερα μειονεκτήματα της ανάγκης συχνής προσέλευσης στο πρόγραμμα, χωρίς να θυσιάζεται η φαρμακευτική θεραπεία. Επίσης επιβάλλεται να προτρέψουμε τους ασθενείς να μην επιλέξουν την απόσυρση κάτω από χρονική πίεση (για ένα ταξίδι διακοπών πχ) αλλά με οποιοδήποτε ρυθμό τους ταιριάζει - συχνά μια επιτυχημένη διακοπή διαρκεί πολλούς μήνες- και να προετοιμαστούν να επιστρέψουν σε μια προγενέστερη φάση σε περίπτωση υποτροπής, χωρίς αυτό να θεωρείται αποτυχία ή χάσιμο χρόνου. Για τον σκοπό αυτό απαιτείται να εκπαιδευτούν ώστε να αναγνωρίζουν τα σημεία εκείνα που προηγούνται της υποτροπής και να έχουν σαφείς οδηγίες για το πώς θα επανέλθουν στην θεραπεία υποκατάστασης το συντομότερο, εάν πιστεύουν ότι η υποτροπή είναι αναπόφευκτη.

Μετά το πέρας μιας επιτυχούς φάσης ιατρικά επιτηρούμενης απόσυρσης οι ασθενείς ενθαρρύνονται να μην διακόψουν οριστικά την επαφή με τον ΟΚΑΝΑ, αλλά να μεταβούν στη φάση συνεχιζόμενης φροντίδας στο πλαίσιο της Μονάδας Κοινωνικής Επανένταξης, είτε στο πλαίσιο των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης. Την περίοδο αυτή γίνεται πιλοτική εφαρμογή της προοδευτικής μετάβασης στη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ολοκληρώσει την σταδιακή απόσυρση από το υποκατάσταστο και λαμβάνουν χαμηλές δοσολογίες (κάτω από 40mg μεθαδόνης ή 4mg βουπρενορφίνης). Το πλαίσιο υιοθετεί αυτήν την πρακτική, αναμένοντας τα πορίσματα από την εφαρμογή αυτής της προσπάθειας προκειμένου να προβούμε σε βελτιστοποίηση της συγκεκριμένης κλινικής πρακτικής.

Η επιτυχής διακοπή της ουσίας υποκατάστασης δεν είναι ο μόνος δείκτης για μετάβαση στην επόμενη φάση, αυτή της συνεχιζόμενης φροντίδας λοιπόν, ούτε και απαραίτητη την τρέχουσα περίοδο. Άλλοι σημαντικοί δείκτες είναι η θετική εικόνα του εαυτού των ασθενών (αυτοεκτίμηση), η υιοθέτηση ενός παραγωγικού τρόπου ζωής άνευ χρήσεως ουσιών και φυσικά η μη κατάχρηση τοξικών ουσιών.

Ακολουθεί ένας πίνακας στρατηγικών αντιμετώπισης των διαφόρων κλινικών θεμάτων που ανακύπτουν κατά τη Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης απόσυρσης (Center for Substance Abuse, 2005).

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ

Πίνακας 4: Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις επιστροφής σε προηγούμενη φάση
Κατάχρηση Αλκοόλ και χρήση Ουσιών	• Παρακολούθηση χρήσης • Αύξηση συχνότητας τοξικολογικών ελέγχων • Αύξηση συμβουλευτικής υποστήριξης	• Υποτροπή, είτε φόβος υποτροπής σε χρήση οπιοειδών • Θετικός τοξικολογικός έλεγχος
Ιατρικά και Ψυχιατρικά Προβλήματα	• Παρακολούθηση συμμόρφωσης με ιατρικές/ ψυχιατρικές αγωγές • Διατήρηση επικοινωνίας με τους παρόχους σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενή • Συνέχιση εκπαίδευσης	• Ασταθή προβλήματα υγείας
Επαγγελματικές & Εκπαιδευτικές ανάγκες	• Παρακολούθηση κατάστασης απασχόλησης και προόδου εκπαιδευτικών στόχων • Διαθεσιμότητα για την αντιμετώπιση εργασιακών προβλημάτων	• Αστάθεια • Απώλεια εργασίας
Οικογενειακά Θέματα	• Παρακολούθηση οικογενειακής σταθερότητας • Παραπομπή για οικογενειακή θεραπεία, όπως ενδείκνυται	• Αστάθεια • Θάνατος ή απώλεια σημαντικού άλλου • Ασταθής στέγαση
Νομικά Θέματα	• Παρακολούθηση συνεχιζόμενων νομικών προβλημάτων • Παροχή αναγκαίας υποστήριξης	• Νέα εμπλοκή με το νόμο

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

5

Φάση Ιατρικής Συντήρησης

Στη φάση της ιατρικής συντήρησης, οι σταθεροποιημένοι ασθενείς που χρειάζεται να συνεχίσουν το φαρμακευτικό σκέλος της θεραπείας ώστε να εξακολουθήσουν να παραμένουν σταθεροί επιτρέπεται να λαμβάνουν ποσότητες των φαρμάκων υποκατάστασης, οι οποίες προορίζονται για μη επιτηρούμενη χορήγηση και για μεγαλύτερα διαστήματα από το τυπικό take-home (έως και 30 μέρες). Η πρακτική αυτή επιτρέπει να ελαττώσουν περαιτέρω τις επισκέψεις στο πρόγραμμα, εφόσον δεν έχουν πλέον την ανάγκη των υπόλοιπων υπηρεσιών της ολοκληρωμένης θεραπείας υποκατάστασης. Ως «Συνταγογράφηση» ορίζεται αυτή η μη επιτηρούμενη χορήγηση των φαρμάκων υποκατάστασης κατά τη φάση της ιατρικής Συντήρησης.

Η φάση αυτή υλοποιείται στις Δομές Συνταγογράφησης και Δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Δεδομένου του ότι αυτές οι δομές δεν είναι ακόμη διαθέσιμες, μπορεί να εφαρμοστεί πιλοτικά στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, χρησιμοποιώντας τα ίδια κριτήρια που περιγράφονται εδώ.

Τα κριτήρια για τον καθορισμό της ετοιμότητας για τη φάση Ιατρικής Συντήρησης προτείνεται να είναι τα εξής:

- Δύο τουλάχιστον έτη συνεχούς θεραπείας
- Αποχή από όλες τις παράνομες ουσίες για μια περίοδο 6 έως 12 μηνών από οπιοειδή, κοκαΐνη και αμφεταμίνες. Η γρήγορη έναρξη σε χρονικό διάστημα 6 μηνών θα πρέπει να συναρτάται με άλλα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής προόδου και ο ασθενής ξεκινώντας από εβδομαδιαίες δόσεις θα μεταβαίνει προοδευτικά προς την πλήρη συνταγογράφηση 30 ημερών
- Απουσία κατάχρησης αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών

- Προσωπική ικανότητα ασφαλούς αυτοδιαχείρισης του φαρμάκου συνδεόμενη και με την απουσία ενδείξεων κατάχρησης του προσωπικού δικαιώματος στο φάρμακο.
- Σταθερές συνθήκες διαβίωσης σε περιβάλλον ελεύθερο από ουσίες
- Εξασφάλιση της διαβίωσης από νόμιμες εισοδηματικές πηγές και συμμετοχή σε παραγωγικές δραστηριότητες (σχολείο – εργασία – εθελοντισμός).
- Συμμετοχή σε παραγωγικές δραστηριότητες (π.χ. σχολείο, εργασία ή εθελοντική εργασία)
- Απουσία εγκληματικής δραστηριότητας και νομικών εμπλοκών κατά το διάστημα της θεραπείας
- Επαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα και απουσία ασταθεροποιητών συνοδών διαταραχών από την σωματική ή ψυχική σφαίρα

Η εκτίμηση των συνθηκών ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών, συνοδών ιατρικών και ψυχιατρικών προβλημάτων, εργασιακών και εκπαιδευτικών αναγκών, καθώς και νομικών ζητημάτων χρειάζεται να συνεχίζεται και κατά τη φάση της ιατρικής συντήρησης. Αν και οι ασθενείς στη φάση της ιατρικής συντήρησης μπορεί να μην χρειάζονται υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, ενδέχεται να χρειαστούν περιστασιακά τροποποίηση της δοσολογίας λόγω της λήψης άλλων φαρμάκων ή της ύπαρξης παραγόντων που τροποποιούν το μεταβολισμό του υποκατάστατου.

Συνιστάται τυχαίος τοξικολογικός έλεγχος των ούρων και συχνή παραγγελία επιστροφής των δόσεων που έχουν δοθεί για έλεγχο της συμμόρφωσης (call back), ιδίως κατά τα πρώτα στάδια της φάσης συντήρησης. Για να είναι λειτουργικό το call back απαιτείται να εφαρμοσθεί ένα σύστημα με σφραγισμένες δοσολογίες οι οποίες θα φέρουν ετικέτες με τα στοιχεία του ασθενούς εκτυπωμένες από ετικετογράφους των δομών χορήγησης των φαρμάκων. Οι ασθενείς στη φάση ιατρικής συντήρησης επιβάλλεται να ελέγχονται για τον κίνδυνο υποτροπών. Οι θετικές ουροληψίες απαιτείται να ελέγχονται χωρίς καθυστέρηση και οι ασθενείς πρέπει να επανέρχονται στη φάση αποκατάστασης εάν κριθεί αναγκαίο.

Ακολουθεί ένας πίνακας στρατηγικών αντιμετώπισης των διαφόρων κλινικών θεμάτων που ανακύπτουν κατά τη Φάση Ιατρικής Συντήρησης (Center for Substance Abuse, 2005).

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Πίνακας 5: Φάση Ιατρικής Συντήρησης

Θεραπευτικό Θέμα	Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Ενδείξεις μετάβασης σε: • Ιατρικά Επιτηρούμενη Απόσυρση ή • Συνεχιζόμενη Φροντίδα ή • Ιατρική Συντήρηση Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης
Κατάχρηση Αλκοόλ και χρήση Ουσιών	• Παρακολούθηση χρήσης • Τοξικολογικός έλεγχος	• Σταθερότητα για 2 έτη
Ιατρικά και Ψυχιατρικά Προβλήματα	• Παρακολούθηση συμμόρφωσης • Διατήρηση επικοινωνίας	• Σταθερότητα
Επαγγελματικές & Εκπαιδευτικές ανάγκες	• Παρακολούθηση κατάστασης απασχόλησης και προόδου εκπαιδευτικών στόχων • Διαθεσιμότητα για την αντιμετώπιση εργασιακών προβλημάτων	• Σταθερότητα
Οικογενειακά Θέματα	• Παρακολούθηση οικογενειακής σταθερότητας • Παραπομπή για οικογενειακή θεραπεία, όπως ενδείκνυται	• Σταθερότητα
Νομικά Θέματα	• Παρακολούθηση συνεχιζόμενων νομικών προβλημάτων • Παροχή αναγκαίας υποστήριξης	• Σταθερότητα

[**ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ**](#)

6

Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας

Οι ασθενείς που έχουν διακόψει σταδιακά την χορήγηση υποκαταστάτων, είτε βρίσκονται για μεγάλο διάστημα σε χαμηλή δοσολογία (λιγότερο από 30mg μεθαδόνης ή 4mg βουπρενορφίνης) μεταβαίνουν στη φάση συνεχιζόμενης φροντίδας, η οποία υλοποιείται στην Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης (όπου αυτή είναι διαθέσιμη) είτε στις ίδιες τις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας. Κύριος στόχος της φάσης αυτής είναι η σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση των πρώην εξαρτημένων και υπό απεξάρτηση ατόμων μέσω ενεργειών που αποσκοπούν στην προώθηση και την παραμονή τους στην αγορά εργασίας. Για την επίτευξη των στόχων αυτών εφαρμόζεται ένα καλά δομημένο θεραπευτικό πρόγραμμα Ιατροψυχοκοινωνικής υποστήριξης των μελών με πολυσύνθετες υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων της περιοδικής επισκόπησης της σωματικής υγείας και φυσικά της πρόληψης υποτροπής) και πάντα σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, δεδομένου ότι μικρό ποσοστό ασθενών μεταβαίνει επιτυχώς στην φάση αυτή η προσπάθεια πρέπει να αρχίζει ήδη από την φάση αποκατάστασης και στην τελική αυτή φάση, εφόσον έχουν αντιμετωπισθεί επιτυχώς κατά τη διάρκεια των προηγούμενων φάσεων τα υπόλοιπα θέματα που αφορούν την εξάρτηση, την σωματική και ψυχική υγεία και τις ζωτικές ανάγκες του ασθενή, για όσους ασθενείς επιθυμούν τη μετάβαση στη φάση συνεχιζόμενης φροντίδας δίδεται η ευκαιρία να λάβουν εντατικότερες και εξειδικευμένες υπηρεσίες για την διευθέτηση θεμάτων κοινωνικής κυρίως φύσεως. Στη φάση αυτή μεταβαίνουν άτομα που έχουν διακόψει την χρήση όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών και έχουν σαφές αίτημα για κοινωνικοποίηση, ψυχολογική υποστήριξη, νομική υποστήριξη, επαγγελματική υποστήριξη για απόκτηση και διατήρηση μιας εργασιακής θέσης. Βασικοί στόχοι των ασθενών πρέπει να είναι η ανάπτυξη αυτοαποτελεσματικότητας και η διατήρηση ισορροπημένης σταθερής και παραγωγικής ζωής.

Το προσωπικό της Μονάδας Κοινωνικής Επανένταξης της Αθήνας, ως πλέον εξειδικευμένο και αρμόδιο, προτείνει την πιλοτική εφαρμογή του ακόλουθου πλαισίου λειτουργίας στην σύνταξη του οποίου προέβη με την

εφαρμογή της μεθόδου SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).



Στόχοι της Συνεχιζόμενης Φροντίδας

Σωματική Υγεία:

- Σεμινάρια για θέματα όπως AIDS / Ηπατίτιδες
- Γενικές Εξετάσεις (Ακτιν. Θώρακος, αιματολογικές κ.τ.λ.)
- Φροντίδα Υγείας
- Καθαριότητα
- Υγιεινή
- Συνεργασία με Νοσοκομεία/Φορείς υγείας

Διαπροσωπικές Σχέσεις:

- Αυτογνωσία
- Σχέση με τους ομότιμους (π.χ. φίλοι, γείτονες, συνάδελφοι)
- Σχέση με οικογένεια (πατρική ή συντροφική)

Εργασιακή Ένταξη / Εκπαιδευτική Υποστήριξη :

- Εργασιακός Προσανατολισμός
- Εκπαίδευση και υποστήριξη σε τεχνικές εξεύρεσης εργασίας
- Ώθηση για εξεύρεση εργασίας – Υποστήριξη εργαζομένου για διατήρηση θέσης εργασίας
- Υποστήριξη για ολοκλήρωση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων
- Ώθηση για συμμετοχή σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Σχολεία δεύτερης ευκαιρίας, κ.τ.λ.)

Κοινωνική Δικτύωση:

- Συνεργασία με ΟΑΕΔ, Σχολεία Δεύτερης ευκαιρίας, κοινωνικές υπηρεσίες δήμων
- Συνεργασία με φορείς για την αντιμετώπιση άμεσων αναγκών (τρόφιμα, ρούχα, στέγη).
- Συνεργασία με πολιτιστικούς φορείς
- Συνεργασία με εργοδοτικούς φορείς
- Συνεργασία με ΕΚΚΕΕ, ΚΕΕ / άλλους εκπαιδευτικούς φορείς για προγράμματα κατάρτισης
- Συνεργασία με άλλα θεραπευτικά προγράμματα ΟΚΑΝΑ
- Συνεργασία με την Εκκλησία

- Συνεργασία με ΟΚΑΝΑ και λοιπούς φορείς για νομική υποστήριξη
- Διασύνδεση με φορείς Υγείας και Πρόνοιας
- Προβολή δράσεων της Μονάδας
- Αξιοποίηση Διαδικτύου
- Εθελοντισμός

Πρόληψη Υποτροπών:

- Αναγνώριση και αποφυγή καταστάσεων υψηλού κινδύνου
- Ενδυνάμωση της απόφασης για αποχή
- Εκπαίδευση σε τεχνικές πρόληψης υποτροπής
- Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου
- Αποσύνδεση των οικονομικών πόρων από την ουσία χρήσης – εξάρτησης

Στάδια της Συνεχιζόμενης Φροντίδας

Α. ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΟΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Αφορά ασθενείς που βρίσκονται σε χαμηλή δόσολογία χορήγησης, όχι μεγαλύτερη των 30 mg μεθαδόνης ή των 4 mg βουπρενορφίνης.

Στόχοι:

- Η κινητοποίηση για σταδιακή μείωση και διακοπή του υποκαταστάτου
- Η πρόληψη Υποτροπών σε όλες τις ουσίες.
- Η τελική μετάβαση τους στην κύρια φάση της ΜΚΕ

Προϋποθέσεις εισαγωγής:

- Η απουσία υποτροπών στα οπιοειδή και την κοκαΐνη για 6 μήνες.
- Η απουσία υποτροπών στην κάνναβη, στο αλκοόλ και στις βενζοδιαζεπίνες για διάστημα μεγαλύτερου του 1 μήνα.
- Η μη εμπλοκή τους σε παραβατικές πράξεις τους τελευταίους 12 μήνες.
- Η συνεπής συμμετοχή τους στις θεραπευτικές διαδικασίες των Μονάδων Υποκατάστασης.
- Η σύμφωνη γνώμη της διεπιστημονικής ομάδας ότι ο ασθενής είναι επαρκώς κινητοποιημένος για την είσοδό του στη ΜΚΕ
- Η υπογραφή συμβολαίου από τους ασθενείς, με το οποίο θα δεσμεύονται για την αποχή από οποιαδήποτε εξαρτησιογόνο ουσία.

Μέγιστη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα θα είναι το 1 έτος.

Με το πέρας της μέγιστης διάρκειας παραμονής και εφ' όσον δεν επιτυγχάνεται ο κύριος θεραπευτικός στόχος που είναι η μείωση και η διακοπή του υποκαταστάτου τότε το μέλος επιστρέφει στη στην οποία ανήκε πριν την είσοδό του στη ΜΚΕ, προκειμένου να συνεχίσει με άλλες θεραπευτικές επιλογές.

Στην περίπτωση διακοπής του φαρμάκου υποκατάστασης αλλά υποτροπής σε κάνναβη ή βενζοδιαζεπίνες, υπάρχει η δυνατότητα παράτασης 3 μηνών προκειμένου να εντατικοποιηθεί η θεραπεία και να ολοκληρωθεί με επιτυχία η φάση αυτή.

Για τους ήδη συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, δίνεται παράταση ενός έτους, ενώ τα υπόλοιπα κριτήρια παραμένουν.

Προσφερόμενες Υπηρεσίες:

- Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία.
- Ψυχιατρική παρακολούθηση.
- Φροντίδα σωματικής υγείας.
- Οικογενειακή υποστήριξη.
- Υποστήριξη για εργασιακή ένταξη και επαγγελματικό προσανατολισμό.
- Υποστήριξη για ένταξη σε δραστηριότητες εκπαίδευσης και κατάρτισης.
- Ώθηση για συμμετοχή σε κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.

Στάδιο προεισαγωγής για την ένταξη στη φάση αυτή:

Η προεισαγωγή διαρκεί 1 μήνα και ο θεραπευόμενος συμμετέχει εβδομαδιαία σε ένα ατομικό ραντεβού και τακτικές ουροληψίες. Στην Προεισαγωγή οι στόχοι είναι:

- Καταγραφή των βασικών του αναγκών
- Διερεύνηση του θεραπευτικού αιτήματος
- Ενημέρωση του θεραπευόμενου σχετικά με το λειτουργικό πλαίσιο της Προεπανένταξης (στόχους, υποχρεώσεις, κριτήρια ολοκλήρωσης).

Αφού ολοκληρωθεί με επιτυχία η διαδικασία προεισαγωγής, υπογράφεται το συμβόλαιο και το μέλος εντάσσεται στο στάδιο της προεπανένταξης.

Take home δύναται να δίδεται από τα προγράμματα υποκατάστασης σε εβδομαδιαία βάση, με την προϋπόθεση της απρόσκοπτης παρακολούθησης των εβδομαδιαίων θεραπευτικών διαδικασιών και ουροληψιών. Για αντικειμενικούς ή θεραπευτικούς λόγους η διεπιστημονική ομάδα δύναται να αποφασίσει τη χορήγηση δεκαπενθήμερου take home ή μείωση των ημερών χορήγησης.

Ουροληψίες μπορούν να πραγματοποιούνται σε εβδομαδιαία βάση στο χώρο της ΜΚΕ. Η εκτίμηση της θεραπευτικής πορείας του μέλους, δύναται να οδηγήσει σε μείωση ή αύξηση των ουροληψιών.

Περιπτώσεις που επιβάλλουν την απομάκρυνση από το πρόγραμμα:

- Συμπεριφορά ασύμβατη με την παρακολούθηση του προγράμματος (βίαιη συμπεριφορά, εξαπάτηση κατά τον τοξικολογικό έλεγχο, απόπειρα εξαγωγής του φαρμάκου υποκατάστασης ή και διακίνησης στην παράνομη αγορά κλπ).

- Σε περίπτωση συνεχούς παράλληλης χρήσης οπιοειδών ή κοκαΐνης για 1 μήνα, ο ασθενής θα απομακρύνεται από το πρόγραμμα και θα επιστρέφει στη Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας.
- Παράλληλη χρήση κάνναβης ή βενζοδιαζεπινών θα επιβάλλει εντατικοποίηση της ψυχοθεραπείας.
- Απουσίες αδικαιολόγητες για 1 μήνα και πάνω οδηγούν σε απομάκρυνση από το πρόγραμμα.

Κριτήρια επιτυχούς ολοκλήρωσης του σταδίου προεισαγωγής:

- Μηδενισμός του φαρμάκου υποκατάστασης.
- Αποχή από όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες.
- Συνέπεια και δέσμευση στις θεραπευτικές διαδικασίες της Μονάδας

Η **διάρκεια** της φάσης υπολογίζεται σε 12 – 15 μήνες.

Ως **αναλογία** θεραπευτών/ ασθενών προτείνεται από τους εργαζομένους ο λόγος 1/ 20, θα πρέπει να μελετηθεί ωστόσο η δυνατότητα αναπροσαρμογής προς τα άνω, προκειμένου να εναρμονιστεί εργασιακά η δομή της Κοινωνικής Επανένταξης με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του οργανισμού.

B. ΣΤΑΔΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Η φάση αυτή αφορά άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία τη θεραπεία υποκατάστασης και άτομα που καλούνται να ενταχθούν στο πρόγραμμα Υποκατάστασης αλλά βρίσκονται σε φάση αποχής.

Στόχοι:

- Κοινωνική ενσωμάτωση
- Επαγγελματική ένταξη
- Πρόληψη υποτροπών
- Πρόληψη υποτροπών με ναλτρεξόνη όταν υπάρχει ιατρική ένδειξη.

Προϋποθέσεις εισαγωγής:

- Να μην κάνουν χρήση οποιασδήποτε εξαρτησιογόνου ουσίας
- Να μην λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία υποκατάστασης
- Οι προερχόμενοι από Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης να έχουν αρνητικές ουροληψίες για 1 τουλάχιστον μήνα και οι προερχόμενοι από την Υπηρεσία Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού 2 τουλάχιστον μήνες.
- Η σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας ότι ο ασθενής είναι επαρκώς κινητοποιημένος για την είσοδό του στη ΜΚΕ
- Η υπογραφή συμβολαίου από τους ασθενείς, σύμφωνα με το οποίο θα δεσμεύονται για την αποχή από οποιαδήποτε εξαρτησιογόνο ουσία.

Προσφερόμενες Υπηρεσίες:

- Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- Ψυχιατρική παρακολούθηση
- Φροντίδα σωματικής υγείας
- Οικογενειακή υποστήριξη
- Υποστήριξη για εργασιακή ένταξη και επαγγελματικό προσανατολισμό.
- Υποστήριξη για ένταξη σε δραστηριότητες εκπαίδευσης και κατάρτισης.
- Ώθηση για συμμετοχή σε κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.
- Εκκαθάριση του Ποινικού Μητρώου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος
- Δυνατότητα συμμετοχής στα προγράμματα επιδότησης Νέων Ελευθέρων Επαγγελματιών και Νέων Θέσεων Εργασίας του Ο.Α.Ε.Δ.
- Προτεραιότητα στα προγράμματα του ΕΚΚΕΕ-ΟΚΑΝΑ

- Προτεραιότητα για την παρακολούθηση πολιτιστικών ή άλλων εκδηλώσεων.

Στάδιο προεισαγωγής για την ένταξη στη φάση αυτή:

Η προεισαγωγή της φάσης αυτής διαρκεί 1 μήνα για τους θεραπευομένους από Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και 2 μήνες για τους θεραπευομένους από το την Υπηρεσία Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού. Στη διάρκεια της διαδικασίας προεισαγωγής ο θεραπευόμενος συμμετέχει σε ατομικά ραντεβού και διπλές ουροληψίες.

Στόχοι:

- Καταγραφή των βασικών του αναγκών του θεραπευομένου.
- Διερεύνηση του αιτήματος του θεραπευομένου.
- Ενημέρωση του θεραπευόμενου σχετικά με το λειτουργικό πλαίσιο του σταδίου επανένταξης (στόχους, υποχρεώσεις, κριτήρια ολοκλήρωσης).

Αφού ολοκληρωθεί με επιτυχία η διαδικασία προεισαγωγής, υπογράφεται το συμβόλαιο και το μέλος εντάσσεται στο στάδιο της Κοινωνικής Επανένταξης.

Ουροληψίες δύναται να πραγματοποιούνται σε εβδομαδιαία βάση στο χώρο της ΜΚΕ. Η εκτίμηση της θεραπευτικής πορείας του μέλους, δύναται να οδηγήσει σε μείωση ή αύξηση των ουροληψιών.

Περιπτώσεις που επιβάλλουν την απομάκρυνση από το πρόγραμμα:

- Συμπεριφορά ασύμβατη με την παρακολούθηση του προγράμματος: βίαιη συμπεριφορά, ψεύτικα ούρα ή διακίνηση ουσιών.
- Αν υπάρξει χρήση επί ένα μήνα σε οπιοειδή ή κοκαΐνη, το μέλος παραπέμπεται στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης.
- Αν η χρήση των παραπάνω ουσιών είναι περιστασιακή, παρατείνεται η παραμονή του στο πρόγραμμα με παράταση και εντατικοποίηση της θεραπείας του, όπως θα γίνεται και στις περιπτώσεις χρήσης κάνναβης και βενζοδιαζεπινών .
- Απουσία αδικαιολόγητη για 1 μήνα από το πρόγραμμα, οδηγεί σε απομάκρυνση από αυτό.

Κριτήρια επιτυχούς ολοκλήρωσης:

- Αποχή από όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες
- Βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων.
- Επαγγελματική και εκπαιδευτική ένταξη-κινητοποίηση

- Ενσωμάτωση σε κοινωνικές δραστηριότητες

Η **διάρκεια** του σταδίου υπολογίζεται σε 12 – 24 μήνες.

Ως **αναλογία** θεραπειών/ ασθενών προτείνεται και εδώ από τους εργαζομένους ο λόγος 1/ 20, θα πρέπει να μελετηθεί ωστόσο και πάλι η δυνατότητα αναπροσαρμογής προς τα άνω, προκειμένου να εναρμονιστεί εργασιακά η δομή της Κοινωνικής Επανάταξης με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του οργανισμού.

Γ. ΣΤΑΔΙΟ ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Τα άτομα τα οποία ολοκληρώνουν με επιτυχία το πρόγραμμα της ΜΚΕ έχουν τη δυνατότητα για συμμετοχή στη φάση Μεταθεραπευτικής Φροντίδας παρακολούθησης (follow – up) με στόχο την πρόληψη των Υποτροπών.

Η υποστήριξη αυτή είναι πιο εξατομικευμένη, σχεδιάζεται σε στενή συνεργασία με το μέλος εστιασμένη στις ανάγκες του και μπορεί να περιλαμβάνει ατομικές συναντήσεις, συμμετοχή σε ομαδική θεραπεία, υποστήριξη για εργασιακά και κοινωνικοπρονοιακά θέματα, ιατρική και ψυχιατρική παρακολούθηση.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Κεφάλαιο 3

Η Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης

Η Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης αποτελούν τα θεραπευτικά κύτταρα του ΟΚΑΝΑ και προσφέρουν τον πυρήνα των θεραπευτικών υπηρεσιών, θεραπεία φαρμακευτικής υποκατάστασης με παράλληλη θεραπεία των συνυπαρχουσών σωματικών διαταραχών και πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, με ιεραρχημένους στόχους.

Α΄ . Νομοθετικό Πλαίσιο

Με τον όρο «Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας» περιγράφεται ένα σημαντικό εύρος δομών. Μονάδες στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη οι οποίες συνεργάζονται με υποστηρικτικές υπηρεσίες, αλλά και αυτόνομες μονάδες της επαρχίας. Μονάδες που στεγάζονται σε νοσοκομειακούς χώρους, αλλά και μονάδες ενός κεντρικού σημείου της πόλης ή μιας γειτονιάς. Μονάδες μεγάλης χωρητικότητας (σπάνιες πλέον), καθώς και στοιχειώδεις μονάδες με

το ελάχιστο αναγκαίο προσωπικό και χωρητικότητα περίπου 100- 150 ασθενών. Μονάδες με μεθαδόνη και μονάδες με βουπρενορφίνη.

Σύμφωνα με την Αριθμ. ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1) - ΦΕΚ 2773/Β'/ 2.12.2011, το οποίο αφορά την «*Ίδρυση, μεταφορά και λειτουργία Θεραπευτικών Μονάδων του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) σε παραχωρούμενους χώρους Νοσοκομείων*», ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποφάσισε:

«*Την τοποθέτηση και εγκατάσταση, την ίδρυση ή και την μεταφορά και την λειτουργία Θεραπευτικών Μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ., κατά περίπτωση, για την εφαρμογή και λειτουργία από αυτόν Προγραμμάτων πολλαπλής παρέμβασης – Μονάδων χορήγησης υποκαταστάτων και Εξωτερικών Ιατρείων Ουσιοεξαρτήσεων, σε παραχωρούμενους αδόμητους χώρους ή και σε παραχωρούμενα κτίρια των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., Μονάδων Υγείας του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., Στρατιωτικών Νοσοκομείων και χώρων και υποδομών των Ενόπλων Δυνάμεων. Για την σε αδόμητους χώρους των εν λόγω παραχωρουμένων ακινήτων τοποθέτηση και εγκατάσταση των ανωτέρω Θεραπευτικών Μονάδων ως προσωρινώς τοποθετουμένων και εγκαθισταμένων προκατασκευασμένων λυόμενων δομών εμβαδού έως 200 τ.μ. σε ισόγειο ή και διώροφο κτίσμα, δεν απαιτείται η έκδοση οικοδομικής άδειας.*

Στις Μονάδες αυτές χορηγούνται οι εγκεκριμένες ουσίες για την υποκατάσταση της εξάρτησης ή και κάθε άλλη εγκεκριμένη φαρμακευτική ουσία για την εν γένει φαρμακευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, έτσι όπως οι εν λόγω ουσίες αυτές καθορίζονται από τις σχετικές διατάξεις και σύμφωνα με το πλαίσιο και τους όρους λειτουργίας των Θεραπευτικών μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Η παραχώρηση των παραπάνω κτιρίων ή και αδόμητων χώρων, καθώς επίσης και η ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των Νοσοκομείων και του Ο.ΚΑ.ΝΑ., πραγματοποιείται, σε άμεση εκτέλεση, πλήρη και πιστή εφαρμογή και προσήκουσα υλοποίηση της παρούσας απόφασης, μετά από υποβαλλόμενο εγγράφως σε αυτά σχετικό και τυπικό αίτημα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και άνευ τινός άλλου, με την υπογραφή σύμβασης παραχώρησης και ανάπτυξης συνεργασίας ή και άτυπα, για αόριστο χρόνο και χωρίς αντάλλαγμα.

Η συντήρηση των παραχωρουμένων κτιρίων πραγματοποιείται με επιμέλεια, μέριμνα και δαπάνες του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Την αποκλειστική αρμοδιότητα και την ευθύνη εγκατάστασης, διοικητικής οργάνωσης, διοίκησης, λειτουργίας, διάθεσης, πρόσληψης, εκπαίδευσης και στελέχωσης με το αναγκαίο ιατρικό, νοσηλευτικό, θεραπευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, τη χάραξη και το σχεδιασμό της πολιτικής, τον προγραμματισμό των δράσεων και την εποπτεία του

επιτελούμενου έργου των παραπάνω Θεραπευτικών Μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ., έχει ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. Οι δαπάνες για τη λειτουργία αυτών των Μονάδων βαρύνουν τον προϋπολογισμό του.

Τα Νοσοκομεία αναλαμβάνουν με τα υπάρχοντα τμήματά τους: α) την κάλυψη των αναγκών των ουσιοεξαρτημένων ασθενών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε εξετάσεις ιατρικών ειδικοτήτων, εφόσον η ύπαρξη των εν λόγω ιατρικών ειδικοτήτων δεν προβλέπεται από τον Εσωτερικό Κανονισμό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ή πρόκειται περί θέσεων που δεν έχουν εισέτι καλυφθεί από αυτόν, β) την αντιμετώπιση των αναγκών περίθαλψής τους, γ) την χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε άλλου προβλήματος σωματικής ή ψυχικής υγείας των ουσιοεξαρτημένων ασθενών του Ο.ΚΑ.ΝΑ., εκτός αυτών των φαρμάκων που απαιτούνται και χορηγούνται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης και δ) την υποχρέωση εκτέλεσης των συνταγών φαρμάκων των ιατρών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. που ενσωματώνονται σε βιβλιάρια ανασφαλίστου των ουσιοεξαρτημένων ασθενών του, που είναι δικαιούχοι δωρεάν νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και προσκομίζονται στα φαρμακεία των Νοσοκομείων.

Μετά από αίτημα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και εφόσον δεν επαρκεί το ιατρικό προσωπικό του, για την κάλυψη των αναγκών των παραπάνω Θεραπευτικών Μονάδων του σε ιατρικό προσωπικό, δύνανται να τοποθετούνται ιατροί και από τον κατάλογο επικουρικών ιατρών που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η σύμβαση του επικουρικού ιατρού συνάπτεται με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., τον προϋπολογισμό του οποίου βαρύνει και η δαπάνη για την αμοιβή του.»

Η απόφαση αυτή περιγράφει την «τυπική» Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας, καταγράφοντας σημαντικές τεχνικές παραμέτρους της λειτουργίας της. Όλες οι διαδικασίες των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης επιβάλλεται να είναι συμβατές με το Προεδρικό Διάταγμα 148/2007 - ΦΕΚ 191/Α' / 10.8.2007 «Κωδικοποίηση των διατάξεων κανονιστικών διαταγμάτων και κανονιστικών υπουργικών αποφάσεων της εθνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά». Οι σκοποί και στόχοι των Προγραμμάτων Υποκατάστασης που υλοποιούνται εντός των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, καθώς και διάφορα λειτουργικά θέματα, περιγράφονται στην Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Υ5γ/Γ.Π.οικ.100847 - ΦΕΚ 1343/ Β'/14.10.2002 περί «Άδειας χορήγησης ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης από τον Οργανισμό Καταπολέμησης Ναρκωτικών» όπου περιγράφονται ως εξής (ΦΕΚ Α' 191-2007 Κεφάλαιο Ι'):

«ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι': ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Άρθρο 45

Συμβουλευτικά υποστηρικτικά και θεραπευτικά προγράμματα

Το ειδικό πρόγραμμα για τα εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες άτομα περιλαμβάνει τα εξής:

α) Συμβουλευτικό υποστηρικτικό πρόγραμμα.

Στους Συμβουλευτικούς Σταθμούς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δημιουργούνται τμήματα ψυχοθεραπείας στα οποία πραγματοποιούνται: αα) Ατομικές θεραπείες. ββ) Ομαδικές θεραπείες. γγ) Οικογενειακές θεραπείες. Η επιλογή του είδους θεραπείας γίνεται ανάλογα με την αξιολόγηση κάθε περιστατικού. Η παρακολούθηση του προγράμματος γίνεται στο πλαίσιο της λειτουργίας εξωτερικών ιατρείων. Το πρόγραμμα παρακολουθούν υποχρεωτικά οι μη εθισμένοι χρήστες ναρκωτικών ουσιών σε εκτέλεση του άρθρου 29 του ν. 3459/2006.

β) Θεραπεία - Αποκατάσταση - Κοινωνική Επανένταξη.

Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόζεται στις περιπτώσεις του άρθρου 32 του ν. 3459/2006 (για εξαρτημένους χρήστες ναρκωτικών ουσιών) και περιλαμβάνει τις εξής φάσεις:

αα) Θεραπεία. Πραγματοποιείται σε κατάλληλη μονάδα που εξασφαλίζει πλήρη ιατρική κάλυψη για την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών υγείας κατά τη διάρκεια της εμφάνισης των συμπτωμάτων απόσυρσης (σωματικό στερητικό σύνδρομο). Η αντιμετώπιση των

συμπτωμάτων γίνεται με τους όρους και τις προϋποθέσεις της σχετικής απόφασης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η θεραπεία γίνεται κάτω από την επιστημονική εποπτεία ψυχιάτρου με τη βοήθεια ειδικευμένου παραϊατρικού προσωπικού. Παράλληλα με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων απόσυρσης εφαρμόζεται και κατάλληλο πρόγραμμα κινητοποίησης για την ένταξη του θεραπευόμενου στην επόμενη φάση του προγράμματος. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται για την εθελοντική ένταξη των θεραπευομένων στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. εφ' όσον γίνουν δεκτοί από αυτό.

ββ) Αποκατάσταση. Η φάση αυτή εφαρμόζεται σε κατάλληλο χώρο που δίνει τη δυνατότητα, παράλληλα με την ενδεδειγμένη θεραπεία (ψυχική απεξάρτηση), και της απασχόλησης σε βασικές εργασίες όπως καλλιέργειες, ζωοκομία, ανθοκομία κ.λ.π. Κατά τη φάση αυτή όπως και στις επόμενες δεν εφαρμόζεται φαρμακοθεραπεία.

γγ) Κοινωνική Επανένταξη - Επαγγελματική Εκπαίδευση. Στη φάση αυτή έμφαση δίνεται στην επαγγελματική εκπαίδευση σε παραγωγικά επαγγέλματα με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση μετά το πέρας του προγράμματος. Η φάση αυτή υλοποιείται, όπου είναι δυνατόν, και εκτός του χώρου θεραπείας.

Άρθρο 46

Προγράμματα υποκατάστασης για εξαρτημένους από μείζονες

ΟΠΙΟΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ ΧΡΗΣΤΕΣ

1. Αποφασίζεται η ίδρυση προγραμμάτων υποκατάστασης για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης.

2. Εγκρίνεται η χορήγηση της ουσίας μεθαδόνη και της ουσίας βουπρενορφίνη, από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., για υποκατάσταση της εξάρτησης από μείζονα οπιοειδή φάρμακα. Οι ουσίες χορηγούνται στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής διαδικασίας η οποία διέπεται από την αντίληψη ότι η εξάρτηση από τα οπιούχα είναι μία κατάσταση ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου.

Άρθρο 47

Σκοπός θεραπευτικής διαδικασίας

1. Η θεραπευτική διαδικασία σκοπό έχει:

α) την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση, τόσο για το χρήστη ουσιών, όσο και για το κοινωνικό σύνολο,

β) την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ναρκωτικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων και των υποκαταστάτων.

2. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. λειτουργεί στις μονάδες του προγράμματα υποκατάστασης και πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης στα οποία η χορήγηση των ουσιών υποκατάστασης συνοδεύεται από παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Άρθρο 48

Στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης

Στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι:

α) Σε σχέση με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση:

αα) η συγκράτηση του ασθενούς στο πρόγραμμα με θέσπιση κινήτρων,

ββ) η μείωση της παράλληλης χρήσης,

γγ) η μείωση της παραβατικότητας,

δδ) ο περιορισμός του ενδεχόμενου προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και η μετάδοσή τους σε τρίτους,

εε) η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής που συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση / κατάρτιση, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση.

β) Σε σχέση με την απεξάρτηση:

αα) η αποχή από τη χρήση οπιοειδών,

ββ) η αποχή από τη χρήση άλλων ναρκωτικών,

γγ) η αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ,

δδ) η μείωση της παραβατικότητας και η διασφάλιση της υγείας,

εε) η εξεύρεση εργασίας / παραγωγικής απασχόλησης, βελτίωση του επιπέδου σπουδών και η επαγγελματική αποκατάσταση.

Άρθρο 49

Γενικές αρχές λειτουργίας προγραμμάτων υποκατάστασης

Οι γενικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι οι εξής:

α) τα προγράμματα λειτουργούν σε εξωτερική βάση, καθημερινά, με ωράριο που να μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες των θεραπευόμενων και ειδικότερα όσων εξ αυτών εργάζονται,

β) ο θεραπευόμενος προσέρχεται στις μονάδες σύμφωνα με τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος που παρακολουθεί,

γ) η εισαγωγή σε μονάδα του προγράμματος γίνεται ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου και με βάση τον αύξοντα αριθμό πρωτοκόλλου που δίνεται κατά το χρόνο κατάθεσης της αίτησης. Η σειρά του αριθμού πρωτοκόλλου δεν τηρείται, στις κατ' εξαίρεση εισαγωγές, όπως αυτό ορίζεται από το εκάστοτε ισχύον πλαίσιο λειτουργίας του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Άρθρο 50

Προϋποθέσεις συμμετοχής σε πρόγραμμα υποκατάστασης

Οι προϋποθέσεις για την ένταξη εξαρτημένων ατόμων σε πρόγραμμα υποκατάστασης είναι οι εξής:

α) ο εξαρτημένος να είναι άνω των 20 ετών,

β) να κάνει μακροχρόνια ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης ή άλλου οπιοειδούς,

γ) η χρήση να έχει προκαλέσει σωματική και ψυχική εξάρτηση,

δ) για άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει το 35ο έτος ηλικίας να υπάρχει αποτυχία σοβαρής προσπάθειας απεξάρτησης σε άλλο εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πρόγραμμα που αποδεικνύεται με βεβαίωση που χορηγείται αρμοδίως από αυτό,

ε) ο χρήστης να αποδεχθεί εγγράφως τους όρους του θεραπευτικού συμβολαίου, η παραβίαση των οποίων επιφέρει κυρώσεις κατά την κρίση της θεραπευτικής ομάδας του προγράμματος υποκατάστασης,

στ) ο εξαρτημένος να μην παρουσιάζει βαριά ψυχοπαθολογία η οποία καθιστά ασύμβατη την παρακολούθηση του προγράμματος.

Άρθρο 51

Όροι για την παραμονή εξαρτημένων ατόμων σε πρόγραμμα υποκατάστασης

Για την παραμονή των εξαρτημένων ατόμων σε πρόγραμμα υποκατάστασης, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. καταρτίζει πλαίσιο λειτουργίας στο οποίο

περιλαμβάνονται τόσο οι γενικοί προσανατολισμοί, όσο και οι επιμέρους θεραπευτικές πρακτικές των προγραμμάτων. Οι κανόνες κάθε προγράμματος διαφοροποιούνται ως προς την αυστηρότητά τους ανάλογα με τις δυνατότητες προσαρμογής των θεραπευομένων όπως αυτές αξιολογούνται κατά την εξέλιξη της θεραπείας.

Άρθρο 52

Υλοποίηση των πειραματικών προγραμμάτων

Η υλοποίηση των πειραματικών προγραμμάτων υποκατάστασης για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης ανατίθεται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται με ευθύνη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε συνεργασία με: α) το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα, β) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης στη Θεσσαλονίκη.

Άρθρο 53

Χορήγηση υποκαταστάτων ουσιών σε κρατούμενους, ενταγμένους σε προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

1. Σε άτομα ενταγμένα σε προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. που συλλαμβάνονται από τις αστυνομικές ή διωκτικές αρχές και κρατούνται σε χώρους κράτησης ή σε σωφρονιστικά καταστήματα, εξακολουθεί να χορηγείται η υποκατάστατη ουσία (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη) για χρονικό διάστημα έως και δώδεκα (12) ημερών, προκειμένου να αποτραπεί η εμφάνιση εντόνου σωματικού συνδρόμου στέρησης και να επιτευχθεί σωματική αποτοξίνωση, όταν, εξαιτίας της, για οποιονδήποτε λόγο, κράτησης είναι αδύνατη η συνέχιση της εκ μέρους των ατόμων αυτών παρακολούθησης του προγράμματος.

2. α) Τα ενταγμένα σε πρόγραμμα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. άτομα, τα οποία κρατούνται από τις αστυνομικές ή τις εν γένει διωκτικές αρχές, μεταφέρονται καθημερινά, με μέριμνα των ως άνω αρχών, στο χώρο λειτουργίας του προγράμματος προκειμένου να τους χορηγηθεί η υποκατάστατη ουσία. Στην περίπτωση που συντρέχουν σοβαροί λόγοι, οι οποίοι αντικειμενικά δεν επιτρέπουν ή καθιστούν επικίνδυνη τη μεταφορά, οι ως άνω αρχές, σε συνεννόηση με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., μπορούν να αναζητήσουν άλλον τρόπο μεταφοράς και χορήγησης του ουσίας.

β) Σε άτομα ενταγμένα σε πρόγραμμα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., που κρατούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα, χορηγείται η υποκατάστατη ουσία από τους υπεύθυνους ιατρούς του σωφρονιστικού καταστήματος και στο χώρο του ιατρείου που λειτουργεί σε αυτό. Η μεταφορά της υποκατάστατης ουσίας στα σωφρονιστικά καταστήματα πραγματοποιείται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., εκτός αν συντρέχουν σοβαροί λόγοι, οι οποίοι αντικειμενικά δεν επιτρέπουν τη μεταφορά.

3. Για κάθε άτομο συντάσσεται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. ιατρική έκθεση, στην οποία αναφέρονται λεπτομερώς

όλες οι πληροφορίες που αφορούν στη χορήγηση της υποκατάστατης ουσίας από τον ιατρό του σωφρονιστικού καταστήματος.

Άρθρο 54

Χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών σε εξαρτημένους από αλκοόλ και οπιοειδή

1. Οι ανταγωνιστικές των οπιοειδών ουσίες ναλτρεξόνη και ναλοξόνη χορηγούνται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς με τους κατωτέρω όρους και προϋποθέσεις: Η χορήγησή τους επιτρέπεται για τις ενδείξεις που αναφέρονται στην άδεια κυκλοφορίας τους ως συμπληρωματική, αποτρεπτική αγωγή σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από οπιοειδή και αλκοόλ υπό την προϋπόθεση της συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης. Στόχος είναι η μείωση των υποτροπών και η βοήθεια στην προσπάθεια αποχής από τις αναφερθείσες ουσίες.

2. Οι προϋποθέσεις για τη χορήγηση ναλτρεξόνης είναι οι εξής:

- α) τα άτομα να είναι άνω των 20 ετών,
- β) να έχουν υψηλό κίνητρο για απεξάρτηση,
- γ) να πληρούν τις προϋποθέσεις σωματικής υγείας για την ασφαλή χορήγηση της ουσίας,
- δ) να διαπιστώνεται έλλειψη συμπτωμάτων στέρησης και αποχή από τη χρήση των οπιοειδών κατά το τελευταίο πενήνήμερο, με κλινική αξιολόγηση, είτε συμπληρωματικά με εξέταση ούρων ή και με τεστ πρόκλησης με ναλοξόνη, με την ευθύνη του θεράποντος ιατρού,
- ε) να συνδυάζεται με άλλες μεθόδους θεραπείας και παρεμβάσεις όπως ψυχολογική υποστήριξη, πρόληψη υποτροπών, υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης, αντιμετώπιση παθολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων,
- στ) να γίνεται η λήψη υπό επιτήρηση - επίβλεψη από το θεράποντα ιατρό, ο οποίος ενημερώνει τον ασθενή για τους κινδύνους παράλληλης χρήσης οπιοειδών και ελέγχει με σποραδική απροειδοποίητη ανάλυση ούρων για ανίχνευση οπιοειδών, αφού κατά την έναρξη της θεραπείας έχει εξασφαλίσει την προς τούτο συναίνεση του ασθενούς.

3. Η αγωγή με ναλτρεξόνη, υποχρεωτικά συνοδεύεται από τις αναγκαίες δοκιμασίες στον ασθενή για τη διερεύνηση τυχόν φαρμακευτικής ηπατικής βλάβης. Στα υπό θεραπεία με ανταγωνιστικές των οπιοειδών ουσίες άτομα χορηγείται ειδική κάρτα στην οποία αναφέρεται η ακολουθούμενη αγωγή με ναλτρεξόνη προκειμένου να τύχει της κατάλληλης ιατρικής αντιμετώπισης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης όταν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αναλγησίας με οπιοειδή.

4. Η ναλοξόνη χορηγείται ως επείγουσα θεραπευτική παρέμβαση στις περιπτώσεις οξείας τοξίκωσης με οπιοειδή, σε επαναλαμβανόμενη χορήγηση λόγω της ταχείας δράσης της, από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς. Η αντίδραση του ασθενούς παρακολουθείται στενά, παράλληλα με τον έλεγχο και την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Χορηγείται επίσης για τον

έλεγχο της αποτοξίνωσης από οπιοειδή κατά την προετοιμασία του ασθενούς, προκειμένου να τεθεί σε θεραπεία με ναλτρεξόνη.

5. Η χορήγηση ανταγωνιστικών στα οπιοειδή ουσιών για ταχεία απεξάρτηση, υπό νάρκωση, επιτρέπεται μόνο στα δημόσια νοσοκομεία και μάλιστα σ' εκείνα στα οποία λειτουργεί μονάδα εντατικής θεραπείας, και ειδικό πρόγραμμα αποτοξίνωσης.

Άρθρο 55

Συνταγογράφηση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν ανταγωνιστικές των οπιοειδών ουσίες

1. Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που περιέχουν ανταγωνιστικές των οπιοειδών ουσίες χορηγούνται με «συνταγή ανταγωνιστικών ουσιών». Η συνταγή αυτή είναι διπλότυπη και φέρει τα εξής στοιχεία: «ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ» και αύξοντα αριθμό, ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, διεύθυνση και τηλέφωνο του ιατρού που εκδίδει τη συνταγή.

2. Σε κάθε χορηγούμενη συνταγή ο ιατρός πρέπει να αναγράφει ευανάγνωστα ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και αριθμό μητρώου ασφαλιστικού φορέα ή αριθμό ταυτότητας του ασθενή, αιτιολογία, χρονολογία έκδοσης, και να την υπογράφει και τη σφραγίζει. Επίσης η χορηγούμενη συνταγή υπογράφεται από τον παραλήπτη των φαρμάκων, ύστερα από επίδειξη της αστυνομικής του ταυτότητας, και τέλος υπογράφεται και σφραγίζεται από το φαρμακοποιό. Τα ίδια στοιχεία αναγράφονται και στο στέλεχος. Οι συνταγές και τα στέλεχη τους φυλάσσονται για τρία (3) χρόνια.

Άρθρο 56

Θεραπευτικό πρόγραμμα κέντρων απεξάρτησης τοξικομανών κρατουμένων

1. Σκοπός των κέντρων απεξάρτησης είναι η σωματική και ψυχική απεξάρτηση και η κοινωνική επανένταξη των κρατουμένων τοξικομανών και χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών. Η εισαγωγή στα κέντρα απεξάρτησης γίνεται με επιλογή από ειδικό συμβούλιο, ύστερα από αίτηση των κρατουμένων όπου εκφράζουν την επιθυμία τους να παρακολουθήσουν τα θεραπευτικά προγράμματα του κέντρου με υποχρέωσή τους για ενεργό και συνεπή συμμετοχή σε όλες τις φάσεις του προγράμματος που επιλεγούν να παρακολουθήσουν.

2. Στα κέντρα απεξάρτησης εφαρμόζονται τρεις (3) τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων, διαχωρισμένων χωροταξικά και λειτουργικά. Αναλυτικά εφαρμόζονται: α) «Στεγνό» πρόγραμμα για άτομα ηλικίας άνω των 21 ετών, β) «Στεγνό» πρόγραμμα ανηλίκων και νέων ηλικίας έως 21 ετών και γ) «Πρόγραμμα υποκατάστασης» με χρήση μεθαδόνης.

3. Οι φάσεις των προγραμμάτων είναι οι εξής: α) προετοιμασίας - κινητοποίησης, β) σωματικής αποτοξίνωσης και περαιτέρω προετοιμασίας -

κινητοποίησης ανεξαρτήτως της παρουσίας ή όχι στερητικών συνδρόμων στο συμμετέχοντα, γ) ψυχικής απεξάρτησης (διάρκειας τουλάχιστον ενός (1) έτους) και δ) κοινωνικής επανένταξης (διάρκειας τουλάχιστον ενός (1) έτους). Η πρώτη φάση (υπό στοιχ. α') λειτουργεί μέσα στα καταστήματα κράτησης με ομάδες στις οποίες οι κρατούμενοι πρέπει να συμμετέχουν για τουλάχιστον δύο (2) μήνες, πριν από την επιλογή τους για να εισαχθούν στα κέντρα απεξάρτησης.

4. Για να επιλεγεί κρατούμενος να εισαχθεί σε κέντρο απεξάρτησης πρέπει απαραίτητα: α) να έχει εκτίσει τουλάχιστον το ένα πέμπτο (1/5) της ποινής του, χωρίς ευεργετικό υπολογισμό ημερών και β) η εν γένει διαγωγή του να παρέχει βάσιμη προσδοκία για καλή συμπεριφορά και συνεργασία κατά την παραμονή του στο κέντρο και τη συμμετοχή του στο πολυφασικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Η τυχόν παρακολούθηση και συμμετοχή εντός του καταστήματος κράτησης στις «ομάδες αυτοβοήθειας» που διοργανώνουν το ΚΕ.Θ.Ε.Α και το «18 Άνω» ή άλλος αναγνωρισμένος από το νόμο φορέας, συνεκτιμάται θετικά για την επιλογή του κρατουμένου.

5. Η επιλογή των ατόμων που εισάγονται στα κέντρα γίνεται από ειδικό πενταμελές συμβούλιο, αποτελούμενο από τους εξής: α) τον αρμόδιο κατά τόπον εισαγγελέα (εκτέλεσης ποινών ή του καταστήματος κράτησης), β) το γενικό διευθυντή Σωφρονιστικής Πολιτικής του Υπουργείου Δικαιοσύνης, γ) το διευθυντή του καταστήματος κράτησης, δ) τον επιθεωρητή υγειονομικού ελέγχου του Υπουργείου Δικαιοσύνης και ε) τον ψυχίατρο ή ψυχολόγο που υπηρετεί στο κατάστημα και, σε περίπτωση απουσίας ειδικού επιστήμονα, τον αρχαιότερο κοινωνικό λειτουργό. Ενώπιον του συμβουλίου καλούνται για ακρόαση - συνέντευξη οι υποψήφιοι για εισαγωγή. Στα καταστήματα κράτησης που βρίσκονται εκτός του νομού Αττικής, η ακρόαση γίνεται από το συμβούλιο φυλακής, το οποίο συντάσσει σχετική έκθεση και τη διαβιβάζει στο συμβούλιο επιλογής. Οι αποφάσεις του συμβουλίου πρέπει να είναι ειδικώς αιτιολογημένες.

6. Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να διακοπεί η παρακολούθηση των προγραμμάτων θεραπείας, σε οποιαδήποτε φάση τους και αν βρίσκεται ο κρατούμενος, ύστερα από ειδικά αιτιολογημένη απόφαση του συντονιστή του θεραπευτικού προγράμματος και σύμφωνη γνώμη του προϊσταμένου όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων. Μετά τη διακοπή παρακολούθησης του προγράμματος, ο κρατούμενος επιστρέφει στο κατάστημα κράτησής του.»

Όπως βλέπουμε, το νομοθετικό πλαίσιο προβλέπει την λειτουργία δομών που δεν έχουν ακόμη υλοποιηθεί (όπως τα προγράμματα υποκατάστασης εντός του σωφρονιστικού συστήματος) αλλά και καθορίζει με μεγάλη σαφήνεια τους σκοπούς (Άρθρο 47) και στόχους (Άρθρο 48) των προγραμμάτων υποκατάστασης, τους οποίους επιβάλλεται αναντίρρητα να εκφράζει η λειτουργία των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας.

Αξίζει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ιεράρχηση των σκοπών της θεραπευτικής διαδικασίας του Άρθρου 47, σύμφωνα με την οποία η «α) ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση, τόσο για το χρήστη ουσιών, όσο και για το κοινωνικό σύνολο», προηγείται της «β) απεξάρτησης των χρηστών από όλες τις ναρκωτικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων και των υποκαταστάτων». Η αντιστροφή της ιεράρχησης αυτής από έναν οποιονδήποτε εργαζόμενο του ΟΚΑΝΑ είναι παράνομη. Παρομοίως, ουδείς μπορεί να απομονώσει κάποια στοιχεία της θεραπείας σύμφωνα με ένα, φερ' ειπείν, βιολογικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό μοντέλο, καθώς «2. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. λειτουργεί στις μονάδες του προγράμματα υποκατάστασης και πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης στα οποία η χορήγηση των ουσιών υποκατάστασης συνοδεύεται από παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης».

Στο Άρθρο 48, οι στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης ιεραρχούνται επίσης σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο οι στόχοι «α) Σε σχέση με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση» προηγούνται των «β) Σε σχέση με την απεξάρτηση» και πάλι. Στο δεύτερο επίπεδο οι «αα) συγκράτηση του ασθενούς στο πρόγραμμα με θέσπιση κινήτρων, ββ) μείωση της παράλληλης χρήσης, γγ) μείωση της παραβατικότητας, δδ) περιορισμός του ενδεχόμενου προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και η μετάδοσή τους σε τρίτους, καθώς και εε) η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής που συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση / κατάρτιση, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση» προτάσσονται των «αα) αποχή από τη χρήση οπιοειδών, ββ) αποχή από τη χρήση άλλων ναρκωτικών, γγ) αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ, δδ) μείωση της παραβατικότητας και διασφάλιση της υγείας, εε) εξεύρεση εργασίας / παραγωγικής απασχόλησης, βελτίωση του επιπέδου σπουδών και επαγγελματική αποκατάσταση». Ουδείς έχει την ελευθερία να αντιστρέψει αυτήν την ιεράρχηση, αποπέμποντας ασθενείς οι οποίοι κάνουν παράλληλη χρήση ουσιών (όταν αυτοί δεν παρακωλύουν την λειτουργία των μονάδων επιδεικνύοντας σταθερά προβληματική συμπεριφορά), μειώνοντας έτσι τη συγκράτηση και καταστρατηγώντας τον πρώτο ιεραρχικά στόχο.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Β΄ . Ο Χώρος, ο Χρόνος και το Υλικό

Η σωστή επιλογή του κατάλληλου χώρου ίδρυσης μιας Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι δομές πρέπει να βρίσκονται σε ευπρόσιτα σημεία της πόλης, εξυπηρετούμενα από το δίκτυο των Μέσων Μαζικής Μεταφοράς, ώστε να επιτρέπουν την εύκολη και κατά το δυνατόν διακριτική πρόσβαση των μελών τους, η οποία συχνά είναι καθημερινή. Οι χώροι επιβάλλεται να είναι καθαροί και καλά οργανωμένοι, κατά τα πρότυπα των υπολοίπων υπηρεσιών υγείας. Απαιτείται επίσης να είναι επαρκείς, να επιτρέπουν τη διακριτική εξυπηρέτηση των ασθενών και το σεβασμό του ιατρικού απορρήτου, καθώς και την ατομική συμβουλευτική σε ένα περιβάλλον εχεμύθειας και εμπιστοσύνης.

Το ωράριο της λειτουργίας των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, καθώς και η απόστασή τους από τον τόπο διαμονής ή εργασίας του ασθενούς, μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στη συμμόρφωση και στα αποτελέσματα της θεραπείας. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ορθολογική κατανομή των ασθενών και η ένταξή τους στις Μονάδες που τους εξυπηρετούν από πλευράς χρόνου και τόπου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις εργαζομένων ασθενών ή ασθενών με οικογενειακές ή άλλες υποχρεώσεις.

Οι νέες εξελίξεις με την ίδρυση πολλών νέων μονάδων σε χώρους παραχωρηθέντες από τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας έχουν βελτιώσει σημαντικά την προσβασιμότητα στις θεραπευτικές δομές, αν και πλέον οι χώροι δεν επιλέγονται αποκλειστικά από τον ΟΚΑΝΑ και παρουσιάζουν σημαντική ποικιλία ως προς τις υπόλοιπες προδιαγραφές τους. Το ωράριο λειτουργίας από την άλλη περιορίζει πολύ τη δυνατότητα παρακολούθησης από ασθενείς οι οποίοι πραγματικά εργάζονται, καθώς υπερκαλύπτεται σταθερά, τόσο από το ωράριο λειτουργίας των δημοσίων υπηρεσιών, όσο και των ιδιωτικών επιχειρήσεων και καταστημάτων. Θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο ορισμένες Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης να μπορούν να λειτουργούν σε εκτεταμένο ωράριο ώστε να εξυπηρετούνται αυτοί οι ασθενείς. Πρακτικά, εφ' όσον το επιτρέπουν οι διαθέσιμοι πόροι, υπάρχει η δυνατότητα απογευματινής λειτουργίας Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης είτε Ιατρείων Συνταγογράφησης σχεδόν σε όλους τους διαθέσιμους χώρους. Η εμπειρία της λειτουργίας απογευματινής δομής (Α΄ Πειραιά) έδειξε πως για να αξιοποιηθεί σωστά η δυνατότητα εξυπηρέτησης

εκείνων των ασθενών οι οποίοι εργάζονται ή έχουν άλλες σημαντικές υποχρεώσεις κατά τις πρώτες πρωινές ώρες είναι αναγκαίο να επιλέγονται αυστηρά βάση κριτηρίων, κατόπιν διαδικασίας αξιολόγησης από την Υπηρεσία Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού και να μην παραπέμπονται στην απογευματινή δομή αδιακρίτως προκειμένου να ελαττωθεί γρήγορα ο κατάλογος αναμονής.

Όταν ένας ασθενής δεν εξυπηρετείται από την Μονάδα στην οποία υπάγεται (πχ σε αλλαγή τόπου κατοικίας), ο υπεύθυνος ιατρός απαιτείται να ενεργοποιεί την διαδικασία παραπομπής σε άλλη μονάδα, όπως αυτή εκάστοτε ισχύει. Όταν δεν υπάρχει κατάλληλη μονάδα (λόγου χάρη όταν ο ασθενής διαμένει σε άλλη πόλη στην οποία δεν λειτουργεί θεραπευτική μονάδα, είτε δεν υπάρχει μονάδα το ωράριο λειτουργίας της οποίας να μην υπερκαλύπτεται από το ωράριο εργασίας του ασθενούς) γίνεται προσπάθεια εξυπηρέτησης του με τη χρήση των υφιστάμενων μέσων, όπως είναι οι δόσεις για το σπίτι, αρκεί να πληρούνται οι ανάλογες προϋποθέσεις που περιγράφονται στην αντίστοιχη ενότητα.

Κάθε Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης, προκειμένου να λειτουργήσει επαρκώς, χρειάζεται να διαθέτει τους ελάχιστους αναγκαίους πόρους σε χώρους, πάγιο εξοπλισμό, αναλώσιμα και προσωπικό. Ακολουθεί η περιγραφή αυτών των ελαχίστων πόρων, λαμβάνοντας υπόψη πως μια μεγαλύτερη μονάδα λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο αλλά με αυξημένη παραγωγικότητα, εξυπηρετώντας δηλαδή μεγαλύτερους αριθμούς ασθενών.

Κτίριο, πάγιος εξοπλισμός και αναλώσιμα: Κάθε Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης λειτουργεί σε ένα αυτόνομο κτίριο ή τμήμα κτιρίου, το οποίο είναι σαφώς οριοθετημένο από τον περιβάλλοντα χώρο (που μπορεί να ανήκει σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα ή σε μία αστική περιοχή), φέρει την κατάλληλη σήμανση και έχει επαρκή προστασία σε απόπειρα διάρρηξης (κλείδωμα και σύστημα συναγερμού). Περιλαμβάνει τους εξής χώρους, όπως φαίνονται στην παρακάτω εικόνα (Υπόδειγμα Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης):

1. Είσοδο, με πρόβλεψη για άνετη προσβασιμότητα από άτομα με κινητικές δυσχέρειες (αναπηρικό αμαξίδιο) και γρήγορη εκκένωση των χώρων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (σεισμός, πυρκαγιά κλπ).
2. Γραμματεία, με επαρκή εξοπλισμό για την διεκπεραίωση των υπηρεσιών γραμματειακής υποστήριξης της μονάδας (υπολογιστή με εκτυπωτή, τηλεφωνικό κέντρο, τηλεομοιότυπο, φωτοτυπικό, ερμάρια αποθήκευσης γραφικής ύλης και αρχειοθέτησης κλπ).

3. Γραφείο του θεράποντος ιατρού, ο οποίος στις μικρές μονάδες είναι ταυτόχρονα διοικητικά και επιστημονικά υπεύθυνος, εκτελώντας χρέη διευθυντού της «κλινικής» (Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας)
4. Χώρο αναμονής πλησίον της εισόδου, στον οποίο μπορούν να παραμένουν για βραχύ χρονικό διάστημα οι ασθενείς, αναμένοντας την συνάντησή τους με τους προσωπικούς θεραπευτές και τους ιατρούς του προγράμματος, ή τη σειρά τους για τη χορήγηση του φαρμάκου υποκατάστασης.
5. Χώρο ή χώρους για τις ατομικές συναντήσεις των προσώπων αναφοράς (ιατρών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών) με τους ασθενείς, οι οποίοι παράλληλα λειτουργούν και ως προσωπικά γραφεία αυτών, διαθέτοντας ερμάρια αποθήκευσης των φακέλων και υπολογιστή για πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενή και άλλες εργασίες.
6. Χώρο χορήγησης, ο οποίος αναλύεται σε χώρο αναμονής/ επιτηρούμενης χορήγησης και χώρο της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι δύο χώροι οριοθετούνται από πάγκο και, κατά προτίμηση, υαλοπίνακα ασφαλείας. Ο πάγκος διαθέτει 2 θέσεις εργασίας για ανάλογο αριθμό νοσηλευτών, εκ των οποίων ο ένας ασχολείται με τη χορήγηση του φαρμάκου υποκατάστασης και ο άλλος με τη διαχείριση των βιολογικών υγρών του τοξικολογικού ελέγχου.
7. Τουαλέτες για την διενέργεια τοξικολογικού ελέγχου ούρων, κατά προτίμηση 2, για άνδρες και γυναίκες. Οι τουαλέτες διαθέτουν κλειστό κύκλωμα παρακολούθησης της διαδικασίας της ουροληψίας.
8. Τουαλέτα ή τουαλέτες για το προσωπικό.
9. Χώρο για το σύστημα τοξικολογικού ελέγχου και τα παρελκόμενά του. Στον ίδιο χώρο ή σε παρακείμενο τοποθετείται νεροχύτης και ψυγείο και αποθηκεύονται τα διάφορα υλικά της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Στον ίδιο ή άλλο χώρο, ο οποίος δεν είναι άμεσα ορατός από τους ασθενείς και τους επισκέπτες, τοποθετείται το
10. Χρηματοκιβώτιο, στο οποίο αποθηκεύονται τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία υποκατάστασης, η μεθαδόνη, ή η βουπρενορφίνη.

Αναλόγως του μεγέθους της μονάδας μπορεί να υπάρχουν και άλλοι χώροι, όπως:

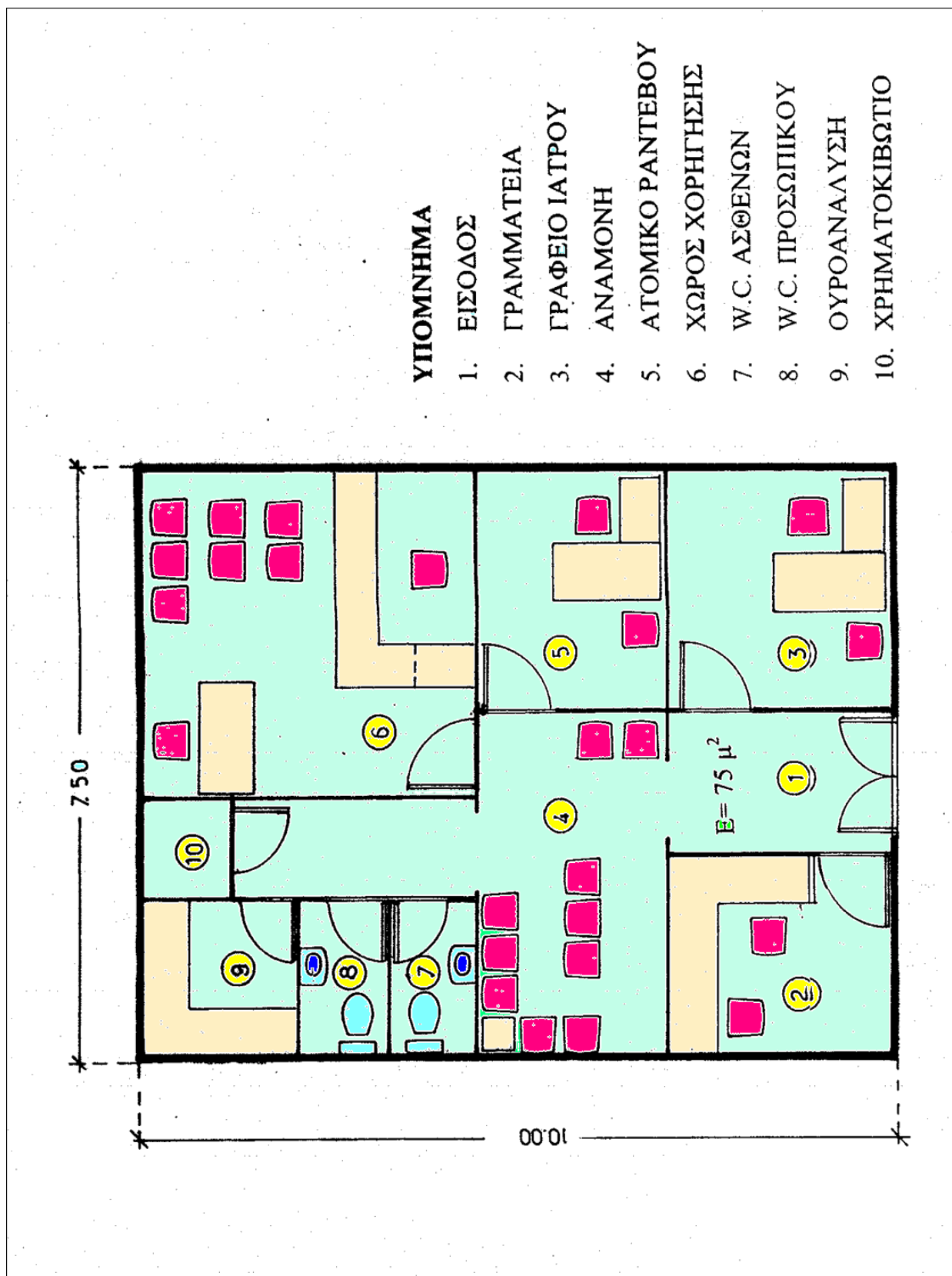
11. Περισσότερα γραφεία ιατρών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών
12. Παθολογικό ιατρείο με τον κατάλληλο εξοπλισμό
13. Φαρμακείο

14. Παρασκευαστήριο με εξοπλισμό για συντήρηση και παρασκευή τροφίμων και καφέ (χρήση από το προσωπικό)
15. Επιπλέον αποθηκευτικοί χώροι
16. Χώρος ομαδικών θεραπειών και διενέργειας συναντήσεων του προσωπικού
17. Εξειδικευμένος χώρος για τον ηλεκτρονικό εξοπλισμό (διακομιστής, τηλεπικοινωνίες κλπ)

Όπου αυτοί οι επιπλέον χώροι δεν είναι διαθέσιμοι (πχ το παθολογικό ιατρείο, ή η αίθουσα ομαδικών θεραπειών) και εφόσον η μονάδα λειτουργεί εντός ενός νοσοκομειακού ιδρύματος, μπορεί να γίνει προσπάθεια αξιοποίησης των χώρων του νοσοκομείου σύμφωνα με συγκεκριμένο εβδομαδιαίο ή μηνιαίο πρόγραμμα, κατόπιν αιτήματος του υπευθύνου της μονάδας προς τον διοικητή του νοσοκομείου και αξιοποιώντας την Αριθμ. ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1) - ΦΕΚ 2773/Β' / 2.12.2011 Υπουργική Απόφαση. Στις μικρές μονάδες, ορισμένοι χώροι αναγκαστικά επιτελούν περισσότερες λειτουργίες. Το γραφείο του Υπευθύνου για παράδειγμα, είτε ο χώρος αναμονής, μπορούν να χρησιμεύσουν για την διενέργεια ομαδικών συναντήσεων ασθενών ή προσωπικού (Διεπιστημονική Ομάδα), εφόσον το επιτρέπουν οι αριθμοί.

Κάθε μονάδα χρειάζεται να διαθέτει επάρκεια σε πάγιο εξοπλισμό (έπιπλα, ηλεκτρονικός εξοπλισμός κλπ) καθώς και αναλώσιμα (φάρμακα, υγειονομικό υλικό, γραφική ύλη κλπ), με την φροντίδα των ανάλογων υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ (Τεχνική Υπηρεσία και Τμήμα Προμηθειών).

Υπόδειγμα Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης



Ο υπεύθυνος ιατρός και προσωπικό της μονάδος επιβάλλεται να φροντίζουν να διατηρείται αυτή σε καλή κατάσταση. Ο υπεύθυνος θα πρέπει να μεριμνήσει για την σωστή οργάνωση και λειτουργική κατάσταση των χώρων. Οι χώροι απαιτείται να επιτρέπουν την ελεύθερη κίνηση. Δεν αρμόζει να συσσωρεύονται άχρηστα υλικά τα οποία καταλαμβάνουν πολύτιμο χώρο (υπάρχει η δυνατότητα κινητοποίησης της διαδικασίας πρωτοκόλλου καταστροφής για την απομάκρυνση του άχρηστου υλικού). Επιβάλλεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ασφάλεια του χώρου και των ατόμων που εργάζονται σε αυτόν ή τον επισκέπτονται, με την φροντίδα όλου του προσωπικού και όχι μόνο των φυλάκων ασφαλείας. Όταν η έκταση που καταλαμβάνει το κτίριο είναι μικρή, απαιτείται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον σεβασμό του ζωτικού χώρου, τόσο του προσωπικού, όσο και των ασθενών, προκειμένου να μην αυξάνεται το stress και ενεργοποιούνται επιθετικά ένστικτα. Το προσωπικό και οι ασθενείς επιβάλλεται να σέβονται τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, διατηρώντας τον στην βέλτιστη δυνατή κατάσταση. Οι χώροι απαιτείται να είναι καλά φωτισμένοι, τακτικά αεριζόμενοι καθαροί και απολυμασμένοι, με τη φροντίδα όλων όσων τους χρησιμοποιούν, ώστε να διευκολύνεται η εργασία των εργαζομένων στις υπηρεσίες καθαριότητας. Το κάπνισμα εντός των δομών απαγορεύεται αυστηρά, τόσο στους ασθενείς και επισκέπτες, όσο και στο προσωπικό. Παράλληλα, το προσωπικό θα πρέπει να φροντίζει για την επάρκεια σε αναλώσιμα αλλά και την οικονομική χρήση αυτών, αποφεύγοντας την άσκοπη κατανάλωση. Παρόμοια στάση επιβάλλεται να επιδεικνύεται σχετικά με την κατανάλωση της ενέργειας, των επικοινωνιακών δυνατοτήτων και του ύδατος.

Αντικείμενο φροντίδας του προσωπικού πρέπει να είναι και η προσβασιμότητα της μονάδος, τόσο από πλευράς χώρου, όσο και χρόνου (ωραρίου) εντός φυσικά των πλαισίων που επιβάλει η χωροταξία της μονάδας και το ωράριο εργασίας. Τέλος το προσωπικό οφείλει να εργαστεί για την αποδοχή της δομής από την κοινότητα, τόσο με προληπτικές παρεμβάσεις ώστε να μην γίνεται άσκοπη συγκέντρωση ασθενών στους πέριξ χώρους, όσο και με δράσεις ενημέρωσης και συνεργασίας του κοινού. Παράλληλα θα χρειάζεται να εξασφαλισθεί σωστή επικοινωνία και συνεργασία με τους τοπικούς φορείς, τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και την Αστυνομία.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Γ'. Έμφυχο Υλικό

Το αναγκαίο προσωπικό για να λειτουργήσει επαρκώς μια μονάδα είναι το εξής:

1. Ένας τουλάχιστον **Ψυχίατρος**, υπεύθυνος κυρίως για το φαρμακευτικό μέρος της θεραπείας υποκατάστασης και την Ψυχιατρική αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία, ο οποίος λειτουργεί και ως πρόσωπο αναφοράς για ορισμένο αριθμό ασθενών. Στον Ψυχίατρο ανατίθεται η εκτέλεση χρεών επιστημονικά και διοικητικά υπευθύνου της μονάδας. Εφόσον ο Ψυχίατρος έχει και ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση ή/ και εμπειρία μπορεί να προσφέρει τις ανάλογες υπηρεσίες
2. Ένας **Παθολόγος** ή **Γενικός Ιατρός**, ο οποίος ασχολείται με την Ιατρική φροντίδα των ασθενών. Κατά περίπτωση μπορεί να ασκεί χρέη επιστημονικά και διοικητικά υπευθύνου της μονάδας εφόσον η παρουσία του σε αυτήν είναι καθημερινή, είτε να εξυπηρετεί περισσότερες μονάδες (κατά προτίμηση έως τρείς) ως επισκέπτης ιατρός με συγκεκριμένο μηνιαίο πρόγραμμα
3. Δύο τουλάχιστον **Νοσηλεύες**, οι οποίοι κατά κύριο λόγο διεκπεραιώνουν την χορήγηση των φαρμάκων υποκατάστασης (επιτηρούμενη ή με την μορφή δόσεων για το σπίτι) και τον τοξικολογικό έλεγχο. Καλό είναι ο ένας τουλάχιστον από τους νοσηλεύες να έχει Πανεπιστημιακή εκπαίδευση ή/ και εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Στην περίπτωση αυτή αναλαμβάνει χρέη Υπευθύνου της νοσηλευτικής υπηρεσίας και την οργάνωση και σωστή λειτουργία αυτής
4. Ένας τουλάχιστον **Κλινικός Ψυχολόγος**, ο οποίος ασχολείται με την ψυχολογική αξιολόγηση του συνόλου των ασθενών της μονάδας, καθώς και την συμβουλευτική και λειτουργεί ως πρόσωπο αναφοράς για ορισμένο αριθμό ασθενών. Εφόσον ο Ψυχολόγος έχει και ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση ή/ και εμπειρία μπορεί να προσφέρει τις ανάλογες υπηρεσίες, κατά προτίμηση χρησιμοποιώντας Γνωσιακές/ Συμπεριφορικές τεχνικές (όπως η Κινητοποιητική Ενίσχυση) και τεχνικές Ομαδικής ή Συστημικής θεραπείας (ζεύγους και οικογενειακής).
5. Ένας τουλάχιστον **Κοινωνικός Λειτουργός**, ο οποίος αναλαμβάνει τα κοινωνικά και προνοιακά θέματα των ασθενών και την

συμβουλευτική και λειτουργεί ως πρόσωπο αναφοράς για ορισμένο αριθμό ασθενών. Εφόσον ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει και ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση ή/ και εμπειρία μπορεί να προσφέρει τις ανάλογες υπηρεσίες.

6. Ένας υπάλληλος **Γραμματειακής Υποστήριξης**, ο οποίος αναλαμβάνει την διεκπεραίωση των εγγράφων της μονάδας, την καταγραφή των πρακτικών της Διεπιστημονικής ομάδας, τις τηλεπικοινωνίες, την επαφή με τις διοικητικές υπηρεσίες και άλλες ανάλογες εργασίες
7. Ένας **Φαρμακοποιός**, ο οποίος αναλαμβάνει κατά κύριο λόγο τον έλεγχο και την διαχείριση των φαρμάκων υποκατάστασης (τα οποία, ως οπιοειδή είναι ελεγχόμενα φάρμακα), φροντίζοντας για την νομιμότητα όλων των σχετικών διαδικασιών. Εκ φύσεως, ο φαρμακοποιός μπορεί να εξυπηρετεί περισσότερες από μία μονάδες, κατά την κρίση της διοίκησης.
8. 1-2 **Φύλακες Ασφαλείας**, οι οποίοι χρειάζεται να φροντίζουν για την ασφάλεια των εσωτερικών και εξωτερικών χώρων της Μονάδας. Πέραν της ασφαλείας φροντίζουν για την ειρηνική παραμονή των ασθενών εντός της μονάδας, την ομαλή ροή προς την χορήγηση ή τα ατομικά τους ραντεβού και την προστασία του νοσοκομείου ή της κοινότητας από άσκοπες συγκεντρώσεις των ασθενών πέριξ της μονάδας. Όταν οι φύλακες είναι δύο είναι εφικτός ο ταυτόχρονος έλεγχος των εσωτερικών και εξωτερικών χώρων
9. **Υπάλληλος Καθαριότητας**, ο οποίος φροντίζει για τη συνεχή καθαριότητα και την τακτική απολύμανση των χώρων

Περιστασιακά μπορούν να συνεργαστούν και άλλα άτομα τα οποία δεν ανήκουν στο δυναμικό της Μονάδας, όπως:

10. **Προγραμματιστές**, που ασχολούνται με την λειτουργία του ηλεκτρονικού εξοπλισμού
11. **Εκπαιδευτές** του προσωπικού
12. **Συνεργείο καθαριότητας** για την περιοδική γενική καθαριότητα, απολύμανση, απεντόμωση και μυοκτονία
13. **Εθελοντές** και **εκπαιδευόμενοι** προπτυχιακοί φοιτητές
14. **Συνεργεία Συντήρησης**
15. Ενώ, όπως ήδη ελέχθη, ο **Φαρμακοποιός** και ο **Παθολόγος Ιατρός** ενδέχεται να επισκέπτονται την Μονάδα χωρίς να ανήκουν σταθερά στο προσωπικό της

Ο Οργανισμός οφείλει να φροντίσει να μη λειτουργεί η Μονάδα χωρίς το απαραίτητο προσωπικό για σημαντικά χρονικά διαστήματα. Έτσι, όταν δεν υπάρχει δεύτερος ψυχίατρος ή τρίτος νοσηλευτής προκειμένου να μην μένει η μονάδα χωρίς τις υπηρεσίες αυτών των δύο ειδικοτήτων κατά τις ημέρες των

κανονικών ή εκτάκτων αδειών, επιβάλλεται να υπάρχει η δυνατότητα αντικατάστασης με κάποιον άλλο εργαζόμενο ο οποίος θα γνωρίζει καλά την μονάδα ώστε να μπορεί να προσαρμόζεται άμεσα, κατόπιν μιας σύντομης ενημέρωσης από το μόνιμο προσωπικό. Αυτό μπορεί να γίνεται αν ανά 2-3 γειτονικές μονάδες υπάρχει ένας ακόμη Ψυχίατρος ή Νοσηλεύτης, ο οποίος θα ανήκει στο μόνιμο προσωπικό της μεγαλύτερης εξ αυτών (προκειμένου για νοσηλεύτη) είτε στο μόνιμο προσωπικό της μονάδας της οποίας ο υπεύθυνος έχει περισσότερες ανειλημμένες υπηρεσιακές υποχρεώσεις (πχ συμμετοχή σε επιτροπές, εκπαιδεύσεις προσωπικού κλπ, προκειμένου για ψυχίατρο) και θα μπορεί να καλύπτει τα κενά σύμφωνα με μηνιαίο πρόγραμμα που θα καταρτίζει ο αρχαιότερος υπεύθυνος των μονάδων αυτών. Εννοείται πως κατά την απουσία του υπευθύνου ο αντικαταστάτης ιατρός αναλαμβάνει και τον διοικητικό του ρόλο, φροντίζοντας να ασχοληθεί κυρίως με τα θέματα εκείνα που έχουν επείγοντα χαρακτήρα και ενημερώνοντας τον υπεύθυνο για τις ενέργειές του και τις εκκρεμότητες με προσωπική συνάντηση, γραπτώς ή / και τηλεφωνικώς.

Κατά τις ημέρες απουσίας των υπολοίπων μελών του προσωπικού μπορεί να εφαρμοστεί το ίδιο σύστημα (στην περίπτωση του υπαλλήλου καθαριότητας και του φύλακα ασφαλείας από εξωτερικά συνεργεία αυτό αποτελεί ευθύνη της επιχείρησης που προσφέρει αυτές τις υπηρεσίες στον Οργανισμό) είτε να καλύπτονται ορισμένες ανάγκες από το υπόλοιπο προσωπικό όταν ο ρόλος τους και η εκπαίδευσή τους το επιτρέπει. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι της Διεπιστημονικής Ομάδας (Ψυχίατρος, Ψυχολόγος και Κοινωνικός Λειτουργός) οι οποίοι έχουν αναλάβει ασθενείς ως Πρόσωπα αναφοράς μπορούν να αναλάβουν προσωρινά την διεκπεραίωση εκτάκτων υποθέσεων των ασθενών που υπάγονται στον συνάδελφό τους ο οποίος λείπει, ενώ το επιστημονικό προσωπικό μπορεί να καλύψει μέρος των καθηκόντων του υπαλλήλου γραμματειακής υποστήριξης κατά την απουσία του. Αυτή η κατανομή αρμοδιοτήτων και η διασφάλιση της σαφήνειας των ρόλων του προσωπικού, σύμφωνα με τον τομέα εμπειρογνωμοσύνης και τις προσωπικές δεξιότητες αρμόζει να γίνεται με τη φροντίδα του Υπευθύνου της Μονάδας. Ο Υπεύθυνος χρειάζεται να εξασφαλίσει πως όλο το προσωπικό νοιώθει άνετα με τους ρόλους που έχει αναλάβει και πως μπορεί να τους διεκπεραιώσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Όταν μια Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης διαθέτει περισσότερους Ιατρούς, Κλινικούς Ψυχολόγους ή Κοινωνικούς Λειτουργούς, μπορεί να απορροφήσει και περισσότερους ασθενείς, σύμφωνα με τις σχέσεις προσωπικού/ ασθενείς που περιγράφονται στην αντίστοιχη ενότητα. Ωστόσο, προκειμένου να αποφευχθούν τα γνωστά φαινόμενα συγκέντρωσης ασθενών έξω από της Μονάδες, που προκαλούν μεγάλη κοινωνική όχληση και λαμβάνοντας υπόψη πως οι περισσότερες μονάδες σήμερα λειτουργούν εντός ή πλησίον διαφόρων νοσοκομείων, είτε σε γειτονίες που δεν έχουν τον

χαρακτήρα «γκέτο» της Ομόνοιας, των Εξαρχείων και της Τρούμπας όπου λειτουργούσαν οι παλαιότερες μαζικές μονάδες, αξίζει να διαμορφωθεί μια μέγιστη δυναμικότητα των μονάδων αυτών για λόγους προληπτικούς. Οι μονάδες χρειάζεται να εξασφαλίσουν πως δεν θα παρακωλυθεί η λειτουργία των νοσοκομείων και δεν θα ενοχληθεί ο αστικός ιστός, πριν αυξήσουν την δυναμικότητα πέραν των 160 ασθενών, ακόμη και αν το διαθέσιμο προσωπικό το επιτρέπει. Είναι μάλλον προτιμότερο το επιπλέον προσωπικό να αξιοποιηθεί λειτουργώντας μια νέα μονάδα κάπου αλλού από το να στοχοποιηθεί εκ νέου ο Οργανισμός.

Λειτουργίες του Προσωπικού: Κάθε μέλος του προσωπικού οφείλει να εκπληρώνει άριστα τον ρόλο για τον οποίο έχει προσληφθεί από τον Οργανισμό, φροντίζοντας να ενημερώνεται συνεχώς για τις νέες εξελίξεις στην θεραπεία των εξαρτήσεων (προκειμένου για το επιστημονικό προσωπικό) και να εξασκείται για να βελτιώνει τις σχετικές δεξιότητές του. Το προσωπικό δεν μπορεί να κάνει επιλογή των αρμοδιοτήτων του και οφείλει να εκπληρώνει άρτια τις εργασίες του (πχ την σωστή παρακολούθηση των ασθενών όπως περιγράφεται στις Φάσεις της Θεραπείας και την τακτική συμπλήρωση των αρχείων στον χάρτινο και ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς). Το προσωπικό χρειάζεται να διαπνέεται από πνεύμα ομαδικής συνεργασίας. Κάθε μέλος του προσωπικού και ο Υπεύθυνος της Μονάδας απαιτείται να φροντίζουν διαρκώς για την διατήρηση του καλού κλίματος και των καλών σχέσεων. Για να γίνει αυτό θα πρέπει οι τυχόν συγκρούσεις να επιλύονται το συντομότερο δυνατό με την προσωπική μέριμνα του υπευθύνου και αν χρειαστεί συγκαλούνται ομαδικές συναντήσεις της ολομέλειας (Ομάδα Προσωπικού) ή συναντήσεις των συγκρουόμενων μελών με τον υπεύθυνο της μονάδας ή και με άλλον, εξωτερικό, επόπτη.

Τα μέλη του προσωπικού δεν θα πρέπει να λειτουργούν ατομοκεντρικά και απομονωμένα από τους συναδέλφους τους, ούτε να διασπώνται σε υποομάδες με κριτήρια την ειδικότητα ή τα φίλια συναισθήματα. Για να προληφθεί αυτό ενδείκνυται να διενεργούνται τακτικά ομαδικές συναντήσεις (Διεπιστημονικής Ομάδας και Ομάδας Προσωπικού), ενώ χρήσιμες μπορεί να αποδειχθούν και εξωυπηρεσιακές συναντήσεις του συνόλου των μελών, με σκοπό την εκπαίδευση ή την ψυχαγωγία. Όλα τα μέλη οφείλουν να σέβονται την ιεραρχία, την διανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων, καθώς και τον συντονισμό των λειτουργιών από τον υπεύθυνο ή τα μέλη στα οποία έχει ανατεθεί από αυτόν συγκεκριμένος οργανωτικός ρόλος με βάση τις δεξιότητες ή την αρχαιότητα (πχ κατάρτιση ενός προγράμματος). Ο υπεύθυνος αναλαμβάνει την εσωτερική αξιολόγηση και εποπτεία του προσωπικού, ενώ και ο ίδιος επιβάλλεται να αξιολογείται για το έργο του από την διοίκηση του Οργανισμού. Όλοι οι εργαζόμενοι σε μια μονάδα απαιτείται επίσης να συμμορφώνονται με τις διοικητικές αποφάσεις για τις οποίες ο Υπεύθυνος

ενημερώνεται με έγγραφο του Γενικού Διευθυντή και υποχρεούται να ενημερώνει άμεσα το σύνολο του προσωπικού.

Ο Υπεύθυνος της μονάδας καλείται να επιτελέσει έναν πολυσχιδή ρόλο. Είναι ταυτόχρονα ο διοικητικά και επιστημονικά υπεύθυνος (αναλαμβάνοντας εκ των πραγμάτων ελεγκτικό ρόλο), αλλά επωμίζεται και έναν σημαντικό κλινικό ρόλο, έναν διασυνδεδετικό, έναν επικοινωνιακό, συχνά και έναν εκπαιδευτικό ή κάποτε και ερευνητικό. Φέρει την ευθύνη της οργάνωσης του χώρου και των εργασιών, της υποδοχής των ασθενών, των συναντήσεων με τα μέλη του προσωπικού, της σωστής τήρησης των αρχείων από τα πρόσωπα αναφοράς και τη γραμματεία, της επικοινωνίας με εξωτερικές υπηρεσίες κλπ. Είναι σαφές πως για να επιτελέσει όλους τους ρόλους αυτούς με επιτυχία απαιτείται να διαθέτει άριστη εκπαίδευση, εκτός και εντός του ΟΚΑΝΑ συλλεχθείσα εμπειρία, αυτογνωσία, διοικητικές ικανότητες, επικοινωνιακές, διαιτητικές και διπλωματικές δεξιότητες, να ενημερώνεται διαρκώς για τις εξελίξεις στον χώρο της θεραπείας των εξαρτήσεων (και όχι μόνο την ιατρική πλευρά αυτών, αλλά σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που διαπνέει τον ΟΚΑΝΑ) και να φροντίζει να έχει την αποδοχή των εργαζομένων της Μονάδας και των συναδέλφων του Υπευθύνων των Μονάδων και Δομών με τις οποίες θα συνεργαστεί, χωρίς να χρειαστεί να κάνει εκπτώσεις στις ανάγκες του ρόλου του προκειμένου να γίνει αρεστός.

Πολλές φορές θα χρειαστεί να αποκτήσει και βασικές τεχνικές ή οικονομικές γνώσεις και δεξιότητες, ή ακόμη και γνώση του έργου των άλλων εργαζομένων προκειμένου να εποπτεύσει αποτελεσματικά αυτές τις λειτουργικές πλευρές της Μονάδας. Επιβάλλεται να σέβεται τον τομέα της εμπειρογνωμοσύνης όλων των υπολοίπων εργαζομένων και την γνώμη που αυτοί εκφράζουν αναλόγως της ειδικότητάς τους ή της εμπειρίας και της θεραπευτικής σχέσης που έχουν με έναν ασθενή, φροντίζοντας όλοι να έχουν φωνή μέσα στην Μονάδα και εκτός αυτής (προωθώντας αυτούσια τα αιτήματά τους προς την διοίκηση, μετά ή άνευ σχολιασμού). Ωστόσο έχει την τελική και αποκλειστική ευθύνη για κάθε απόφαση την οποία υπογράφει (άδειες του προσωπικού, δόσεις για το σπίτι, έγγραφα προς άλλες υπηρεσίες που αφορούν έναν ασθενή κλπ) και για την εποπτεία της σωστής λειτουργίας της Μονάδας (πχ τη σωστή συμπλήρωση των αρχείων από το προσωπικό), το ίδιο δε ισχύει και για όποιον τον αναπληρώνει ή αντικαθιστά. Εφόσον φέρει αυτό το βάρος και είναι υπόλογος προς την διοίκηση περιττεύει να πιέζεται από την επικρατούσα αντίληψη ή τη γνώμη της πλειοψηφίας σε μια απόφαση με την οποία δεν είναι σύμφωνος.

Η επιλογή του κατάλληλου ατόμου που θα ενσαρκώσει αυτόν τον πολύπλοκο και απαιτητικό ρόλο αποτελεί ευθύνη της διοίκησης, η οποία και απαιτείται να αξιολογεί τακτικά τις επιδόσεις του, λαμβάνοντας υπόψη και την

γνώμη των υφισταμένων του αλλά και την εκφρασθείσα γνώμη των εξυπηρετούμενων της Μονάδος.

Στάσεις και πεποιθήσεις του προσωπικού: Το σύνολο του προσωπικού οφείλει να επιδεικνύει σοβαρότητα και επαγγελματισμό. Κάθε μέλος οφείλει να σέβεται την θεραπευτική φιλοσοφία του ΟΚΑΝΑ: φαρμακευτική θεραπεία υποκατάστασης υπό το πρίσμα μιας βιοψυχοκοινωνικής θεώρησης των εξαρτήσεων που επιβάλλει μια ολοκληρωμένη θεραπεία. Αν ένας εργαζόμενος διαπνέεται από διαφορετική θεώρηση, δεν θα πρέπει να την επιβάλλει στους συναδέλφους του ή τον Οργανισμό, μπορεί ωστόσο να αιτηθεί την μετακίνησή του σε μια περισσότερο συμβατή με αυτόν υπηρεσία του ΟΚΑΝΑ (πχ ένα μη φαρμακευτικό πρόγραμμα). Κάθε εργαζόμενος οφείλει να σέβεται απολύτως τους Νόμους, τις Υπουργικές Αποφάσεις και τα Προεδρικά Διατάγματα που προαναφέρθηκαν, καθώς και αυτά που θα τα συμπληρώσουν ή αντικαταστήσουν. Οφείλει επίσης να σέβεται την ιεραρχία του ΟΚΑΝΑ, τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου, του Γενικού Διευθυντή και του Υπευθύνου της Μονάδας, χωρίς πάντως να αμελεί να εκφράσει την τεκμηριωμένη αντίθετη γνώμη του, προφορικά ή γραπτώς.

Όλο το προσωπικό οφείλει να αντιμετωπίζει τον ασθενή με ευγένεια και σεβασμό και να μην εκφράζει κριτική στάση απέναντί του. Προκειμένου να γίνει αυτό χρειάζεται να διαθέτει αυτογνωσία, δηλαδή επίγνωση των προσωπικών του αξιών, πεποιθήσεων, γνωστικών σχημάτων, σχέσεων με τις ουσίες (πχ κατανάλωση αλκοόλ ή κάνναβης, κάπνισμα κλπ) και στάσεων απέναντι στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. Όλο το προσωπικό χρειάζεται να προσεγγίζει το θέμα της ουσιοεξάρτησης ανοιχτόμυαλα, ηθικά και ορθολογικά, προσηλωμένο στους σκοπούς και τους στόχους της Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και του ΟΚΑΝΑ. Χρειάζεται να έχει την ικανότητα της ενσυναισθησίας και την επίγνωση της αντιμεταβίβασης, καθώς και επίγνωση των φαινομένων της ματαίωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης και να φροντίζει να τα αντιμετωπίζει αποτελεσματικά, ζητώντας αν χρειαστεί επαγγελματική βοήθεια εντός ή εκτός του Οργανισμού. Προκειμένου για το μη επιστημονικό προσωπικό, το οποίο δεν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τα φαινόμενα αυτά, οι κλινικοί ψυχολόγοι και ο Υπεύθυνος της μονάδας χρειάζεται να φροντίσουν να τους προσφερθεί η κατάλληλη ενημέρωση και βοήθεια.

Το θεραπευτικό προσωπικό απαιτείται να έχει την ικανότητα δόμησης μια αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς. Επίσης να σέβεται απολύτως τα δικαιώματά του. Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα στην θεραπεία και επιβάλλεται να σεβόμαστε την προσβασιμότητα σε αυτήν. Έχει δικαίωμα απορρήτου των προσωπικών του πληροφοριών, σεβασμού του

σώματός του και της προσωπικότητάς του, συγκατάθεσης κατόπιν πληροφόρησης για την θεραπεία και τις διαδικασίες στις οποίες συμμετέχει, γνώμης για τις διάφορες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, ενεργού εμπλοκής στη θεραπεία, έκφρασης της γνώμης του και των παραπόνων του. Ειδικά για τα παράπονα χρειάζεται να υπάρχει μια αξιόπιστη διαδικασία, όπως ένα σφραγισμένο κυτίο παραπόνων στο οποίο θα μπορεί ελεύθερα να τοποθετεί κάποιο σχετικό έγγραφο. Η σχέση του προσωπικού με τους ασθενείς ενδείκνυται να είναι θεραπευτική, εγκαθιστώντας μια θεραπευτική συμμαχία και αξιοποιώντας το συνεργατικό εμπειρισμό των γνωσιακών/ συμπεριφορικών τεχνικών. Απαιτείται να υπάρχει στενή επικοινωνία και αμοιβαία κατανόηση ανάμεσα στο πρόσωπο αναφοράς και τον ασθενή, το δε πρόσωπο αναφοράς αλλά και οποιοδήποτε μέλος της Διεπιστημονικής Ομάδας οφείλουν να υπερασπίζονται τα έννομα συμφέροντα του ασθενούς και την βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική του υγεία. Δεν επιτρέπεται να γίνονται διακρίσεις ανάλογα με το φύλο, τη φυλή, την εθνικότητα, τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, την ηλικία, την εμπλοκή με το νόμο, την σωματική ή ψυχική υγεία (μεταδοτικά νοσήματα, ψυχώσεις, διαταραχές προσωπικότητας).

Το προσωπικό οφείλει να ενημερώνει επαρκώς τους ασθενείς για τα αποδεκτά όρια συμπεριφοράς και τους λειτουργικούς κανόνες της μονάδας, τόσο προφορικά, όσο και γραπτώς, με την επεξήγηση του Θεραπευτικού Συμβολαίου πριν την υπογραφή του κατά το πέρας της Φάσης Εισαγωγής (**Παράρτημα Ι**). Ειδικότερα επιβάλλεται να καταστεί σαφές και να εξηγηθεί το σκεπτικό, σύμφωνα με το οποίο η κλινικο-εργαστηριακή αξιολόγηση είναι υποχρεωτική ως αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας, πως η Μονάδα προσφέρει μόνο ολοκληρωμένη θεραπεία και εκείνοι υποχρεούνται να δεχθούν θεραπεία για όλες τις ουσίες κατάχρησης και όλες τις συνυπάρχουσες σωματικές (ιδίως τις μεταδοτικές) και ψυχιατρικές διαταραχές, πως απαιτείται να τηρούνται οι κανόνες για την έρρυθμη λειτουργία της δομής και πως δεν επιτρέπεται να επιδεικνύουν ασύμβατη με τη δομή συμπεριφορά. Ωστόσο η συμπεριφορά των ασθενών χρειάζεται να αξιολογείται πριν ληφθούν μέτρα (τα οποία κλιμακώνονται κατά το σχήμα επίπληξη- προειδοποίηση- απομάκρυνση ως έσχατο και μόνο μέσο), καθώς το προσωπικό οφείλει να γνωρίζει πως αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα δράσης ουσιών, αποτέλεσμα ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων, ακόμη και αντίδραση στην συμπεριφορά του ίδιου του προσωπικού. Άλλωστε, κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας οφείλει να αξιολογεί και να βελτιώνει πρώτα τη δική του συμπεριφορά και ψυχική ισορροπία, πριν ασχοληθεί με την συμπεριφορά και την ψυχική υγεία των άλλων.

Έργο του προσωπικού: Μια πυρηνική ομάδα βασικών και εκτεταμένων υπηρεσιών φροντίδας είναι στοιχειώδης για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών με φάρμακα υποκατάστασης στα προγράμματα για τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή. Πολυάριθμες

μελέτες υποστηρίζουν την πεποίθηση πως οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συνεισφέρουν στη συγκράτηση παραμονής στο πρόγραμμα και τη συμμόρφωση με το να αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά και συμπεριφορικά προβλήματα και τις συνυπάρχουσες διαταραχές που επηρεάζουν τους ασθενείς στα φαρμακευτικά θεραπευτικά προγράμματα. Ένα καλά σχεδιασμένο και καλά βασισμένο πρόγραμμα ολοκληρωμένης θεραπείας, αυξάνει την παραμονή του ασθενή στο πρόγραμμα και την πιθανότητα θετικών αποτελεσμάτων στη θεραπεία. Το έργο που καλείται να προσφέρει το προσωπικό αναλύεται στην ενότητα των Φάσεων της Θεραπείας και θα αναφερθεί εδώ συνοπτικά:

1. Υπηρεσίες βασικής φροντίδας: Οι ελάχιστες προσφερόμενες υπηρεσίες ποικίλουν. Προτείνεται ένα πρόγραμμα να προσφέρει τουλάχιστον τις ακόλουθες υπηρεσίες:

1.1. Φάσεις της Θεραπείας Υποκατάστασης

- 1.1.1. Προεισαγωγής (στην επαρχία)
- 1.1.2. Εισαγωγής (όλες οι μονάδες)
- 1.1.3. Αποκατάστασης (όλες οι μονάδες)
- 1.1.4. Υποστηρικτικής Φροντίδας (όλες οι μονάδες)
- 1.1.5. Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης (όλες οι μονάδες)
- 1.1.6. Ιατρικής Συντήρησης (κατά περίπτωση)
- 1.1.7. Συνεχιζόμενης Φροντίδας

1.2. Ιατρική φροντίδα (Απαιτείται άριστη γνώση φαρμακολογίας, τοξικολογίας, κλινικών ενδείξεων κλπ)

- 1.2.1. Αξιολόγηση και διάγνωση της εξάρτησης
- 1.2.2. Αρχική και ετήσια ιατρική εκτίμηση (σωματική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις)
- 1.2.3. Δοσολόγηση και χορήγηση φαρμάκων
- 1.2.4. Εισαγωγή στην θεραπεία
- 1.2.5. Παρακολούθηση
- 1.2.6. Συνεχής αξιολόγηση
- 1.2.7. Αξιολόγηση τοξικολογικού ελέγχου
- 1.2.8. Αναγνώριση συνυπαρχουσών διαταραχών και νευροψυχολογικών προβλημάτων

1.2.9. Εξετάσεις για HIV, Ηπατίτιδες Β και C, φυματίωση και άλλες σωματικές καταστάσεις, εκπαίδευση, συμβουλευτική, επί τóπου θεραπεία και παραπομπή για φροντίδα

1.2.10. Ιατρικά επιτηρούμενη απόσυρση (αποτοξίνωση από αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, διεγερτικά, κατά περίπτωση απόσυρση από μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη)

1.3. Ψυχοκοινωνική φροντίδα

1.3.1. Ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική εκτίμηση και αξιολόγηση

1.3.1.1. της εξάρτησης

1.3.1.2. ψυχολογικών διαταραχών

1.3.1.3. κοινωνικών προβλημάτων

1.3.2. Επί τóπου αντιμετώπιση ή παραπομπή

1.3.3. Συμβουλευτική για τη διακοπή της κατάχρησης ουσιών και διαχείριση της επιθυμίας χρήσης

1.3.4. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Κινητοποιητικές, Γνωσιακές/ Συμπεριφορικές, Συστημικές, Οικογενειακές, Διαχείριση Ευκαιρίας)

1.3.5. Διαχείριση περιστατικών

1.3.6. Παραπομπές όπου απαιτείται

1.4. Αγωγή υγείας

1.4.1. Αναγνώριση επικίνδυνων συμπεριφορών

1.4.2. Πρόληψη επικίνδυνων συμπεριφορών

1.4.3. Παροχή μέσων (σύριγγες, προφυλακτικά)

1.4.4. Πρόληψη υπερδοσολογίας, φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων

1.5. Αποκατάσταση. Βοήθεια για:

1.5.1. Εκπαίδευση

1.5.2. Απασχόληση- εργασία

1.5.3. Στέγαση

1.5.4. Κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις (φροντίδα παιδιών)

1.5.5. Νομικά θέματα

1.5.6. Ενίσχυση εισοδήματος

2. Εκτεταμένες υπηρεσίες φροντίδας: Πολλοί ασθενείς στα προγράμματα έχουν άλλα προβλήματα που επηρεάζουν την

ανάρρωσή τους, στα οποία περιλαμβάνονται ιατρικά, κοινωνικά, οικογενειακά, στεγαστικά και νομικά προβλήματα, καθώς και συνυπάρχουσες διαταραχές. Η εκτίμηση και αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων είναι σημαντική στη διευκόλυνση της ανάρρωσης από την εξάρτηση. Έχουν αναπτυχθεί πολλές στρατηγικές, οι οποίες περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικές και βιοϊατρικές παρεμβάσεις και προσεγγίσεις στήριξης από ομοτίμους.

Αναλογία Προσωπικού προς Ασθενείς: Η διαμόρφωση μιας ιδανικής αναλογίας προσωπικού/ ασθενών είναι αρκετά δύσκολη, καθώς δεν υπάρχουν και επαρκή σχετικά δεδομένα. Η απαίτηση για προγράμματα υποκατάστασης με εντατικές ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες, παράλληλα με την αποτελεσματικότητα ανεβάζει κάθετα και το κόστος και αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στις προσπάθειες απορρόφησης του καταλόγου αναμονής, καθώς με τα ίδια χρήματα προσφέρονται λιγότερες θέσεις θεραπείας σε ένα πρόγραμμα με μικρή αναλογία ασθενών ανά θεραπευτή, από ότι σε ένα πρόγραμμα με μεγαλύτερη αναλογία. Οι πολύ μεγάλες αναλογίες ωστόσο δεν επιτρέπουν την προσφορά ολοκληρωμένης θεραπείας βάση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου· το μοντέλο ιατροκοποιείται και τα εξοικονομηθέντα χρήματα σπαταλώνονται αλλού, σε ακριβές, αμιγώς ψυχοκοινωνικές θεραπείες που προσφέρουν άλλοι φορείς, κάτι που αποτελεί λογικό παράδοξο. Η τάση στα Ελληνικά προγράμματα υποκατάστασης συμβαδίζει με την παγκόσμια τάση: αυξάνεται σταθερά η αναλογία προσωπικού/ ασθενών, προκειμένου να εξοικονομηθούν οικονομικοί πόροι, αν και η θεραπεία υποκατάστασης χαρακτηρίζεται από μία, ούτως ή άλλως, ιδιαίτερα καλή σχέση κόστους αποτελεσματικότητας, τόσο σε σχέση με τις άλλες θεραπείες (αποτοξίνωση, μη φαρμακευτικές θεραπείες) όσο και σε σχέση με τη μη παροχή θεραπείας ή τη φυλάκιση. Μια ανάλυση των μελετών της σχέσης κόστους/ αποτελεσματικότητας περιέχεται στο **Παράρτημα III**.

Μια ενδιαφέρουσα μετα-ανάλυση από 143 μελέτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας διάφορων τύπων (υποκατάστασης με μεθαδόνη, θεραπευτικές κοινότητες, μη φαρμακευτικές εξωτερικής παραμονής και αποτοξίνωσης), υπολόγισε τους παράγοντες που σχετίζονται με θετικό αποτέλεσμα (αποχή από τις ουσίες και μείωση της εγκληματικότητας) και βρήκε πως αυτοί ήσαν κυρίως οι εξής (Prendergast et al., 2000):

1. Η δεκαετία κατά την οποία έγινε η θεραπεία
2. Η συμμετοχή του ερευνητή στην παροχή της θεραπείας
3. Η «ωριμότητα» του προγράμματος
4. Η αναλογία συμβούλων τοξικοεξάρτησης ανά ασθενείς
5. Το χρονικό διάστημα της έκθεσης στην θεραπεία και
6. Η δόση της μεθαδόνης (δεν μελετήθηκαν δομές βουπρενορφίνης)

Είναι σαφές πως μια επαρκής δόση φαρμάκου, για ένα επαρκές χρονικό διάστημα και με μία επαρκή αναλογία προσωπικού/ ασθενών συμβάλλουν σημαντικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Τα δύο πρώτα αποτελούν αντικείμενο φροντίδας του προσωπικού και το τελευταίο της διοίκησης του Οργανισμού. Ποια όμως αρμόζει να είναι αυτή η αναλογία προκειμένου για μια Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας; Η προσέγγιση μας είναι αναγκαστικά εμπειρική.

Λαμβάνοντας υπόψη πως έχει εφαρμοστεί επί μακρόν και επιτυχώς η αναλογία 40 ασθενών ανά πρόσωπο αναφοράς και πως τα πρόσωπα αναφοράς στο υφιστάμενο πλαίσιο αναλαμβάνουν κυρίως ένα διαχειριστικό ρόλο, ενώ το θεραπευτικό ρόλο αναλαμβάνει η Διεπιστημονική Ομάδα, εφόσον η κάθε δομή διαθέτει ικανό αριθμό ασθενών που βρίσκονται σε φάση Ιατρικής Συντήρησης και την επισκέπτονται άπαξ εβδομαδιαίως έως και μηνιαίως, τότε ενδεχομένως η αναλογία θα μπορούσε να αναδιαμορφωθεί προς τα άνω έως και κατά 50%. Αυτήν την στιγμή οι περισσότερες μικρές μονάδες εξυπηρετούν περί τα 120 άτομα, αν και υπάρχουν περιπτώσεις που ο αριθμός των εξυπηρετούμενων έχει αυξηθεί σημαντικά. Εφόσον το Πλαίσιο υλοποιηθεί και οι Μονάδες αυξήσουν τη συγκράτηση των μελών τους, ώστε να μην έχουν συνεχώς ασθενείς σε Φάση Εισαγωγής, τότε αναμένεται με τον χρόνο το προσωπικό να γνωρίζει αρκετά καλά τους ασθενείς και πολλά από τα προβλήματά τους να έχουν αντιμετωπισθεί επαρκώς, πολλοί δε εξ αυτών θα λαμβάνουν όλο και περισσότερες δόσεις για το σπίτι. Τότε η αναλογία ασθενών σε Φάση Αποκατάστασης προς εκείνους σε Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας θα μεταβληθεί προοδευτικά υπέρ των δεύτερων και οι ελάττωση του καθημερινού φόρτου εργασίας των προσώπων αναφοράς και των νοσηλευτών θα επιτρέψει την σταδιακή αύξηση του αριθμού των ασθενών, εφόσον το επιτρέπει φυσικά και η κτιριακή υποδομή.

Αν μία μονάδα διαθέτει μια διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από 3 τουλάχιστον πρόσωπα, καθώς και επαρκή νοσηλευτική υπηρεσία, τότε μπορεί να εξυπηρετήσει έως και 160 ασθενείς (+/- 15%), ένα ποσοστό των οποίων (>30%) θα την επισκέπτεται σε αραιά διαστήματα και τα σημαντικότερα προβλήματά του θα έχουν αντιμετωπισθεί σε προηγούμενες φάσεις της θεραπείας. Αυτός ο αριθμός κρίνεται ικανοποιητικός για να μην προκληθεί όχληση στο νοσοκομείο ή την γειτονιά που φιλοξενούν την Μονάδα, αν και απαιτείται να μελετηθεί κάθε περίπτωση ξεχωριστά, αναλόγως με τις τοπικά επικρατούσες συνθήκες. Λαμβάνοντας υπόψη το υπόλοιπο σταθερό προσωπικό που εργάζεται στις μονάδες (προσωπικό από τον ΟΚΑΝΑ και τα εξωτερικά συνεργεία) η συνολική αναλογία θα πλησιάζει το 1/15, ενώ ο Ψυχίατρος θα αναλογεί σε περίπου 160 ασθενείς και ο Παθολόγος σε 320- 480 περίπου, αν αναλάβει την προσφορά των υπηρεσιών του σε 2 ή 3 μονάδες. Αν η μονάδα διαθέτει περισσότερο προσωπικό και ασθενείς, τότε το προσωπικό κατανέμεται σε 2 ή περισσότερες

Διεπιστημονικές ομάδες με την ίδια σύσταση, οι οποίες συνεδριάζουν ανεξάρτητα και η λειτουργία τους εποπτεύεται από τον Υπεύθυνο της Μονάδας (ο οποίος μπορεί να είναι επικεφαλής της μίας από αυτές).

Το σκεπτικό αυτό δεν φιλοδοξεί να αναιρέσει την πραγματικότητα της δυνατότητας προσφοράς υπηρεσιών υψηλότερης ποιότητας με την υιοθέτηση μικρότερων αναλογιών προσωπικού προς ασθενείς. Δεδομένου όμως πως αυτές οι μικρότερες αναλογίες έχουν δοκιμαστεί για περισσότερο από μία δεκαετία χωρίς να έχει αποδειχθεί εκ των πραγμάτων η εκμετάλλευση των δυνατοτήτων που προσφέρουν και εφόσον ο οργανισμός και οι εργαζόμενοι σε αυτόν είναι αναγκασμένοι να προσαρμοστούν στην αυστηρή λιτότητα που επιτάσσουν οι υφιστάμενες οικονομικές συνθήκες, απαιτείται να αντισταθμίσουμε τον ελαττωμένο καταμερισμό του χρόνου που προσφέρεται σε κάθε ασθενή με αξιοποίηση της ομαδικής εργασίας, καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού και εγκατάλειψη των χρονοβόρων συμπεριφορικών (κυρίως τιμωρητικών) τεχνικών οι οποίες βασίζονται σε αυστηρό έλεγχο που εξαντλεί τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους με αμφίβολα αποτελέσματα. Αν οι αριθμοί να ξενίζουν, καλό είναι όμως να μην παραβλέπουμε πως οι αναλογίες των ασθενών που εξυπηρετούν οι υπόλοιπες δομές ψυχικής υγείας (του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ) είναι ιλιγγιωδώς μεγαλύτερες. Ωστόσο είναι αναγκαίο να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η κάλυψη των μονάδων κατά τις άδειες του προσωπικού, όπως αναφέρεται και σε άλλο σημείο του κειμένου.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Δ'. Θεραπευτικά Εργαλεία

Τα θεραπευτικά εργαλεία των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης είναι τα εξής:

1. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα της υποκατάστασης, τα οποία είναι η **Μεθαδόνη**, η **Βουπρενορφίνη** (Subutex, Prenorvine, Buprenal) και το συνδυασμένο δισκίο **Βουπρενορφίνης/ Ναλοξόνης** (Suboxone). Τα σκευάσματα χορηγούνται υπό επιτήρηση από την νοσηλευτική υπηρεσία κατόπιν οδηγιών του θεράποντος ιατρού, εκτός από τις περιπτώσεις της απομακρυσμένης χορήγησης σε νοσοκομεία και της χορήγησης δόσεων για το σπίτι στον ίδιο τον ασθενή, σε αξιόπιστα πρόσωπα του περιβάλλοντός του ή σε Αστυνομικά όργανα (σε περιπτώσεις κράτησης). Η χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων ενδείκνυται να γίνεται *lege artis*, σύμφωνα με τις διαθέσιμες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές (Verster, A. & Bunning, 2000, 2005, Center for Substance Abuse Treatment 2005, Κοκκώλης 2001a, 2001b, Κοκκώλης & Αναγνώστου 2003, Quality Patient Care Network, 2012) και στις ενημερωμένες εκδόσεις που πρόκειται να κυκλοφορήσουν στο μέλλον. Ο Οργανισμός ενδέχεται να χρησιμοποιήσει στο μέλλον και άλλα σκευάσματα, όπως τη Βουπρενορφίνη σε μορφή ταχείας διάλυσης (Suboxone Film) ή υποδόριας εμφύτευσης (Probuhrine), είτε το εμβόλιο της κοκαΐνης (TA-CD). Το φάρμακο ουδέποτε είναι επιτρεπτό να χρησιμοποιείται ως εργαλείο συμπεριφορικού χειρισμού του ασθενούς. Όλοι έχουν δικαίωμα στο φάρμακο, στην κατάλληλη δόση, φθάνει να το λαμβάνουν σύμφωνα με τις οδηγίες και να μην το καταχρώνται. Η χορήγηση δόσεων για το σπίτι όμως δεν αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα. Άλλοτε πρόκειται θεραπευτικό χειρισμό (στα πλαίσια του contingency management) και άλλοτε για επιβράβευση μιας καλής συμμόρφωσης, συνεργασίας και θεραπευτικής πορείας.
2. **Άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα**, ενδεδειγμένα για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, όπως η ναλτρεξόνη (Nalorex), κλονιδίνη (Catapresan) ακαμπροσάτη (Acamprosate), δισουλφιράμη (Antabuse), τοπιραμάτη (Toramac), νικοτίνη (Nicorette), βουπροπιόνη (Wellbutrin), βαρενικλίνη (Champix), καθώς και τα γνωστά φάρμακα για την αντιμετώπιση σωματικών και ψυχιατρικών καταστάσεων και για συμπτωματικές αγωγές. Τα σκευάσματα αυτά δεν χορηγούνται από τον ΟΚΑΝΑ, αλλά συνταγογραφούνται στα βιβλιάρια των ασφαλιστικών ταμείων και του ταμείου προνοίας (ορισμένα δεν είναι διαθέσιμα αυτήν την στιγμή στην Ελλάδα, όπως η ακαμπροσάτη, είτε δεν

συνταγογραφούνται, όπως η βαρενικλίνη). Η χρήση των φαρμάκων αυτών γίνεται σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής τέχνης από τον Ψυχίατρο, τον Γενικό Ιατρό και τον Παθολόγο της Μονάδας.

3. **Οι εργαστηριακές εξετάσεις**, συμπεριλαμβανομένου του τοξικολογικού ελέγχου. Ο τοξικολογικός έλεγχος γίνεται με τη χρήση αλκοολόμετρων και με εξετάσεις ούρων, αν και στο μέλλον ενδέχεται να υιοθετηθούν άλλες μέθοδοι (δείγμα σιέλου) που θα επιλύσουν αρκετά προβλήματα. Οι υπόλοιπες εργαστηριακές εξετάσεις αφορούν γενικούς ελέγχους και ελέγχους για μεταδοτικά νοσήματα μέσω εξετάσεων αίματος και ακτινογραφιών θώρακος, αξιοποιούνται δε από τους παθολόγους των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης κατά την αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης.
4. **Ψυχομετρικές δοκιμασίες και ερωτηματολόγια**, με χαρακτήρα κλινικό, ερευνητικό και στατιστικό, μεταξύ των οποίων εξέχουσα θέση καταλαμβάνουν τα ερωτηματολόγια TDI και EuroASI, τα οποία απαιτείται να συμπληρώνονται για όλους τους ασθενείς. Άλλες ψυχιατρικές κλίμακες μπορούν να συμπληρωθούν κατά περίπτωση (πχ κλίμακες Beck και Hamilton), ενώ ευχής έργο θα ήταν να μπορούν να διενεργηθούν δοκιμασίες προσωπικότητας (MMPI) μια και στον ΟΚΑΝΑ απασχολείται πλήθος κλινικών ψυχολόγων.
5. **Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις**, ειδικότερα Συμβουλευτική (Drug Counseling), Κινητοποιητική Ενίσχυση (Motivational Enhancement), άλλες Γνωσιακές/ Συμπεριφορικές (Cognitive/ Behavioral) τεχνικές, όπως αυτές περιγράφονται στην αντίστοιχη βιβλιογραφία και τις εκπαιδεύσεις. Κατά την εφαρμογή αυτών, το πνεύμα του πλαισίου προκρίνει την υιοθέτηση εξατομικευμένων παρεμβάσεων στο πλαίσιο της δόμησης μιας υγιούς και λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης προσώπου αναφοράς/ ασθενούς, την εσωτερική παραπομπή στον Ψυχίατρο, τον Κλινικό Ψυχολόγο και τον Κοινωνικό Λειτουργό για μια παρέμβαση στην οποία είναι εξειδικευμένος, ακόμη και αν δεν είναι το πρόσωπο αναφοράς για τον συγκεκριμένο ασθενή, την χρήση του Συνεργατικού Εμπειρισμού (Collaborative Empiricism), των τεχνικών Διαχείρισης Ευκαιρίας (Contingency Management) και, εν γένει, την επιλογή βέλτιστων και βιβλιογραφικά τεκμηριωμένων πρακτικών.
6. **Η Διεπιστημονική Ομάδα**, η οποία είναι το συλλογικό εργαλείο παροχής των προαναφερθεισών ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών της Μονάδας). Μία Διεπιστημονική Ομάδα αποτελείται από:
 - 6.1. 1 Ψυχίατρο (ή Γενικό Ιατρό), ο οποίος έχει την ευθύνη της ομάδας (λειτουργώντας ως πρόεδρος κατά τις συνεδριάσεις) και παρέχει την ιατρική φροντίδα και φαρμακευτική θεραπεία
 - 6.2. 1-2 Κλινικούς Ψυχολόγους και
 - 6.3. 1-2 Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι (μαζί με τον Ιατρό και τον Ψυχολόγο) είναι πρόσωπα αναφοράς για ορισμένους ασθενείς και

παρέχουν μία ποικιλία ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών: συμβουλευτική, διαχείριση περιστατικών, ψυχοθεραπεία και οικογενειακή θεραπεία, ψυχολογικά τεστ και αξιολόγηση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, εκπαίδευση. Τα πρόσωπα αναφοράς συγκεντρώνουν τις πληροφορίες για τους ασθενείς, εισηγούνται τα θέματα στη θεραπευτική ομάδα και διαχειρίζονται το φάκελο ασθενούς (ηλεκτρονικό ή άλλο), είναι δε τα άτομα που δομούν τη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς.

- 6.4. 1 εκπρόσωπο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ο οποίος πληροφορεί για την συμπεριφορά των ασθενών κατά τις διαδικασίες της χορήγησης και του τοξικολογικού ελέγχου και λαμβάνει οδηγίες για την θεραπεία και την αντιμετώπιση θεμάτων σχετικά με τους ασθενείς, καθώς και
- 6.5. 1 Υπάλληλο Γραφείου, ο οποίος ασχολείται με την καταγραφή των πρακτικών και λαμβάνει οδηγίες για την γραμματειακή εξυπηρέτηση των ασθενών.

Ο Υπάλληλος Γραφείου και οι Φύλακες Ασφαλείας που μπορεί να κληθούν να δώσουν πληροφορίες και να λάβουν οδηγίες, δεν θεωρούνται μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας. Αντιθέτως, ο Παθολόγος Ιατρός, όταν μπορεί να συμμετέχει, είναι μέλος της. Όλοι οι συμμετέχοντες στην Διεπιστημονική Ομάδα, τα μέλη και όσοι την παρακολουθούν κατά τις περιστάσεις, δεσμεύονται απολύτως από το ιατρικό απόρρητο. Στις μικρές μονάδες των 120-160 ατόμων, οι οποίες διαθέτουν μόνο έναν Ψυχίατρο, λειτουργεί μία μόνο Διεπιστημονική Ομάδα, ενώ σε μεγαλύτερες μονάδες μπορεί να λειτουργούν δύο ή και περισσότερες, αναλόγως της δυναμικότητας και του αριθμού των επικεφαλής ιατρών. Η ομάδα στην οποία συμμετέχουν όλοι οι εργαζόμενοι σε μια ονομάζεται Ολομέλεια και δεν ασχολείται με κλινικά θέματα, αλλά με ενημέρωση, γνωμοδότηση και αποφάσεις που σχετίζονται με άλλα λειτουργικά θέματα της δομής.

Η Διεπιστημονική Ομάδα συνεδριάζει έως τρεις φορές την εβδομάδα, ανασκοπεί την πορεία των ασθενών της, συντάσσει το θεραπευτικό σχέδιο (πλάνο) των νέων ασθενών της Φάσης Εισαγωγής και παρακολουθεί, συζητά και προσαρμόζει το θεραπευτικό σχέδιο όλων των ασθενών. Ανά εξάμηνο ο ψυχίατρος της ομάδας συντάσσει σύντομη έκθεση της πορείας του κάθε ασθενούς. Σε αυτήν περιλαμβάνεται εκτίμηση της πορείας του θεραπευτικού σχεδίου, του βαθμού επίτευξης των στόχων της φάσης θεραπείας που βρίσκεται ο ασθενής και σε περίπτωση επίτευξης των στόχων έναρξη της διαδικασίας μετάβασης στην επόμενη φάση. Εάν οι στόχοι δεν έχουν επιτευχθεί γίνεται από τη θεραπευτική ομάδα αναθεώρηση του θεραπευτικού σχεδίου ή παραπομπή του ασθενούς σε προηγούμενη

φάση θεραπείας. Τις ημέρες που η Διεπιστημονική Ομάδα δεν συνεδριάζει, ο χρόνος αξιοποιείται για εκπαιδεύσεις του προσωπικού, διοικητικές εργασίες (ανακοίνωση αποφάσεων, προγραμματισμό εισαγωγών κλπ) και για την συμπλήρωση των φακέλων των ασθενών.

Κάθε ασθενής εντάσσεται σε μία από αυτές τις Διεπιστημονικές Ομάδες αμέσως μετά την εισαγωγή του στο πρόγραμμα. Κατά τη Φάση Εισαγωγής παρακολουθείται από τον ψυχίατρο έως τη σταθεροποίηση της δόσης του φαρμάκου υποκατάστασης, ενώ ταυτόχρονα γίνεται η ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς και προγραμματίζεται η αντιμετώπιση πιθανών ψυχιατρικών συνοδών διαταραχών. Εάν υπάρχουν έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα κατά την είσοδο του ασθενούς, παραπέμπεται άμεσα στους ψυχολόγους ή τον κοινωνικό λειτουργό της ομάδας για άμεση έναρξη της αντιμετώπισης. Μετά την ολοκλήρωση της Φάσης Εισαγωγής ο ασθενής παραπέμπεται σε ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό της ομάδας, γίνεται εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και αναγκών με τη σύνταξη ψυχολογικής εκτίμησης και κοινωνικού ιστορικού. Μετά τη σταθεροποίηση και την πρώτη αυτή ψυχοκοινωνική εκτίμηση η θεραπευτική ομάδα καταρτίζει και συζητά με τον ασθενή το θεραπευτικό σχέδιο και προγραμματίζει, αναλόγως των αναγκών του, θεραπευτικές συνεδρίες με τους ψυχολόγους και/ ή τους κοινωνικούς λειτουργούς. Κατευθυντήριες γραμμές για τη σύνταξη και την παρακολούθηση του θεραπευτικού πλάνου περιγράφονται στο **Παράρτημα II**.

Είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί πως το πρόσωπο αναφοράς δεν ταυτίζεται με τον «θεραπευτή» του ασθενούς. Θεραπευτής είναι όλη η Διεπιστημονική ομάδα και όλο το θεραπευτικό σύστημα, αξιοποιώντας την εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία όλων των στοιχείων που το αποτελούν και παρέχοντας ισότιμες υπηρεσίες σε όλους τους ασθενείς η θεραπεία των οποίων έτσι δεν περιορίζεται από τις γνώσεις, την εμπειρία και τις δεξιότητες ενός και μόνο ατόμου. Ο ασθενής παραπέμπεται στον Ψυχίατρο, τον Ψυχολόγο και τον Κοινωνικό Λειτουργό, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τα θέματά του σύμφωνα με την εξειδίκευσή τους, προπτυχιακή και μεταπτυχιακή, ενώ κάθε εργαζόμενος μιας ειδικότητας επιβάλλεται να σέβεται απολύτως και έμπρακτα το γνωστικό αντικείμενο των εργαζομένων μιας άλλης ειδικότητας.

Το πρόσωπο αναφοράς αναλαμβάνει κυρίως έναν οργανωτικό ρόλο σχετικά με τη θεραπεία του κάθε ασθενή. Για κάθε θεραπευτικό θέμα οι ασθενείς απευθύνονται στο πρόσωπο αναφοράς που έχει οριστεί γι' αυτούς, ενώ επί απουσίας του μπορεί να απευθύνεται σε

οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας, το οποίο τον εξυπηρετεί αλλά και μεταφέρει την πληροφορία στο πρόσωπο αναφοράς. Το πρόσωπο αναφοράς είναι υπεύθυνο για την καταγραφή των πληροφοριών στον φάκελο ασθενούς (η οποία δεν γίνεται αποκλειστικά από τον ίδιο), την ανάκληση των πληροφοριών (για την έκδοση ενός πιστοποιητικού) και την εισήγηση των θεμάτων στην Διεπιστημονική Ομάδα. Τα υπόλοιπα μέλη εισηγούνται επίσης ελεύθερα και αποφαινόμενοι επί τη βάση της ειδικότητάς τους. Ως πρόσωπο αναφοράς ο κάθε εργαζόμενος έχει μικρότερο φόρτο εργασίας από όσο ως θεραπευτής. Ο ψυχίατρος ενδέχεται να λειτουργεί ως πρόσωπο αναφοράς για αναλογικά μικρότερο αριθμό ασθενών όταν έχει αναλάβει και το ρόλο του υπευθύνου της μονάδας και ακόμη μικρότερο όταν προσφέρει εντατικά και άλλες υπηρεσίες στον οργανισμό (συμμετοχές σε εκπαιδεύσεις, επιτροπές κλπ).

Την απόλυτη ευθύνη της σύνθεσης των τυχόν διαφορετικών απόψεων έχει ο υπεύθυνος της μονάδας με κριτήρια:

1. Τη θετική επίπτωση στη συνολική θεραπευτική προσπάθεια του ασθενούς.
2. Την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας.
3. Τη σύμπλευση με το πνεύμα του πλαισίου θεραπευτικής λειτουργίας.

Η Διεπιστημονική Ομάδα επαναδιαπραγματεύεται ανά εξάμηνο κρίσιμες αποφάσεις που την απασχόλησαν, μελετώντας της επιπτώσεις που είχαν αυτές σχετικά με την πορεία των ασθενών και τη λειτουργία της μονάδας, σε μία διαδικασία εσωτερικής αξιολόγησης. Όλες αυτές οι διαδικασίες αποτελούν εσωτερική λειτουργία της Διεπιστημονικής Ομάδας, η οποία μετά τη λήψη της απόφασης οφείλει να εκφράζεται ενιαία προς τους ασθενείς. Η Διεπιστημονική Ομάδα ασχολείται αποκλειστικά με κλινικά θέματα και, ενώ μπορεί να σχολιάζει διοικητικά θέματα, δεν έχει δικαίωμα να λαμβάνει αποφάσεις οι οποίες αντιτίθενται στο Πλαίσιο Λειτουργίας, τις διοικητικές αποφάσεις, τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ και το εν γένει νομοθετικό πλαίσιο.

6. **Η Νοσηλευτική υπηρεσία:** Αν και κατά την παράδοση του ΟΚΑΝΑ και αντίθετα προς το ΕΣΥ οι νοσηλευτική υπηρεσία δεν θεωρείται ξεχωριστό όργανο, στην πράξη οι νοσηλευτές λειτουργούν σε μεγάλο βαθμό ως ενιαία υπηρεσία, εξ ου και αρκεί η εκπροσώπησή τους στη Διεπιστημονική Ομάδα από ένα άτομο. Έχουν την ευθύνη της επιτηρούμενης και μη χορήγησης της θεραπείας υποκατάστασης (για την οποία ενημερώνουν και τα σχετικά αρχεία,

διενεργώντας και καθημερινούς ισολογισμούς για την κατανάλωση των φαρμάκων υποκατάστασης) και κατά περίπτωση άλλων φαρμακοθεραπειών που παραγγέλλει ο Ψυχίατρος της μονάδας, καθώς και της διεξαγωγής του τοξικολογικού ελέγχου και της καταγραφής των αποτελεσμάτων. Οι νοσηλευτές έχουν την τακτικότερη επαφή με τους χρήστες, καθώς και μια διαφορετική σχέση με αυτούς και οι παρατηρήσεις τους είναι ιδιαίτερες χρήσιμες για το θεραπευτικό προσωπικό.

7. **Διοικητικές υπηρεσίες:** Τα μέλη των Μονάδων εφοδιάζονται με ταυτότητα (πιστοποιητικό) περί της συμμετοχής τους σε αυτό, ανανεούμενη κάθε μήνα (στην ταυτότητα θα πρέπει να αναγράφεται πως προορίζονται μόνο για την εξυπηρέτηση της προσέλευσης στην μονάδα και για την επίδειξη στα τοπικά αστυνομικά τμήματα και αν ο ασθενής δεν επιστρέψει την ταυτότητα κάθε μήνα δεν θα λαμβάνει νέα για το επόμενο χρονικό διάστημα). Οι υπάλληλοι γραφείου υποδέχονται τα διάφορα αιτήματα εκτός των θεραπευτικών και συντάσσουν τα απαραίτητα εξερχόμενα έγγραφα για κάθε ασθενή, παράλληλα με τις υπόλοιπες εσωτερικές εργασίες που αφορούν διοικητικές και υπηρεσιακές πλευρές, καθώς και τη γραμματειακή υποστήριξη της Διεπιστημονικής Ομάδας.
8. **Οι Υπηρεσίες Φύλαξης, Καθαριότητας, Συντήρησης,** καθώς και όλοι οι εργαζόμενοι στις **Κεντρικές Υπηρεσίες** του Οργανισμού προσφέρουν ένα υπερπολύτιμο έργο υποστήριξης της καθημερινής λειτουργίας των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και το τελικό αποτέλεσμα της εργασίας τους μεταφέρεται αυτούσιο στις προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς και την κοινωνία.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Κεφάλαιο 4

Αρχές Καλής Κλινικής Πρακτικής

Α΄. Αντενδείξεις για τη χορήγηση Θεραπείας Υποκατάστασης

Η θεραπεία με υποκατάσταση ενδείκνυται σχεδόν για όλους όσοι είναι εξαρτημένοι από οπιοειδή και πληρούν τα καθορισμένα κριτήρια. Για να απαντηθεί το αν η υποκατάσταση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για το συγκεκριμένο ασθενή, απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση, ιατρική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών, καθώς και συζήτηση με τον ίδιο.

Σχετικές αντενδείξεις για τη χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης θεωρούνται οι εξής:

- Ιστορικό εξάρτησης για λιγότερο από 1 έτος
- Απουσία σωματικής εξάρτησης στην παρούσα φάση (εκτός αν εκτιμάται ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος υποτροπής, π.χ. σε εγκύους, πρόσφατα αποφυλακισθέντες)
- Η αδυναμία να προσέρχεται κάποιος τακτικά στο πρόγραμμα, ιδίως στην αρχική φάση.
- Η συνεξάρτηση από αλκοόλ- βενζοδιαζεπίνες δεν αποτελεί αντένδειξη, αλλά απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για φαινόμενα

συνέργειας και εκδήλωση συμπεριφορών που είναι ασύμβατες με την παρακολούθηση του προγράμματος.

- Το ίδιο ισχύει και για ιατρικές καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο τοξίκωσης από το υποκατάστατο (ηπατική- αναπνευστική ανεπάρκεια).

Απόλυτες αντενδείξεις θεωρούνται:

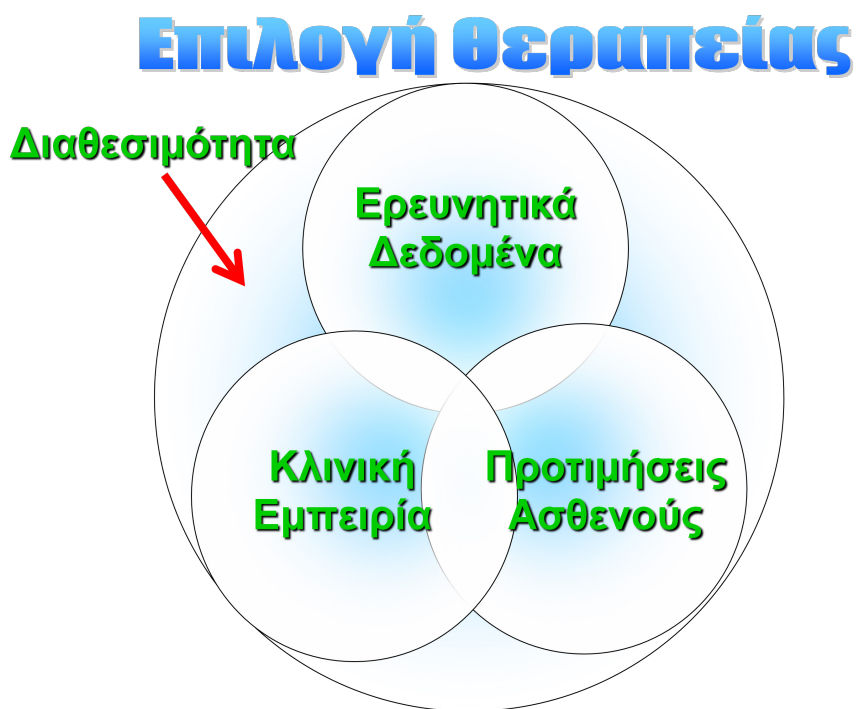
- Η αλλεργία στη μεθαδόνη ή στη βουπρενορφίνη και
- Η παιδική ηλικία (πρακτικά κάτω από 18 ετών).

Απαιτείται η λεπτομερής πληροφόρηση του ασθενούς για τη θεραπεία, τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου υποκατάστασης, καθώς και τις δυνητικές κοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας (όπως η μακροχρόνια εξάρτηση και αυξανόμενη ανοχή).

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ

Β΄. Επιλογή φαρμάκου υποκατάστασης

Η απόφαση για την επιλογή του φαρμάκου βασίζεται στο ποια θεραπεία είναι διαθέσιμη τοπικά, σε εκτιμήσεις του κλινικού για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια (που βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς, στην παρούσα κατάσταση, στο υποστηρικτικό πλαίσιο, στις εκτιμώμενες προτεραιότητες) και στις εκφρασμένες επιθυμίες τους ασθενούς. Οι κλινικές κατευθυντήριες γραμμές που έχουν προαναφερθεί θα βοηθήσουν τους ιατρούς να λάβουν τις σωστές αποφάσεις. Την τρέχουσα περίοδο οι περισσότεροι νέοι ασθενείς εισάγονται σε Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης που χρησιμοποιούν βουπρενορφίνη, καθώς αποτελούν την πλειονότητα σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και την αποκλειστικότητα σε όλη την υπόλοιπη χώρα. Όταν ο ιατρός κρίνει πως υπάρχει αντένδειξη χορήγησης βουπρενορφίνης, είτε κάποιας μορφής δυσανεξία σε αυτήν, παραπέμπει αίτημα προς την Επιτροπή Μετακινήσεων με πλήρη στοιχεία του ασθενούς και το αναλυτικό σκεπτικό σύμφωνα με το οποίο προτείνει τη μετάβαση σε θεραπεία με μεθαδόνη.



12

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Γ'. Τα βήματα της Θεραπείας Υποκατάστασης

Τα βήματα της θεραπείας υποκατάστασης (φαρμακευτικό μέρος) είναι τα εξής:

1. **Εκτίμηση εξάρτησης** (προσωπική συνέντευξη, ιατρική εκτίμηση, έγγραφα, ανάλυση ούρων)
2. **Εκτίμηση του επιπέδου εξάρτησης** (η αυτοαναφερόμενη δόση ηρωίνης αποτελεί μόνο αδρή ένδειξη για την ανοχή, αφού η παράνομη ηρωίνη ποικίλλει σε καθαρότητα, ενώ χρειάζεται να διερευνηθεί και η χρήση κωδεΐνης, οξυκωδώνης, φαιντανύλης κλπ).
3. **Εισαγωγή «Κλειδί»** κατά τη φάση αυτή είναι η ασφάλεια. Άτομα που ξεκινούν θεραπεία με μεθαδόνη διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα από ότι πριν την είσοδό τους στη θεραπεία (Carlehorn, 1999) αν και παρόμοια συχέτιση με τη βουπρενορφίνη δεν είναι γνωστή. *Στρατηγική:*
 - 3.1. Επιλογή του σωστού χρόνου για την πρώτη δόση (καλό είναι ο ασθενής να έχει ήπια συμπτώματα στέρησης). Ειδικά για τη βουπρενορφίνη, η καλή ενημέρωση για το επαγόμενο στερητικό σύνδρομο βοηθά στην καλύτερη συμμόρφωση.
 - 3.2. Προσοχή όταν ο ασθενής παίρνει και άλλες ουσίες, συνταγογραφούμενες ή μη, κατασταλτικές του ΚΝΣ (κατασταλτικά, βενζοδιαζεπίνες, τρικυκλικά, αλκοόλ κ.λπ.) Ενδέχεται να απαιτηθεί ελάττωση ή και διακοπή της χρήσης αλκοόλ ή βενζοδιαζεπινών προ της εισαγωγής σε θεραπεία.
 - 3.3. Η χορήγηση επιβάλλεται να είναι επιτηρούμενη, τόσο για έλεγχο της ορθής λήψης της ουσίας, όσο και για την άμεση επέμβαση σε τυχόν ανεπιθύμητες δράσεις του φαρμάκου.
 - 3.4. Καθορισμός πρώτων δόσεων
 - 3.4.1. για τη μεθαδόνη: έναρξη με μικρή δόση- αργή αύξηση ("start low and go slow")
 - 3.4.2. για τη βουπρενορφίνη: έναρξη με μικρή δόση κατά την πρώτη ημέρα (εξετάστε τη χρησιμότητα μοιρασμένης δόσης σε διάστημα λίγων ωρών) και ακολούθως προσεκτική αλλά ταχεία αύξηση
 - 3.5. Αύξηση της δόσης σταδιακά, μέχρι την εξαφάνιση των στερητικών συμπτωμάτων.
4. **Περίοδος σταθεροποίησης στο φάρμακο:** Μέχρι να επιτευχθεί η σωστή δοσολογία. Ενδέχεται να χρειαστούν βδομάδες για ορισμένους ασθενείς και γενικά η σταθεροποίηση στη βουπρενορφίνη είναι ταχύτερη. Μην ξεχνάτε τον φαρμακοκινητικό κανόνα της επίτευξης επιπέδων μετά την πάροδο 4.5-5x το χρόνο ημιζωής μιας δόσης που χορηγείται κοντά στο χρόνο ημιζωής (προσοχή για αθροιστικά φαινόμενα), καθώς και το ότι ο

χρόνος ημιζωής της βουπρενορφίνης είναι δοσοεξαρτώμενος. Η ανταπόκριση στη θεραπεία ποικίλλει. Δεν φαίνεται να υπάρχει μια κοινά αποδεκτή οδηγία για το θεραπευτικό εύρος, ούτε καν για την ανώτερη θεραπευτική δόση που να αρμόζει σε όλους. Η «σωστή» δόση:

- 4.1. Είναι εξατομικευμένη
- 4.2. Εκτιμάται ότι έχει βρεθεί (από το γιατρό, τον ασθενή, τον τοξικολογικό έλεγχο) όταν:
 - 4.2.1. Δεν υπάρχουν στερητικά συμπτώματα ανάμεσα στις χορηγήσεις
 - 4.2.2. Έχει μειωθεί πολύ η επιθυμία χρήσης (craving) για την ουσία
 - 4.2.3. Η χρήση άλλων οπιοειδών δεν προκαλεί ευφορία (narcotic blockade) και τέλος
 - 4.2.4. Δεν επηρεάζεται η λειτουργικότητα του ατόμου
- 4.3. Όταν η σταθεροποίηση αποτυγχάνει επιβάλλεται να γίνεται διαφορική διάγνωση (κακή συμμόρφωση κατά τη χορήγηση, ταχύς μεταβολισμός –πολύτιμη η τοξικολογική εξέταση αίματος στην περίπτωση αυτή) και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα (συμβουλευτική, άγρυπνη επιτήρηση, αύξηση δόσης ή αλλαγή φαρμάκου υποκατάστασης)
5. **Περίοδος Συντήρησης:** Η δοσολογία χρειάζεται να επανεκτιμάται τακτικά (αρχικά μετά τη σταθεροποίηση- κάθε μήνα, στη συνέχεια αραιότερα αλλά τουλάχιστον κάθε τρεις μήνες). Μπορεί να απαιτηθεί αύξηση της δοσολογίας για ποικίλα χρονικά διαστήματα, σε καταστάσεις αυξημένου ψυχικού ή σωματικού stress, οικογενειακών κρίσεων, λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων κ.λπ.). Επίσης, πολλοί ιατρικά καθοριζόμενοι παράγοντες μπορεί να υποχρεώσουν σε αναπροσαρμογή της δοσολογίας, όπως: λήψη άλλων φαρμάκων που μεταβολίζονται μέσω του συστήματος CYP 3A4 του κυτοχρώματος P450, εγκυμοσύνη, εμμηνόπαυση, ηπατική νόσος, μεγάλες αλλαγές σωματικού βάρους, γήρανση. Απαιτείται, λοιπόν η τακτική επανεκτίμηση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς, η συζήτηση μαζί του για την άμεση αναφορά των συμπτωμάτων και σημείων τοξίκωσης και στέρησης, καθώς και η συνεχής ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού σχετικά με νέες ενδείξεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων, νέες αναφερόμενες παρενέργειες, κ.λπ.
6. **Περίοδος Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης:** Κατά την προοδευτική διακοπή του φαρμάκου υποκατάστασης (βλ και Κοκκώλης & Αναγνώστου, 2003) :
 - 6.1. Η μείωση της δοσολογίας επιβάλλεται πάντα να γίνεται με τη συνεργασία ασθενούς, θεραπευτή και γιατρού, και να εντάσσεται στο θεραπευτικό σχέδιό του συμβαδίζοντας με την υπόλοιπη πρόοδο του.
 - 6.2. Δεν αρκεί η εκφρασμένη επιθυμία του ασθενούς να μειώσει τη δοσολογία. Αυτή χρειάζεται να συνεκτιμάται με την παρούσα κατάστασή του, το βαθμό κινητοποίησης, το κίνητρο, τις πιθανές πιέσεις που δέχεται από το κοινωνικό περιβάλλον. Σημειώνεται ότι η μείωση της δόσης σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες υποτροπής-ακόμα και στους κινητοποιημένους ασθενείς.

- 6.3. Η μείωση της δοσολογίας ενδείκνυται να γίνεται αργά και σταδιακά, πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή και πάντα σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες.
- 6.4. Μερικές φορές απαιτείται ακούσια απόσυρση (φυλάκιση, απομάκρυνση από το πρόγραμμα). Και σε αυτές τις περιπτώσεις, συστήνεται η σχετικά βραδεία αποτοξίνωση, εκτός αν ο ασθενής είναι βίαιος ή απειλητικός για το προσωπικό ή τα μέλη του προγράμματος.
- 6.5. Γενικώς η βουπρενορφίνη απαιτεί σημαντικά μικρότερο διάστημα προοδευτικής μείωσης από την μεθαδόνη. Στερεητικά συμπτώματα ωστόσο μπορεί να επιμένουν ακόμη και ένα μήνα μετά (με την μορφή ανησυχίας, αϋπνίας κλπ)
- 6.6. Συμπληρωματική αγωγή με κλονιδίνη, συμπτωματική αγωγή με αγχολυτικά, αναλγητικά, υπναγωγά, αντιδιαρροϊκά κλπ, καθώς και ενισχυμένη συμβουλευτική, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην επιτυχή ολοκλήρωση της απόσυρσης με ύφεση των στερεητικών συμπτωμάτων.
- 6.7. Είναι αδιανόγητη η τροποποίηση της δοσολογίας ως επιβράβευση ή ποινή για κάποια συμπεριφορά του ασθενή (π.χ. αύξηση της δοσολογίας επειδή «σταμάτησε τη χρήση» ή μείωση της δοσολογίας επειδή «συνεχίζει τη χρήση ηρωίνης»).

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Δ΄ . Διαδικασία της Χορήγησης

Η διαδικασία της χορήγησης, όπως έχει διαμορφωθεί στον ΟΚΑΝΑ μετά από μια μακροχρόνια συσσώρευση εμπειρίας θεωρείται επαρκής. Αυτό που έχει σημασία είναι να παραμένει σε υψηλά επίπεδα η εγρήγορση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και, για να συμβαίνει αυτό, χρειάζεται να υπάρχει επαρκές προσωπικό και μία μέθοδος που να προλαμβάνει την διάσπαση της προσοχής (οι ασθενείς εισέρχονται ένας- ένας στον χώρο χορήγησης και η τάξη διατηρείται με την φροντίδα των φυλάκων ασφαλείας).

1. Προκειμένου για την μεθαδόνη:

- 1.1. Το φάρμακο τοποθετείται σε διαφανές κατά προτίμηση κύπελλο και ο ασθενής καταπίνει το περιεχόμενο άμεσα
- 1.2. Ο ασθενής μπορεί να πιεί αμέσως μετά λίγο νερό από τον ψύκτη χρησιμοποιώντας το ίδιο κύπελλο το οποίο απορρίπτει
- 1.3. Αν το κύπελλο δεν είναι διαφανές, ο ασθενής απαιτείται να το επιδείξει στον νοσηλευτή, κρατώντας το με τέτοιο τρόπο που να είναι εμφανής ο πυθμένας
- 1.4. Οι ασθενείς απαιτείται να μιλήσουν πριν την αποχώρηση, απευθύνοντας κάποιον χαιρετισμό στην νοσηλευτική υπηρεσία ή τους φύλακες ασφαλείας
- 1.5. Οι ασθενείς απαγορεύεται αυστηρά να πάρουν μαζί τους το κύπελλο της χορήγησης.

2. Προκειμένου για τη βουπρενορφίνη:

- 2.1. Το φάρμακο (Prenorvine) προτείνεται να χορηγείται με τη μορφή σκόνης που τοποθετείται μέσα σε κύπελλο. Η σύνθλιψη επιτελείται με ειδική συσκευή (pill crusher). Αν και δεν υπάρχουν μελέτες βιοδιαθεσιμότητας με τη μορφή αυτή η εμπειρία του ΟΚΑΝΑ καταδεικνύει πως αυτός ο τρόπος αυτός έχει τα ίδια αποτελέσματα με τη χορήγηση ολόκληρης της ταμπλέτας, η διάρκεια της επιτήρησης βραχύνεται σημαντικά και η πιθανότητα παράνομης εξαγωγής του φαρμάκου ελαττώνεται. Άλλωστε η ταμπλέτα αποσυντίθεται εντός του στόματος σε σκόνη όπως μπορούμε να εξηγήσουμε στους ασθενείς.
- 2.2. Το συνδυασμένο δισκίο (Suboxone) χορηγείται ολόκληρο
- 2.3. Στο εγγύς μέλλον υπάρχει η δυνατότητα χρήσης του σκευάσματος Suboxone Film, το οποίο, με την ταχύτατη διάλυσή του,

- εξασφαλίζει αυξημένη συμμόρφωση και μειωμένους χρόνους επιτήρησης, καθώς και οικονομία χρόνου από την κατάργηση της διαδικασίας κονιορτοποίησης. Αν οι οικονομικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την πλήρη υιοθέτησή του θα μπορούσε να χρησιμοποιείται μόνο σε ασθενείς με χαμηλή συμμόρφωση και ύποπτους για εξαγωγή φαρμάκου εκτός της μονάδας
- 2.4. Στο απώτερο μέλλον υπάρχει η δυνατότητα χρήσης του σκευάσματος Proburhine, το οποίο επίσης εξασφαλίζει αυξημένη συμμόρφωση και καταργεί την επιτήρηση. Πρόκειται για υποδόρια εμφύτευση Βουπρενορφίνης βραδείας αποδέσμευσης.
 - 2.5. Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό χειρίζεται τις ταμπλέτες ή την κονιορτοποιημένη βουπρενορφίνη επιβάλλεται να μην τις αγγίζει με τα χέρια (εκτός αν φορά καθαρά γάντια), να μην χειρίζεται παράλληλα βιολογικά δείγματα των ασθενών (ούρα) και σε περίπτωση που διαθέτει πλούσια κόμη αυτή να είναι μαζεμένη προς τα πίσω ή να φορά ειδικό σκούφο (χειρουργείου). Οι διαδικασίες απαιτείται να ακολουθούν πιστά όλους τους κανόνες υγιεινής και με τέτοιο τρόπο που να είναι ορατός στους ασθενείς
 - 2.6. Πριν την χορήγηση ο ασθενής υγραίνει υποχρεωτικά το στόμα του πίνοντας λίγο νερό
 - 2.7. Ο ασθενής δεν επιτρέπεται να μιλά, να πιει νερό ή να καταπιεί μέχρι να απορροφηθεί όλο το φάρμακο και πρέπει απαραίτητα να απορρίψει το κύπελλο, αφού πρώτα το επιδείξει στον νοσηλευτή, κρατώντας το με τέτοιο τρόπο που να είναι εμφανής ο πυθμένας
 - 2.8. Οι ασθενείς κάθονται σε ειδικά διαμορφωμένα καθίσματα, αμφιθεατρικά ή εν σειρά, με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ορατοί από το νοσηλευτικό προσωπικό. Απαγορεύεται να βάλουν τα χέρια τους στο στόμα ή τις τσέπες, να χρησιμοποιούν χαρτομάντιλα, να μασούν τσίχλα ή να κάνουν χειρονομίες και κινήσεις που διασπούν την προσοχή των νοσηλευτών όσο διαρκεί η επιτήρηση και απαιτείται να μιλήσουν πριν την αποχώρηση, απευθύνοντας κάποιον χαιρετισμό στην νοσηλευτική υπηρεσία ή τους φύλακες ασφαλείας. Η όλη στάση και συμπεριφορά των ασθενών κατά τη διαδικασία της χορήγησης απαιτείται να μην εγείρει υποψίες.
 - 2.9. Ο χρόνος που απαιτείται ώστε να διαλυθεί το φάρμακο κυμαίνεται και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως η ξηροστομία. Ορισμένοι ασθενείς τοποθετούν το φάρμακο σε οδοντικές κοιλότητες και ζελατίνες ή αλουμινόχαρτα που τοποθετούν στο στόμα τους, προκειμένου να το εξάγουν από την μονάδα. Η δομή των σύγχρονων μονάδων (χώροι και νοσηλευτικό προσωπικό) δεν επιτρέπει μεγάλους χρόνους επιτήρησης, αλλά θεωρείται πως 5-10 λεπτά της ώρας είναι τα ελάχιστα απαιτούμενα.
 - 2.10. Σε ασθενή που κάνει ύποπτες κινήσεις, συναντάται συχνά σε χώρους όπου γίνεται εμπόριο τοξικών ουσιών ή κάνει παράλληλη

χρήση ηρωίνης παρόλο που η δόση της βουπρενορφίνης θεωρείται επαρκής επιβάλλεται να γίνεται περιστασιακά στοματικός έλεγχος, με άμεση παρατήρηση και, αν χρειαστεί, τη βοήθεια ενός γλωσσοπίεστρου και ενός φακού

- 2.11. Εντός της μονάδος και σε εγκύους γίνεται χορήγηση του απλού δισκίου (Prenovine ή Subutex). Εκτός της μονάδος (δόσεις για το σπίτι) χορηγείται αποκλειστικά το συνδυασμένο δισκίο (Suboxone) με εξαίρεση τις εγκύους. Σε ειδικές περιπτώσεις και για μικρές σχετικά δοσολογίες (σε ασθενείς Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης για παράδειγμα) μπορεί ο ιατρός να παρεκκλίνει από τον κανόνα αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι. Η επιμονή ενός ασθενούς να λάβει το απλό δισκίο εκτός μονάδος ή η απαίτησή του να το λάβει ολόκληρο χωρίς επαρκή αιτιολόγηση μπορεί να εγείρει υποψίες σχεδίων παράνομης διακίνησης.

Σε κάθε περίπτωση ο ασθενής έχει το απόλυτο δικαίωμα να γνωρίζει τη χορηγούμενη δοσολογία, ακόμη και κατά τη φάση της εισαγωγής. Όταν απαιτείται (μεγάλος όγκος φαρμάκου, ναυτία) ο ασθενής επιτρέπεται να μπορεί να λάβει την δόση σε δύο δόσεις με μικρή χρονική απόσταση μεταξύ τους.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Ε΄. Ο Τοξικολογικός Έλεγχος

Ο τοξικολογικός έλεγχος είναι αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας υποκατάστασης. Παρέχει έναν αντικειμενικό τρόπο εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, όσο και ένα εργαλείο για έλεγχο της προόδου του κάθε ασθενή. Είναι επίσης μια διαδικασία αξιόπιστη, ευαίσθητη και ακριβής όσον αφορά τα αποτελέσματα.

Ο σκοπός και η διαδικασία συλλογής των ούρων ή και χρήσης του αλκοολόμετρου απαιτείται να εξηγούνται στους ασθενείς από την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα, τόσο από τον ιατρό και το πρόσωπο αναφοράς (αναγκαιότητα και διαδικασία), όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό (μεθοδολογία και επιτήρηση).

1. **Σκοπιμότητα:** Τα δείγματα των ούρων συλλέγονται και εξετάζονται ώστε να καθοριστεί η επαρκής δόση του φαρμάκου υποκατάστασης για τον κάθε ασθενή (μπορεί να απαιτηθεί αλλαγή δόσης ή εντατικοποίηση της θεραπευτικής διαδικασίας).
 - 1.1. Ένα θετικό αποτέλεσμα δεν σημαίνει ότι ο ασθενής δε συμμορφώνεται ή ότι η θεραπεία δεν προχωρά, αλλά χρειάζεται να συνεκτιμάται με την όλη εικόνα.
 - 1.2. Τα αποτελέσματα του ελέγχου των ούρων ουδέποτε χρησιμοποιούνται για να τιμωρηθεί ο ασθενής ούτε επιτρέπεται να αποτελούν από μόνα τους επαρκή λόγο αποβολής από το πρόγραμμα. Το αυτό ισχύει και για τον έλεγχο της αναπνοής ή άλλον έλεγχο που ενδέχεται να υιοθετηθεί στο μέλλον (εξέταση σιέλου ή τριχών)
2. **Συχνότητα- επιλογή:** Ο κάθε ασθενής χρειάζεται να ελέγχεται τακτικά κατά την έναρξη της θεραπείας.
 - 2.1. Στην αρχή της θεραπείας ο έλεγχος είναι μία φορά την εβδομάδα για τους πρώτους μήνες. Στη συνέχεια μπορεί να αραιώνει, ανάλογα με την πορεία του (η απόφαση είναι μέρος του θεραπευτικού του σχεδίου), έως άπαξ μηνιαίως.
 - 2.2. Προκειμένου για ασθενείς οι οποίοι ανευρίσκονται σταθερά αρνητικοί (ιδίως στη Φάση Ιατρικής Συντήρησης) ή, αντιθέτως, σταθερά θετικοί κατά τους επί μακρόν αλλεπάλληλους τοξικολογικούς ελέγχους, οι έλεγχοι θα μπορούσαν να αραιώσουν ακόμη περισσότερο καθώς δεν μας δίνουν νέες, αξιοποιήσιμες πληροφορίες. Ο έλεγχος μπορεί να πυκνώσει όταν υπάρξει ένα νέο θεραπευτικό συμβόλαιο, για παράδειγμα όταν ένας ασθενής δηλώσει πως θα διακόψει τη χρήση για να λάβει αυξημένες δόσεις για το σπίτι.

- 2.3. Η συλλογή των δειγμάτων είναι τυχαιοποιημένη. Ο ασθενής δεν επιτρέπεται να γνωρίζει πότε θα του ζητηθεί δείγμα, ώστε να μην προετοιμάζεται για να εξαπατήσει τον έλεγχο.
- 2.4. Ο έλεγχος των ούρων γίνεται για ουσίες κατάχρησης (ηρωίνη, κοκαΐνη, βενζοδιαζεπίνες, κάνναβη, αμφεταμίνες) καθώς και για την ουσία της υποκατάστασης (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, αναλόγως της μονάδας).
- 2.5. Ο έλεγχος για χρήση αλκοόλ ενδείκνυται να γίνεται με αλκοολόμετρο καθώς πρόκειται για νόμιμη ουσία και μας ενδιαφέρει κυρίως η πρωινή χρήση και όχι η συγκέντρωση αλκοόλης στην κύστη από την προηγούμενη νύκτα.
- 2.6. Εάν ένας ασθενής δηλώσει αιτιολογημένη αδυναμία να δώσει δείγμα ούρων κάποια ημέρα (γενικώς ενθαρρύνεται να μην το κάνει), τότε απαιτείται να το δώσει στην αμέσως επόμενη προσέλευση, πριν την χορήγηση και με αυξημένη επιτήρηση. Εάν δεν δώσει δείγμα και τη δεύτερη φορά, είτε επικαλείται συχνά το δικαίωμα αυτό (περισσότερο από 1 φορά ανά 4 ελέγχους) επιβάλλεται να επανεκτιμηθεί η φάση του προγράμματος στην οποία βρίσκεται, με επακόλουθες αλλαγές στις προσφερόμενες υπηρεσίες και τη λήψη δόσεων take-home.
- 2.7. Αν ένας ασθενής αναφέρει πως έκανε χρήση ή εμφανίζει αδιαμφισβήτητα αντικειμενικά σημεία τοξίκωσης (διαπιστωμένα από τον ιατρό του προγράμματος) τότε δεν είναι απαραίτητη η συλλογή δείγματος και αξιοποιούνται οι πληροφορίες του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης. Σε ένα μη τιμωρητικό πλαίσιο λειτουργίας το οποίο επιβάλλεται να εφαρμόζεται η αξιοπιστία της αυτοαναφοράς είναι υψηλή (Ehrman & Robbins, 1994), ενώ παρουσιάζει και μηδενικό κόστος σε σύγκριση με το υψηλότερο του τοξικολογικού ελέγχου.
- 2.8. Προκειμένου να γίνεται λογική χρήση της δυνατότητας τοξικολογικού ελέγχου (που χαρακτηρίζεται από κακή σχέση κόστους/αποτελέσματος, ιδίως όταν δεν αξιοποιούνται κλινικά οι πληροφορίες), τα οπιοειδή και οι βενζοδιαζεπίνες απαιτείται να ελέγχονται συχνότερα από τη βουπρενορφίνη, τη μεθαδόνη, την κοκαΐνη, την κάνναβη και τις αμφεταμίνες. Έτσι η πρώτη ομάδα ουσιών ελέγχεται με δοκιμασίες ρουτίνας και η δεύτερη στοχευμένα και κατά παραγγελία (στη φάση εισαγωγής, τυχαιοποιημένα κάθε 1-3 μήνες και όταν υπάρχουν κλινικές υποψίες για ορισμένους ασθενείς).
3. **Διαδικασία:** Η συλλογή ούρων γίνεται υπό επιτήρηση (μέσω κλειστού κυκλώματος ή και με άμεση παρατήρηση από νοσηλεύτη του ιδίου φύλλου με τον ασθενή), αλλά σε ένα ανθρώπινο και ασφαλές πλαίσιο. Οπτική παρατήρηση μπορούν να κάνουν μόνο οι ιατροί και οι νοσηλεύτες της μονάδας. Κάθε άλλο άτομο απαγορεύεται αυστηρά να παρακολουθεί άμεσα ή έμμεσα την διαδικασία της ουροληψίας (άλλα άτομα όμως μπορεί να είναι παρόντες όταν δίδεται άλλο βιολογικό υλικό, όπως σίελος ή εκπνεόμενος αέρας). Χρειάζεται να ασκείται ιδιαίτερη φροντίδα για την

καθαριότητα των χώρων και την ενημέρωση των ασθενών από την αρχή για τη διαδικασία, με σεβασμό του απορρήτου και της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας. Η αξιοπιστία του ελέγχου επιχειρείται μέσω:

- 3.1. Οπτικής επιτήρησης της διαδικασίας συλλογής για ελαχιστοποίηση της δυνατότητας εξαπάτησης και χορήγησης ψευδώς αρνητικού δείγματος (χορηγώντας ούρα άλλου ατόμου, αραιώνοντας το διάλυμα ή προσθέτοντας κάποια άλλη ουσία- διαδικασία γνωστή ως «μασκάρισμα»).
- 3.2. Ελέγχου της θερμοκρασίας του δείγματος, αμέσως μετά τη συλλογή (πρέπει να είναι περίπου 36-37°)
- 3.3. Πλύσιμο των χεριών τους πριν και μετά τη διαδικασία, προκειμένου να μη μολυνθεί το δείγμα από κατάλοιπα στα χέρια, ιδίως όταν ο ασθενής διαμένει με ενεργό χρήστη ουσιών.
- 3.4. Μη παροχή ζεστού νερού στην τουαλέτα, προκειμένου να μην χρησιμοποιηθεί για να θερμάνει ένα παλαιότερο δείγμα.
4. **Το φαινόμενο της εξαπάτησης:** Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς δεν προσπαθούν τόσο συχνά να εξαπατήσουν κατά τον τοξικολογικό έλεγχο όταν τους καταστεί σαφές ότι:
 - 4.1. το αποτέλεσμα δεν θα χρησιμοποιηθεί τιμωρητικά (πχ για μείωση της δοσολογίας του υποκατάστατου ή απομάκρυνση)
 - 4.2. αποφάσεις που θα επηρεάσουν τη ζωή τους (πέρασμα σε άλλη φάση, απομάκρυνση από το πρόγραμμα), δεν πρόκειται να βασιστούν μόνο στον τοξικολογικό έλεγχο.
5. **Εξασφάλιση του εμπιστευτικού χαρακτήρα των πληροφοριών:** Στα αποτελέσματα των ελέγχων ούρων έχουν πρόσβαση μόνο τα μέλη του προσωπικού που ασχολούνται με την παρακολούθηση/ εκτίμηση της πορείας του ασθενή. Εκτυπώσεις με αποτελέσματα επιβάλλεται να καταστρέφονται προσεκτικά προτού απορριφθούν.
6. **Ιατρικά προβλήματα που παρεμποδίζουν τον έλεγχο:** Χρειάζεται ιδιαίτερη μέριμνα για τους ασθενείς που δυσκολεύονται να δώσουν δείγμα ούρων λόγω ιατρικών προβλημάτων που επηρεάζουν την ούρηση (π.χ. νεφρική ανεπάρκεια, νευρολογικές διαταραχές). Το προσωπικό απαιτείται να λάβει σοβαρά υπόψη τις καταστάσεις αυτές και να διευκολύνει τους ασθενείς, ή να αναζητήσει εναλλακτικούς τρόπους εκτίμησης της πορείας της θεραπείας.
 - 6.1. Μια ειδική περίπτωση αποτελεί το «*Σύνδρομο ντροπαλής κύστης*,» το οποίο αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς στα πλαίσια μιας καλής θεραπευτικής σχέσης.
 - 6.2. Επιβάλλεται να αποθαρρύνεται η κατάχρηση διουρητικών (συνήθως φουροσεμίδη) που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να δώσουν γρήγορα το ζητούμενο δείγμα (με το επιπρόσθετο «όφελος» πως θα είναι και αραιωμένο).
7. **Εκτίμηση των αποτελεσμάτων:**

- 7.1. Πολλές ουσίες (φαρμακευτικά σκευάσματα και άλλες) μπορούν να επηρεάσουν τον έλεγχο, δίνοντας ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Υπάρχει, ως εκ τούτου, ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- 7.2. Τα σημεία αποκοπής ενός θετικού δείγματος δίδονται από την εταιρία του σχετικού εξοπλισμού. Τα χρονικά περιθώρια ανίχνευσης επίσης. Σε καμμία περίπτωση επιτρέπεται να λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με την πορεία ενός ασθενή, βασισμένες σε αποτελέσματα κάτω από τα όρια αποκοπής (που ορισμένες φορές θεωρούνται αυθαιρέτως «ίχνη» ουσιών).
- 7.3. Χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή ώστε ο τοξικολογικός έλεγχος να διενεργείται αποκλειστικά για την συλλογή αξιοποιήσιμων κλινικών πληροφοριών. Το προσωπικό επιβάλλεται να προσπαθεί να καταστείλει τα όποια τυχόντα ελεγκτικά ανακλαστικά μπορεί να διαθέτει και να χειρίζεται τις δυνατότητες τοξικολογικού ελέγχου με πνεύμα πρακτικότητας, οικονομίας και υπευθυνότητας.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΣΤ΄. Οι Δόσεις για το Σπίτι (Take-Home)

Πρόκειται για δόσεις του φαρμάκου υποκατάστασης οι οποίες χορηγούνται χωρίς επιτήρηση, σε όλες τις φάσεις της θεραπείας πριν από την φάση της Ιατρικής Συντήρησης. Όταν χορηγούνται δόσεις για μη επιτηρούμενη χορήγηση κατά τη Φάση Ιατρικής Συντήρησης χρησιμοποιείται ο όρος «συνταγογράφηση». Η χορήγηση δόσεων για το σπίτι αποτελεί ένα φλέγον και πολύπλοκο θέμα και το σημείο στο οποίο οι θεραπευτικές δομές διαφοροποιούνται ίσως περισσότερο από κάθε άλλο.

Οι ουσίες υποκατάστασης χρησιμεύουν για την φαρμακευτική θεραπεία της εξάρτησης. Ως φαρμακευτικές αγωγές, είναι απολύτως επιβεβλημένο να χορηγούνται καθημερινά (ή με το εγκατεστημένο για κάθε ασθενή σχήμα στην περίπτωση της βουπρενορφίνης) προκειμένου να μην ανακύψουν συμπτώματα στέρησης και χρήση οπιοειδών. Από την άλλη πλευρά υπάρχει η δυνατότητα κατάχρησής τους και κοστολογούνται στην παράνομη αγορά ακριβότερα από τα συνήθη οπιοειδή, βάζοντας σε πειρασμό τους ασθενείς με περιορισμένους οικονομικούς πόρους, οι οποίοι αποτελούν και την συντριπτική πλειοψηφία. Η κλινική απόφαση για χορήγηση δόσεων take home είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτείται να εξετάζεται πολύπλευρα. Σε καμμία περίπτωση ενδείκνυται να ληφθεί ακολουθώντας ένα απλοϊκό και ισοπεδωτικό σχεδιάγραμμα χάριν ευκολίας.

Η μη επιτηρούμενη χορήγηση των φαρμάκων υποκατάστασης (Φάση Ιατρικής Συνταγογράφησης και χορήγηση δόσεων για το σπίτι) μπορεί να αντιμετωπίζεται από τις Διεπιστημονικές Ομάδες ως:

1. Μέσο επιβράβευσης μιας καλής θεραπευτικής πορείας και έκφραση εμπιστοσύνης του προγράμματος, ως εκ τούτου και θεραπευτικός στόχος, επί
 - 1.1. μείωσης ή και εξάλειψης της παράλληλης χρήσης
 - 1.2. βελτίωσης της εν γένει υγείας
 - 1.3. βελτίωσης της συμπεριφοράς
 - 1.4. συμμετοχής σε διαδικασίες ψυχοκοινωνικής στήριξης
2. Μέσο διατήρησης-συνέχισης της θεραπευτικής προσπάθειας μέσω αύξησης της αυτονομίας (μείωση επισκέψεων στο πρόγραμμα) και της ικανότητας ανταπόκρισης στις φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως είναι
 - 2.1. η εργασία

- 2.2. η αναζήτηση εργασίας
- 2.3. οι οικογενειακές υποχρεώσεις
- 2.4. ο απομακρυσμένος τόπος κατοικίας
- 2.5. οι παραστάσεις σε δημόσιες υπηρεσίες, δικαστήρια, πρόνοια
- 2.6. άλλες δημιουργικές ενασχολήσεις
- 2.7. η συνέχιση της θεραπείας όταν υπάρχουν κινητικές ή άλλες αναπηρίες
3. Στόχος της θεραπευτικής προσπάθειας για πληθυσμούς που έχουν σημειώσει πρόοδο, προκειμένου να:
 - 3.1. μειώνεται η έκθεση στους λιγότερο σταθερούς ασθενείς του προγράμματος
 - 3.2. διάγουν μια πιο φυσιολογική ζωή
4. Λειτουργικός πόρος της Μονάδας Ολοκληρωμένης Θεραπείας, προκειμένου να
 - 4.1. ελαττώνεται η ημερήσια προσέλευση ασθενών και η όχληση του περιβάλλοντος χώρου (νοσοκομεία, γειτονιές)
 - 4.2. αντιμετωπίζεται το πρόβλημα μη λειτουργίας κατά τα Σαββατοκύριακα (μονάδες βουπρενορφίνης) και τις αργίες
 - 4.3. αποφεύγεται η καταστρατήγηση του προγράμματος ατομικών συνεδριών από κολλώδεις ασθενείς (κατάχρηση υπηρεσιών)

Ωστόσο, τα αυξημένα προνόμια take-home μπορεί να ενέχουν τους εξής κινδύνους:

1. υπερδοσολογία (μεθαδόνη κυρίως)
2. ενέσιμη χρήση (βουπρενορφίνη κυρίως)
3. διάθεση σε αδιάγνωστα άτομα (φίλοι, συγγενείς, αγοραστές)
4. χορήγηση σε παιδιά και άλλα άτομα χωρίς ανοχή στα οπιοειδή (από ανεπαρκή φύλαξη)
5. πώληση στο εσωτερικό και το εξωτερικό (παράνομη δραστηριότητα και μείωση του κινήτρου να εργαστεί ο ασθενής)
6. υποτροπή (εφόσον πωληθεί ή ανταλλαχθεί με άλλα παράνομα οπιοειδή)

Βέβαια, οι δόσεις που καταλήγουν στην παράνομη αγορά χρησιμοποιούνται τελικά από εξαρτημένους χρήστες οπιοειδών και η κλινική μας εμπειρία είναι η εξής: πολλά άτομα τα οποία δεν έχουν πρόσβαση στα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ (λόγω του καταλόγου αναμονής ή αποφυγής του στιγματισμού της υποκατάστασης) αγοράζουν μεθαδόνη και βουπρενορφίνη για να επιχειρήσουν μια αποτοξίνωση από την ηρωίνη. Ακόμη, ασθενείς που δεν δικαιούνται δόση για το σπίτι συχνά αγοράζουν ουσίες υποκατάστασης προκειμένου να απουσιάσουν ορισμένες ημέρες από το πρόγραμμα χωρίς να κάνουν υποτροπή στη χρήση οπιοειδών. Η διαθεσιμότητα των φαρμάκων υποκατάστασης μπορεί να ευνοεί την αυτοδιαχείριση της εξάρτησης με τον

τρόπο αυτό. Αυξημένη διαθεσιμότητα σημαίνει καλύτερη ποιότητα (μικρότερη αραίωση της μεθαδόνης) και χαμηλότερη τιμή (ώστε τα φάρμακα της υποκατάστασης να είναι ανταγωνιστικά της ηρωίνης). Σε κάθε περίπτωση απαιτείται νομοθετική υποστήριξη και μια θαρραλέα πολιτική απόφαση προκειμένου να επιτραπεί η χορήγηση δόσεων για το σπίτι ακόμη και για ασθενείς που δεν πληρούν τα αυστηρά κριτήρια τα οποία παραθέτουμε σε αυτήν την ενότητα, χωρίς να αμεληθεί η εντατική εκπαίδευση των εξυπηρετούμενων από τον ΟΚΑΝΑ αλλά και των υπόλοιπων εξαρτημένων (μέσω προσέγγισης από το Streetwork, ακόμη και μέσω χρήσης των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας) για την σωστή και ασφαλή χρήση των φαρμάκων υποκατάστασης. Πρόκειται για μια αλλαγή πολιτικής που χρειάζεται να εξετάσει σοβαρά η πολιτεία και η κοινωνία προκειμένου να ανταποκριθεί στις σύγχρονες προκλήσεις της εξάπλωσης των οπιοειδών και της λοίμωξης από HIV.

Είναι σαφές πως, υπό το υφιστάμενο πλαίσιο, ο κλινικός χρειάζεται να σταθμίσει προσεκτικά τα πλεονεκτήματα της χορήγησης δόσεων για το σπίτι και τα μειονεκτήματα της πιθανότητας διακίνησης ή μη ενδεδειγμένης χρήσης των φαρμάκων υποκατάστασης. Επιβάλλεται να λάβουμε υπόψη τόσο το καλό του ασθενούς, όσο και το δημόσιο συμφέρον, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο βλάβης του ασθενούς αλλά και της κοινότητας. Οι Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και οι υπόλοιπες δομές στις οποίες το Ελληνικό Κράτος έχει εμπιστευτεί τη διαχείριση των φαρμάκων υποκατάστασης, υπόκεινται σε αυστηρό δημόσιο έλεγχο. Αν μία δομή δίνει τα προνόμια του take-home σε ανεύθυνους ασθενείς, και αυτοί οι ασθενείς, τα μέλη των οικογενειών τους, ή άλλοι στην κοινότητα βλάπτονται, οι λειτουργίες της δομής ενδέχεται να περιοριστούν ή ακόμη και να κλείσει η δομή, με τη διάθεση των φαρμάκων υποκατάστασης του take home να είναι ένας σημαντικός πόλος έλξης χρηστών ουσιών έξω από τις μονάδες, με επακόλουθο την αμαύρωση της εικόνας τους στην κοινή γνώμη. Όταν ένα πρόγραμμα κλείνει τις πόρτες του, οι ασθενείς του, το προσωπικό και τελικά και η κοινωνία βλάπτονται. Επομένως, είναι σημαντικό να εξεταστεί προσεκτικά η συμπεριφορά ενός ασθενή και όχι μόνο ο χρόνος στη θεραπεία προκειμένου να επιτραπεί το take-home.

Οι πρόσφατες εξελίξεις με την ίδρυση πολλών νέων μονάδων μικρότερης εν γένει δυναμικότητας είχε δύο θετικά επακόλουθα. Από τη μία πλευρά μειώθηκε σημαντικά ο πληθυσμός που συγκεντρώνεται έξω από τις νέες μονάδες, ενώ από την άλλη, οι περισσότεροι ασθενείς πλέον μένουν ή εργάζονται κοντά στην οποία ανήκουν. Επιπλέον δόθηκε η δυνατότητα προσωρινής χορήγησης, κατόπιν συνεννόησης, σε μια άλλη μονάδα η οποία βρίσκεται κοντά στην περιοχή την οποία ο ασθενής χρειάζεται να επισκεφθεί για κάποια υποχρέωση (δικαστήριο, παράσταση σε δημόσια υπηρεσία). Ακόμη, δόθηκε η δυνατότητα χορήγησης τοπικά σε κάποιο νοσοκομείο όπου

νοσηλεύονται ορισμένοι ασθενείς, εφόσον στο νοσοκομείο αυτό λειτουργεί δομή του ΟΚΑΝΑ που διαθέτει την ίδια ουσία υποκατάστασης. Όλα αυτά δίνουν την δυνατότητα να γίνει περισσότερο ορθολογική σήμερα η χορήγηση δόσεων take home. Ωστόσο η αυξημένη χορήγηση δόσεων για το σπίτι θα αποσυμφορήσει τους κλινικούς, επιτρέποντας την εξυπηρέτηση περισσότερων ασθενών από τις υφιστάμενες μονάδες χωρίς αύξηση του εργασιακού φόρτου. Η επέκταση της χορήγησης δόσεων για το σπίτι είναι μια δύσκολη στρατηγική και πολιτική απόφαση που αφορά την πολιτεία και την διοίκηση του οργανισμού.

Σε τοπικό επίπεδο και ακολουθώντας το υφιστάμενο πλαίσιο, η απόφαση για χορήγηση δόσεων για το σπίτι σε έναν συγκεκριμένο ασθενή βαρύνει τον ιατρό της Μονάδος, ο οποίος υπογράφει άλλωστε και τα σχετικά έγγραφα. Κάθε τέτοια απόφαση όμως προϋποθέτει ενεργό συμμετοχή της Διεπιστημονικής Ομάδας στα πλαίσια μιας εξατομικευμένης προσέγγισης.

Λαμβάνοντας αυτά υπόψη και προς το παρόν, προτείνεται (ως γενικός κανόνας που επιδέχεται εξαιρέσεις) κάθε ασθενής σε μονάδα υποκατάστασης να μπορεί να πάρει take-home σε περίπτωση που η μονάδα παραμένει κλειστή σε αργίες ή Σαββατοκύριακα. Εκτός αυτών των δόσεων, το take-home μπορεί να δοθεί σε κάθε ασθενή με απόφαση του θεράποντα ιατρού και μετά την εισήγηση του προσώπου αναφοράς, όταν πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

1. Ολοκλήρωση της φάσης εισαγωγής
2. Απουσία πρόσφατης χρήσης ουσιών και κατάχρησης αλκοόλ
3. Κανονική παρακολούθηση του προγράμματος.
4. Απουσία προβλημάτων συμπεριφοράς.
5. Απουσία παραβατικής δραστηριότητας.
6. Σταθερό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.
7. Επαρκής χρόνος ολοκληρωμένης θεραπείας συντήρησης.
8. Διαβεβαίωση ικανότητας ορθού χειρισμού και ασφαλούς φύλαξης του φαρμάκου.
9. Στάθμιση των πλεονεκτημάτων της μειωμένης καθημερινής προσέλευσης έναντι των μειονεκτημάτων του πιθανού κινδύνου της διάθεσης του υποκαταστάτου σε τρίτους.

Όταν μια μονάδα βουπρενορφίνης είναι κλειστή κατά τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες αλλά ο ασθενής δεν πληροί τα άνωθεν κριτήρια, τότε εξετάζεται η δυνατότητα χορήγησης τριπλής ή διπλής δόσης βουπρενορφίνης, είτε περιορίζεται η δόση σε αυτή της Κυριακής με χορήγηση διπλής δόσης για την Κυριακή. Όταν η αργία είναι τετραήμερη, παρομοίως, γίνεται προσπάθεια να χορηγηθούν οι ελάχιστες δόσεις για το σπίτι σε

ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια, ιδίως όταν αυτοί κάνουν συνεχή παράλληλη χρήση οπιοειδών.

Όταν πληρούνται τα παραπάνω κριτήρια προτείνεται να χορηγούνται δόσεις take-home οι οποίες θα αυξάνονται προοδευτικά. Ενδεικτικά και μόνο παρατίθεται ένα παράδειγμα το οποίο δεν είναι σωστό να γενικευτεί και να καταστρατηγήσει την συσχέτιση με τη φάση της θεραπείας –η οποία περιγράφεται αμέσως μετά- ούτε τον κανόνα της εξατομίκευσης:

A. Πρώτες 60 ημέρες (μήνες 1 έως 2): μία ημερήσια δόση take-home την εβδομάδα

B. Επόμενες 60 ημέρες (μήνες 3 έως 4): δύο ημερήσιες δόσεις take-home την εβδομάδα

Γ. Επόμενες 60 ημέρες (μήνες 5 έως 6): τρεις ημερήσιες δόσεις take-home την εβδομάδα

Δ. Επόμενοι μήνες (έως τον μήνα 12): πέντε ημερήσιες δόσεις take-home την εβδομάδα (όλες μαζί ή μοιρασμένες)

E. Μετά ένα χρόνο συνεχούς θεραπείας: δέκα ημερήσιες δόσεις take-home (μοιρασμένες)

ΣΤ. Μετά δύο χρόνια συνεχούς θεραπείας και προκειμένου για τη βουπρενορφίνη: μηνιαία δόση take-home (μπορεί να απαιτείται ακόμα μία επίσκεψη ανά μήνα στο Πρόγραμμα με τη μορφή του call back).

Όταν τα κριτήρια αυτά δεν πληρούνται, ή πληρούνται μερικώς, είναι δυνατή η περιστασιακή χορήγηση δόσεων προκειμένου να εξασφαλιστεί η συνέχεια της θεραπείας σε έκτακτες καταστάσεις ή στα πλαίσια μιας διαδικασίας διαχείρισης ευκαιριών (Contingency Management) σύμφωνα με ένα θεραπευτικό σχέδιο για τον ασθενή.

Σε έκτακτες ή απρόβλεπτες καταστάσεις, όπως προσωπικές ή οικογενειακές κρίσεις, θάνατος συγγενών, ιατρικές, οικογενειακές ή επαγγελματικές δυσκολίες, μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση take-home ή η εξασφάλιση των δόσεων του υποκατάστατου με άλλους τρόπους (παραπομπή σε άλλο πρόγραμμα, μεταφορά στο σπίτι, στο νοσοκομείο ή αλλού). Το προσωπικό του προγράμματος οφείλει να ενημερώνει τους ασθενείς πότε μπορούν να λάβουν έκτακτο take-home ή δόσεις στο σπίτι και το νοσοκομείο, καθώς και να έρχεται σε επαφή με άλλα προγράμματα σε περίπτωση ταξιδιού. Επίσης, ο θεραπευτής μπορεί, αν το κρίνει απαραίτητο, να ζητήσει από τον ασθενή να προσκομίσει αντίστοιχα αποδεικτικά που να δικαιολογούν τη χορήγηση έκτακτου take-home.

Συσχέτιση των δόσεων για το σπίτι με την φάση της θεραπείας:

Για πρακτικούς αλλά και θεραπευτικούς λόγους ίσως είναι χρήσιμο να συσχετιστεί η χορήγηση δόσεων για το σπίτι με τις διάφορες φάσεις της

θεραπείας, καθώς μπορεί έτσι να χρησιμοποιηθεί ως κίνητρο για πρόοδο των ασθενών και η λειτουργία των φάσεων ως ορόσημα επιβράβευσης μπορεί να ενισχυθεί. Εφόσον πληρούνται τα κριτήρια που έχουν ήδη αναφερθεί και τηρηθεί ο κανόνας της εξατομίκευσης, οι δοσολογίες για το σπίτι θα μπορούσαν να κωδικοποιηθούν ως εξής:

Φάση Εισαγωγής:

- Δεν χορηγούνται δόσεις για το σπίτι, εκτός δικαιολογημένων περιπτώσεων και για αποφυγή πρώιμης χορήγησης τριήμερης δοσολογίας βουπρενορφίνης

Φάση Αποκατάστασης:

- **Στόχοι**
 - Ως επιβράβευση της μέχρι τούδε θεραπευτικής προσπάθειας
 - Ως διευκόλυνση για τη συνέχιση της θεραπευτικής προσπάθειας (π.χ. νοσηλευόμενους ή κλινήρεις ασθενείς, μακρινή απόσταση διαμονής, εργασία)
- **Δόσεις:**
 - Το ύψος της δόσης παραμένει το ιατρικώς ενδεδειγμένο
 - Ο αριθμός μη επιτηρούμενων χορηγήσεων αποφασίζεται από τον γιατρό σε συνεργασία με την Διεπιστημονική Ομάδα με στόχο να καλύπτει κατά το δυνατό τις διαπιστωμένες ανάγκες, αλλά και να μην αποδυναμώνει την ελκυστικότητα της μετάβασης σε επόμενη φάση
 - Απαιτείται επίσης να εξαρτάται και από τον χρόνο παραμονής του κάθε ασθενούς στη φάση αποκατάστασης, σύμφωνα με τη λογική του προαναφερθέντος παραδείγματος

Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας:

- Αύξηση κυρίως των ομαδοποιημένων ημερών μη επιτηρούμενης χορήγησης έως και την μία εβδομάδα ανά μήνα, ως προετοιμασία και δοκιμή για την συνταγογράφηση. Σε αυτήν τη φάση χρειάζεται το take home:
 - Να μπορεί να επιβραβεύσει
 - Να μπορεί να καλύψει διαπιστωμένες ανάγκες που θα μπορούσαν να διακόψουν τη θεραπευτική προσπάθεια.
 - Να λειτουργεί ως γενική πρόβα της συνταγογράφησης.
 - Να μην αποδυναμώνει το κίνητρο για ιατρική απόσυρση (η απόφαση για την οποία απαιτείται να είναι πάντοτε εθελοντική και χωρίς πίεση)

Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης:

- Πρόκειται για φάση με αυξημένη ανάγκη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και επιτήρησης της πορείας του ασθενούς. Το Take home θα πρέπει να εξυπηρετεί κυρίως αυτές τις αναγκαιότητες και ταυτοχρόνως να μην δίνει την αίσθηση μιας οπισθοδρόμησης στον ασθενή.
- Το ύψος των χορηγούμενων δόσεων και το μεσοδιάστημα των μη επιτηρούμενων χορηγήσεων χρειάζεται να αποτελούν αντικείμενο συζητήσεων ανάμεσα στον ασθενή, τον ιατρό και το πρόσωπο αναφοράς ή τη Διεπιστημονική Ομάδα

Φάση Ιατρικής Συντήρησης:

- Εδώ είναι αναγκαίο να καθοριστούν κριτήρια διακοπής που ασφαλώς δεν θα απλουστεύονται σε μόνο μία θετική ουροληψία. Απαιτείται να συνεκτιμάται η συνολική θεραπευτική πορεία του ασθενούς καθώς και οι επιπτώσεις της θεραπευτικής οπισθοδρόμησης
- Η εργαστηριακή (με τοξικολογικό έλεγχο) ή η κλινική διαπίστωση κατάχρησης ουσιών μπορούν να αξιοποιηθούν ως εξής
 - η πρώτη διαπίστωση κινητοποιεί την θεραπευτική ομάδα για έλεγχο της θεραπευτικής πορείας του ασθενούς, συζήτηση μαζί του και προειδοποίηση για διακοπή της συνταγογράφησης σε περίπτωση επανάληψης, ενώ ορίζεται και ο επόμενος τοξικολογικός έλεγχος
 - Η δεύτερη συνεχόμενη διαπίστωση οδηγεί σε νέα θεραπευτική συνάντηση με τον ασθενή, μείωση του χρόνου συνταγογράφησης (π.χ. από κάθε 2 εβδομάδες, σε 1) και παραμονή σε αυτούς τους χρόνους έως ότου και εάν σταθεροποιηθεί εκ νέου η αποχή
 - Στην τρίτη συνεχόμενη διαπίστωση ή σε συχνές επαναλήψεις μίας ή δύο διαπιστώσεων ο ασθενής μετακινείται σε προηγούμενη φάση αναλόγως των επίκαιρων θεραπευτικών του αναγκών

Ειδικές κλινικές καταστάσεις και χορήγηση δόσεων για το σπίτι:

Για τον καθορισμό της δυνατότητας take-home πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν η ύπαρξη και η σοβαρότητα συνοδών διαταραχών. Σε ασθενείς με σύνοδες διαταραχές που εμποδίζουν τη μετακίνηση ίσως είναι αναγκαίος ο περιορισμός της καθημερινής προσέλευσης έως ότου βελτιωθεί η υγεία τους, οπότε μπορεί να χορηγείται take-home χωρίς τους παραπάνω αυστηρούς περιορισμούς. Σε ειδικές περιπτώσεις τη δόση μπορεί να παραλάβει συγγενής ή σημαντικός άλλος ο οποίος να μην είναι ενεργός χρήστης ουσιών και απαραίτητως με την σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και αυστηρή ταυτοποίηση στοιχείων. Το ίδιο μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις που ο ασθενής κρατείται και δεν είναι δυνατή η προσέλευση στο πρόγραμμα, οπότε τις δόσεις λαμβάνει αστυνομικός του οποίου τα στοιχεία καταγράφονται.

Το take-home καλό είναι να αποφεύγεται όταν ο ασθενής μπαίνει σε θεραπεία με ριφαμπικίνη, με αντιρετροϊκά φάρμακα ή φαινυτοΐνη, επειδή τα φάρμακα αυτά αλληλεπιδρούν με τα οπιοειδή υποκατάστατα και χρειάζεται προσαρμογή της δοσολογίας. Το take-home ενδείκνυται να αποφεύγεται έως ότου ο ασθενής σταθεροποιηθεί στη νέα δοσολογία του υποκατάστατου και ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι ανεπιθύμητων ενεργειών.

Οι μοιρασμένες δόσεις: Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν το φαινόμενο ταχέως μεταβολισμού του φαρμάκου (ιδίως της μεθαδόνης). Στον πληθυσμό αυτό συχνά προστίθενται και οι γυναίκες σε φάση εγκυμοσύνης. Αποτελεί κλινική απόφαση του υπεύθυνου ιατρού η χορήγηση μοιρασμένων δόσεων (split doses) για ένα ορισμένο ή και αόριστο χρονικό διάστημα, ακόμη και αν ο ασθενής δεν απέχει αρχικά από τα οπιοειδή, αρκεί να αποδειχθεί πως η πρακτική αυτή σε δοκιμαστική εφαρμογή τον βοηθά να δώσει αρνητικά δείγματα ούρων. Η δόση μπορεί να μοιραστεί σε διάφορες αναλογίες (από 50-50 έως και 75-25) και η δόση για το σπίτι συνιστάται να χρησιμοποιηθεί το βράδυ της ίδιας ημέρας επί εμφανίσεως στερεοτικού συνδρόμου, είτε το πρωί της επομένης, ειδικά για ασθενείς που πρέπει να κάνουν ένα μακρύ ταξίδι μέχρι τη μονάδα και αναγκάζονται να κάνουν πρωινή χρήση οπιοειδών ώστε να «λειτουργήσουν φυσιολογικά». Μοιρασμένη δόση μπορεί να χρησιμεύσει και για την Κυριακή σε ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν 3ήμερη διάρκεια των επιδράσεων της βουπρενορφίνης. Σε κάθε περίπτωση, αν το μέτρο αποδειχθεί πως δεν τροποποιεί την συμπεριφορά χρήσης οπιοειδών, ή γίνεται εξωθεραπευτική κατάχρηση, τότε χρειάζεται να επανεξετάζεται και να διακόπτεται προκειμένου να δοκιμασθούν άλλες παρεμβάσεις. Στον ΟΚΑΝΑ γίνεται ελάχιστη αξιοποίηση των μοιρασμένων δόσεων για το σπίτι και αυτή χρειάζεται να ενθαρρυνθεί καθώς είναι ιδιαίτερα σωστή και χρήσιμη σε κλινικό επίπεδο.

Έλεγχος παράνομης διάθεσης: Με την ισχύουσα φιλοσοφία (και έχοντας υπόψη τις εναλλακτικές οπτικές που προαναφέρθηκαν), η χορήγηση take-home δεν μπορεί να γίνεται σε ασθενείς που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών ή κατάχρηση συνταγογραφούμενων ουσιών. Κάτω από την επίδραση αυτών των ουσιών οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να φυλάξουν τις δόσεις του take-home ή να τις χρησιμοποιήσουν σωστά, ενώ εγείρονται υποψίες ανταλλαγής των δόσεων με άλλα ναρκωτικά ή πώλησης των δόσεων. Ειδικά όταν ο ασθενής κάνει χρήση οπιοειδών, είναι εύλογο να αποφεύγει την λήψη των δόσεων προκειμένου να μη έχει τις ανεπιθύμητες γι αυτόν, επιδράσεις του narcotic blockade. Οι υποψίες μεγαλώνουν όταν ο ασθενής δεν λαμβάνει σωστά το φάρμακο κατά την επιτηρούμενη χορήγηση (φτύνει τη μεθαδόνη, φτύνει ή καταπίνει τη βουπρενορφίνη, φεύγει πρόωρα από τη χορήγηση με το στόμα γεμάτο και χωρίς να μιλήσει).

Οι ασθενείς που εμφανίζονται σε τοξίκωση, που επιδεικνύουν επιθετική ή σοβαρά διαταραγμένη συμπεριφορά, είτε εμπλέκονται σε ενεργό εγκληματική συμπεριφορά, δεν μπορούν να θεωρηθούν υποψήφιοι για αγωγή take-home. Οι συνθήκες διαβίωσής τους είναι επίσης σημαντικές για την ασφάλεια και την αποθήκευση της αγωγής. Όπου οι κοινωνικές συνθήκες είναι ασταθείς, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος οι δόσεις take-home να μη διασφαλιστούν επαρκώς από την παράνομη διακίνηση ή την τυχαία χρήση (π.χ. από παιδιά). Αν οι ασθενείς με προνόμια take-home παρουσιάσουν αλλαγή στην πνευματική τους ικανότητα, όπως στην περίπτωση άνοιας, συχνή απώλεια συνείδησης, συγχυτικά επεισόδια ή ψευδαισθητικές καταστάσεις, τότε τα προνόμια take-home επιβάλλεται να επανεκτιμούνται.

Σε όλους τους ασθενείς απαιτείται να δίδονται οδηγίες για την ασφαλή φύλαξη του υποκαταστάτου σε κλειδωμένο ντουλάπι ή άλλο χώρο, μακριά από τροφές και φάρμακα και έξω από τη δυνατότητα των παιδιών να έχουν πρόσβαση σε αυτά. Το υδατικό διάλυμα της μεθαδόνης είναι σταθερό και δεν χρειάζεται ψυγείο.

Αν και δεν υπάρχουν δεδομένα τα οποία να επιβάλουν περιορισμούς στις ανώτατες δόσεις για το σπίτι που μπορεί να λάβει κάποιος ασθενής και είναι ηθικά και ιατρικά απαράδεκτο να ελαττώνεται η δόση προκειμένου κάποιος να μπορεί να λάβει δόσεις για περισσότερες ημέρες, η θέσπιση ανωτέρων συνολικών δοσολογιών ίσως να έχει κάποια επίδραση στην διαθεσιμότητα των φαρμάκων υποκατάστασης στην παράνομη αγορά. Η θέσπιση ανώτατων δοσολογιών έχει σημασία κατεξοχήν για τις φάσεις Υποστηρικτικής Φροντίδας και Ιατρικής Συντήρησης. Στις φάσεις αυτές ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών λαμβάνει χαμηλή δοσολογία, αλλά όχι όλοι (πχ εκείνοι που μεταβολίζουν γρήγορα τη μεθαδόνη- high metabolizes) και αυτό χρειάζεται να ληφθεί υπόψη. Σημαντικό είναι οι ασθενείς που λαμβάνουν εκτεταμένες δόσεις για το σπίτι να λαμβάνουν την επαρκή δοσολογία και όχι λιγότερη, ούτε περισσότερη, ενώ απαιτείται να αξιολογούνται τακτικά για αναπροσαρμογή της δόσης, τουλάχιστον ανά τρίμηνο. Έχοντας αυτά υπόψη, συνολικές ανώτατες δόσεις μεθαδόνης 480mg ανά εβδομάδα και βουπρενορφίνης 72mg ανά εβδομάδα θα μπορούσαν να προταθούν για τη φάση αποκατάστασης, ενώ για τη φάση Ιατρικής Συντήρησης 700mg ανά 2 εβδομάδες και βουπρενορφίνης 240mg ανά 4 εβδομάδες, προκειμένου για ασθενείς που πληρούν όλα τα κριτήρια και με την προϋπόθεση πως θα αναπροσαρμοστούν οι δόσεις αυτές εμπειρικά, καθώς είναι, ούτως ή άλλως, αυθαίρετες.

Έλεγχος των ασθενών που λαμβάνουν αγωγές take-home: Είναι χρήσιμο να απαιτείται από τους ασθενείς να επιστρέψουν στην επόμενη επίσκεψή τους στο Πρόγραμμα μετά το take-home όλες τις άδειες συσκευασίες της δοσολογίας τους. Τα μέλη του προσωπικού που

παραλαμβάνουν τις συσκευασίες θα πρέπει να τις εξετάζουν για να διασφαλίζουν ότι προέρχονται από τον εμφανιζόμενο ασθενή κατά τη διάρκεια της κατάλληλης περιόδου. Προκειμένου να είναι αυτό εφικτό κρίνεται σκόπιμο να προμηθευτούν οι Μονάδες ετικετογράφους με δύσκολα αντιγραφόμενο λογότυπο, είτε να ρυθμιστεί κατάλληλα ο εκτυπωτής και ο υπολογιστής της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ώστε να τυπώνει αυτοκόλλητες ετικέτες με τα πλήρη στοιχεία του ασθενή, την περιεχόμενη δόση και την ημερομηνία για την οποία προορίζεται το φάρμακο. Σε άλλη περίπτωση οι πληροφορίες θα είναι χειρόγραφες ώστε να αναγνωρίζεται ο γραφικός χαρακτήρας του νοσηλευτή. Χρειάζεται να υπάρχουν διαδικασίες του Προγράμματος για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων ασθενών που συχνά αποτυγχάνουν να επιστρέψουν τις συσκευασίες του take-home. Το προσωπικό ενδέχεται να εξετάσει τη προσωρινή διακοπή της χορήγησης take-home για αυτούς τους ασθενείς.

Ο έλεγχος επιβάλλεται να διασφαλίζει ότι οι ασθενείς με προνόμια take-home δεν κάνουν χρήση παράνομων ουσιών και καταναλώνουν την αγωγή τους όπως τους έχει δοθεί. Αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί με τυχαίες ουροληψίες και με διεπιστημονική εκτίμηση της συνέχισης του take-home. Τα επίπεδα μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης ενδείκνυται να εξετάζονται προσεκτικά σε ασθενείς που λαμβάνουν δόσεις για το σπίτι. Όταν τα επίπεδα εμφανίζονται ασυνήθιστα χαμηλά, επιβάλλεται να διακόπτεται η χορήγηση για ορισμένες εβδομάδες και να επανεκτιμώνται. Αν κατά την επιτηρούμενη χορήγηση τα επίπεδα φαίνονται να αυξάνουν σε σχέση με την περίοδο των δόσεων take home, υπάρχουν ενδείξεις κακής χρήσης των δόσεων και η συνέχεια της χορήγησης take home θα πρέπει να επανεκτιμάται.

Οι μονάδες μπορούν να χρησιμοποιούν την διαδικασία επανάκλησης (call back) για να εξακριβώσουν τη συμμόρφωση με τους κανόνες του Προγράμματος. Κατά την επανάκληση, ο ασθενής λαμβάνει μια μη-αναμενόμενη τηλεφωνική κλήση και απαιτείται να εμφανιστεί στο Πρόγραμμα μέσα σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα (π.χ. 24 ως 36 ώρες) με όποια αγωγή του έχει δοθεί. Ο αριθμός δόσεων που απομένει πρέπει να ανταποκρίνεται στον αριθμό που αναμένεται, σύμφωνα με τη χορηγηθείσα ποσότητα. Η επανάκληση μπορεί να εφαρμόζεται επιλεκτικά και όχι σε όλους τους ασθενείς, και να εστιάζει σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, οι οποίοι έχουν δώσει δικαιώματα στα μέλη του προσωπικού του προγράμματος να θεωρούνται ως υψηλού κινδύνου ασθενείς. Ωστόσο μία επανάκληση σε όλους τους ασθενείς των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης ή των Δομών Συνταγογράφησης που λαμβάνουν εκτεταμένες δόσεις ανά εξάμηνο μπορεί να έχει διαγνωστικό και προληπτικό χαρακτήρα.

Η λογική της παροχής αγωγής take-home χρειάζεται να επανεξετάζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να τεκμηριώνεται για να καθοριστεί αν οι αρχικοί λόγοι για τη χορήγησή της εξακολουθούν να ισχύουν. Για παράδειγμα,

αν η εργασία ήταν ένας λόγος για την αγωγή take-home, θα πρέπει να επιβεβαιώνεται η συνέχιση της εργασίας του. Αν ο βασικός λόγος ήταν μια συνυπάρχουσα ιατρική διαταραχή, είναι αναγκαία μια ιατρική επανεκτίμηση για να καθοριστεί αν η κλινική κατάσταση δικαιολογεί ακόμα τη μειωμένη παρακολούθηση του Προγράμματος. Φυσικά, αν το δικαίωμα δόθηκε για επιβράβευση, επιβάλλεται να αφαιρείται προσωρινά για έναν ασθενή που επέδειξε ασύμβατη συμπεριφορά ή κάνει χρήση ουσιών. Η αφαίρεση θα πρέπει να είναι κλιμακούμενη. Αν ένας ασθενής δώσει έναν και μόνο θετικό τοξικολογικό έλεγχο κατόπιν μεγάλου διαστήματος αποχής, η διακοπή ενδείκνυται να είναι η ελάχιστη δυνατή (μία εβδομάδα) και να κλιμακωθεί σε περίπτωση επανάληψης. Η επανεξέταση της αρχικής λογικής για την αγωγή take-home είναι μια αναγκαία αλλά όχι επαρκής συνθήκη για αυξημένο έλεγχο του ασθενή. Αυτή η διαδικασία ελέγχου απαιτείται να περιλαμβάνει μια εκτίμηση για το αν υπάρχουν ιατρικοί, ψυχολογικοί ή κοινωνικοί λόγοι για να ανακληθεί αυτό το προνόμιο.

Οι μονάδες μεθαδόνης είναι απαραίτητο να παραμένουν ανοικτές για χορήγηση καθημερινά, όλη την εβδομάδα. Με αυτό τον τρόπο οι δόσεις take-home μπορούν να δίνονται μόνο σε σταθερούς ασθενείς και με ένα ιστορικό συμμόρφωσης στη θεραπεία, παρά να δίνεται σε όλους τους ασθενείς άσχετα με την πορεία τους στο Πρόγραμμα. Οι μονάδες βουπρενορφίνης μπορούν να εφαρμόζουν τις διήμερες και τριήμερες δόσεις όπου είναι εφικτό, καθώς είναι κλειστές κατά τις αργίες και τα Σαββατοκύριακα.

Η χορήγηση δόσεων για το σπίτι κατά τη Φάση Ιατρικής Συνταγογράφησης ενδέχεται να διαμορφωθεί σε ένα περισσότερο ευέλικτο πλαίσιο όταν αυτές λειτουργήσουν, προκειμένου να φέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση, η εφαρμογή του μέτρου της Ιατρικής Συνταγογράφησης θα οδηγήσει σε συλλογή εμπειρίας η οποία δεν είναι αυτήν τη στιγμή διαθέσιμη και, όταν συμβεί αυτό, η εμπειρία αυτή επιβάλλεται να αξιοποιηθεί τροποποιώντας το υφιστάμενο πλαίσιο.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Ζ΄ . Διακοπές της θεραπείας

Πολλές καταστάσεις, όπως ταξίδια σχετιζόμενα με δουλειά, κηδείες, προγραμματισμένες διακοπές και έκτακτες ανάγκες, μπορεί να απαιτούν από τους ασθενείς να απουσιάσουν από ένα Πρόγραμμα. Κάποιοι ασταθείς ασθενείς μπορεί να χάσουν κάποιες μέρες εξαιτίας χαστικών κοινωνικών συνθηκών. Τα προγράμματα χρειάζεται να έχουν πολιτικές για την αντιμετώπιση των διακοπών της θεραπείας.

Αναπηρία ή ασθένεια: Όταν μια αναπηρία ή ασθένεια εμποδίζει τους ασθενείς να προσέλθουν στη δομή, εξουσιοδοτημένο προσωπικό μπορεί να κάνει διανομή κατ' οίκον και να ακολουθήσει διαδικασίες επιτηρούμενης χορήγησης για να διασφαλίσει τη συνέχιση της θεραπείας. Το Πρόγραμμα θα πρέπει να αξιολογεί την ανάγκη για συνέχιση άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών, όπως επίσης και αγωγής, σε αυτές τις περιπτώσεις. Σε ειδικές περιπτώσεις τη δόση μπορεί να παραλάβει συγγενής ή σημαντικός άλλος ο οποίος να μην είναι ενεργός χρήστης ουσιών και απαραίτητως με την σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και αυστηρή ταυτοποίηση στοιχείων. Το ίδιο μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις που ο ασθενής κρατείται και δεν είναι δυνατή η προσέλευση στο πρόγραμμα, οπότε τις δόσεις λαμβάνει αστυνομικός του οποίου τα στοιχεία καταγράφονται.

Νοσηλεία: Τα Προγράμματα είναι υπεύθυνα για τη διασφάλιση της συνέχειας της θεραπείας όταν οι ασθενείς νοσηλεύονται για ιατρικά ή ψυχιατρικά προβλήματα. Η καλύτερη πρακτική είναι το προσωπικό της δομής να εκπαιδεύει και να είναι σε επαφή με τους νοσοκομειακούς γιατρούς του ασθενή, σχετικά με τη θεραπεία υποκατάστασης. Για παράδειγμα, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να μη γνωρίζει ότι συγκεκριμένες ουσίες, όπως οι μερικοί ή μικτοί αγωνιστές και οι ανταγωνιστές για τη διαχείριση του πόνου, επιβάλλεται να αποφεύγονται από τους ασθενείς που λαμβάνουν βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη για την εξάρτηση από οπιοειδή. Συνήθως είναι βοηθητικό να παρέχεται ψυχιατρική συμβουλευτική σε μέλη του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα για ασθενείς με συνυπάρχουσες διαταραχές. Η γραπτή συναίνεση του ασθενή είναι απαραίτητη για αυτού του είδους την επικοινωνία ανάμεσα στη δομή και το νοσοκομείο. Ωστόσο, εάν μια ιατρικά επείγουσα κατάσταση αποτελεί απειλή για την υγεία ενός ασθενούς, η μονάδα υποχρεούται να κάνει χρήση της άρσης του ιατρικού απορρήτου, ακόμα και όταν δεν υπάρχει η συναίνεση του ασθενούς. Η νοσηλεία ασθενών

που δεν έχουν τις αισθήσεις τους θέτει το θέμα της χρήσης ταυτοτήτων. Αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν το όνομα του ασθενούς, πληροφορίες επικοινωνίας με το Πρόγραμμα και μια λίστα αντενδεικνυομένων φαρμάκων.

Χαμένες δοσολογίες: Όταν χάνονται δοσολογίες, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η τρέχουσα κατάσταση του ασθενούς. Απαιτείται να ληφθεί υπόψη το εάν ένας ασθενής έχει χρησιμοποιήσει παράνομες ουσίες, εάν έχει πάρει άλλα φάρμακα, αν προμηθεύτηκε τη δόση του από την παράνομη αγορά ή από δικό του απόθεμα («καβάντζα»), εάν έχει χάσει την ανοχή του σε προηγούμενες δοσολογίες (π.χ. αν μια προηγούμενως ανεκτή δοσολογία μπορεί να χορηγηθεί) ή εάν είναι σε τοξίκωση.

1. **Μία χαμένη δοσολογία.** Για ασθενείς που χάνουν μια προγραμματισμένη χορήγηση και έρχονται στο Πρόγραμμα την επόμενη μέρα, η δοσολογία μπορεί να μην αλλάξει, και η χορήγηση να συνεχιστεί σύμφωνα με τον προηγούμενο σχεδιασμό.
2. **Απουσία 2-4 ημερών.** Συνιστάται επανεκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και διατήρηση της δοσολογίας εάν δεν συντρέχουν σοβαροί άλλοι λόγοι. Μπορεί να γίνει ελαφρά μείωση της δοσολογίας κατά την κρίση του ιατρού.
3. **Περισσότερες από πέντε χαμένες δόσεις.** Για ασθενείς που είναι εκτός θεραπείας για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα και μπορεί να έχουν χάσει την ανοχή τους στη ουσία χορήγησης, είναι ενδεδειγμένη η μείωση της δοσολογίας ή η επανασταθεροποίησή τους. Μετέπειτα, μπορεί να προγραμματιστεί σταδιακή αύξηση έως ότου επιτευχθεί η προηγούμενη δόση, επειδή η σταθερότητα είναι πιθανό να μην έχει αλλάξει σε μία εβδομάδα. Πρέπει να υπενθυμίζεται στους ασθενείς ότι μπορεί να μην αισθάνονται όπως πριν μέχρι να επιτευχθεί η σταθερή κατάσταση, και να εξισορροπηθεί η κατανομή του φαρμάκου στον οργανισμό.
4. **Μακρά διακοπή του προγράμματος υποκατάστασης.** Οι ασθενείς επιστρέφουν στη φάση εισαγωγής.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Η΄. Υποτροπές

Το φαινόμενο των υποτροπών της ουσιοεξάρτησης εμφανίζει σημαντικές ομοιότητες με άλλων διαταραχών. Ο McLellan και οι συνεργάτες του (2000) συνέκριναν βασικές πλευρές της εξάρτησης από ουσίες με αυτές τριών νόσων, του άσθματος, της υπέρτασης και του διαβήτη, οι οποίες παγκοσμίως έχουν θεωρηθεί χρόνιες και υποτροπιάζουσες, και στις οποίες η αλλαγή συμπεριφοράς είναι ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας. Βρήκαν ότι γενετικοί παράγοντες, παράγοντες προσωπικής επιλογής και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν ισάξιο ρόλο στη αιτιολογία και την πορεία αυτών των διαταραχών και ότι τα ποσοστά υποτροπής και συμμόρφωσης στην αγωγή είναι ίδια. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι, όπως με άλλες διαταραχές, η εξάρτηση από ουσίες δεν έχει μία οριστική θεραπεία, αλλά οι ασθενείς που συμμορφώνονται με τη θεραπευτική αγωγή έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Λιγότεροι από το 30% των ασθενών με άσθμα, υπέρταση ή διαβήτη τήρησαν την αγωγή της θεραπείας τους, ακολούθησαν τη δίαιτά τους ή άλλες αλλαγές για να αυξήσουν τη λειτουργικότητά τους και να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής των συμπτωμάτων τους. Κατά συνέπεια, το υπόλοιπο 50-70% των ασθενών βίωσαν συμπτώματα υποτροπής κάθε χρόνο, σε σημείο που απαιτούνταν πρόσθετη ιατρική φροντίδα για να επιτύχουν ξανά ύφεση των συμπτωμάτων τους.

Άλλη ομοιότητα που βρέθηκε ανάμεσα στην εξάρτηση από οπιοειδή και αυτές τις ιατρικές διαταραχές ήταν η πρόγνωση της πορείας τους (McLellan et al., 2000). Για παράδειγμα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, οι εργαζόμενοι και αυτοί με σταθερή οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι ήταν πιθανότερο να συμμορφωθούν με τη θεραπεία και να έχουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα από ότι οι νεότεροι, άνεργοι και χωρίς σταθερή στήριξη από την οικογένεια. Η αντίληψη της εξάρτησης από οπιοειδή ως μια ιατρική ασθένεια στηρίχθηκε περαιτέρω σε επαναληπτικές μελέτες που έδειξαν ότι η εξάρτηση από οπιοειδή έχει μια λογικά προβλέψιμη πορεία, παρόμοια με τέτοιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και το άσθμα. Για παράδειγμα, οι Woody και Cacciola (1994) βρήκαν ότι ο κίνδυνος υποτροπής για ένα άτομο που ήταν εξαρτημένο από οπιοειδή ήταν υψηλότερος κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών έως έξι μηνών μετά τη διακοπή της χρήσης οπιοειδών. Ο κίνδυνος μειωνόταν για τους πρώτους 12 μήνες μετά τη διακοπή χρήσης και συνέχιζε να μειώνεται αλλά με πολύ μικρότερο ρυθμό. Αποτελέσματα από άλλες μελέτες μετά τη θεραπεία έδειξαν ότι κατά προσέγγιση το 80% των ασθενών που ήταν εξαρτημένοι από οπιοειδή αλλά έφυγαν από το Π.Υ. ξανάρχισαν την καθημερινή χρήση οπιοειδών μέσα σε

ένα χρόνο από τότε που άφησαν τη θεραπεία (π.χ. Magura & Rosenblum 2001).

Σύμφωνα με αυτά οι υποτροπές δεν αρμόζει να θεωρούνται λόγος απομάκρυνσης από το πρόγραμμα αλλά αιτία εντατικοποίησης της θεραπείας. Οι ασθενείς που κάνουν συνεχή ή συχνή χρήση ουσιών ή υποτροπιάζουν μετά από την διακοπή της χρήσης, παραμένουν ή επιστρέφουν στη **Φάση Αποκατάστασης** και το προσωπικό εστιάζει στη θεραπεία τους, αναθεωρώντας το θεραπευτικό τους σχέδιο.

Προσωρινή διακοπή της θεραπείας για περιορισμένο χρονικό διάστημα, με διδακτικό ή πρακτικό χαρακτήρα είναι εφικτή, προκειμένου να επιστρέψει ο ασθενής σε **Φάση Εισαγωγής** και να διακόψει τη χρήση αλκοόλ, βενζοδιαζεπινών ή άλλων ουσιών με κίνητρο την επανέναρξη της θεραπείας με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, είτε την αποδοχή φαρμακευτικής αγωγής σε περιπτώσεις ψυχώσεων που παρεμβαίνουν στην ομαλή παρακολούθηση του προγράμματος και διαταράσσουν την ειρήνη στη μονάδα. Το ίδιο μπορεί να συμβεί σε περίπτωση ασύμβατης συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών (λόγω άρσης αναστολών από αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες ή επιθετικότητας και παρανοϊκότητας από κοκαΐνη και αμφεταμίνες).

Η παράλληλη χρήση παραμένει σημαντικός δείκτης για τη μετάβαση του μέλους σε επόμενη θεραπευτική φάση, όπως έχει περιγραφεί στο αντίστοιχο κεφάλαιο. Σε περίπτωση που αποδειχθεί πάντως πως ο ασθενής βλάπτεται από τη θεραπεία υποκατάστασης ή δεν λαμβάνει οποιοδήποτε όφελος από αυτήν σε οποιονδήποτε τομέα της ζωής του και πέραν της χρήσης ουσιών (συνυπολογίζοντας τα οφέλη σε ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία και έλεγχο της συμπεριφοράς, αλλά και την ελάττωση του κινδύνου διασποράς λοιμωδών νοσημάτων στην κοινότητα), μπορεί να απομακρυνθεί από τη θεραπεία, με τη σύμφωνη γνώμη όλου του θεραπευτικού προσωπικού και καταγράφοντας το πλήρες σκεπτικό στο φάκελο ασθενούς. Είναι σαφές πως αυτές οι περιπτώσεις είναι αρκετά σπάνιες.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Θ'. Εκούσια και ακούσια απομάκρυνση από το Πρόγραμμα

Μελέτες ασθενών που άφησαν το πρόγραμμα πρώιμα έχουν δείξει ότι η διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα ήταν ο πιο σημαντικός δείκτης των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Simpson et. al. 1997). Οι ασθενείς οι οποίοι έμειναν στη θεραπεία ένα χρόνο ή περισσότερο έκαναν κατάχρηση ουσιών λιγότερο και ήταν πιθανότερο να εμπλακούν σε εμποικοδομητικές δραστηριότητες και να αποφύγουν την ανάμιξη με εγκληματικές πράξεις, από ότι εκείνοι που άφησαν τη θεραπεία νωρίτερα, αν και όλοι οι ασθενείς ωφελούνταν από τη θεραπεία, για παράδειγμα, λιγότερο έκθεση και μετάδοση μολυσματικών ασθενειών (Hartel & Schoenbaum, 1998). Οι κοινότητές τους ωφελούνταν επίσης.

Παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή των ασθενών: Τα χαρακτηριστικά των ασθενών, η συμπεριφορά τους και άλλοι παράγοντες που δεν συνδέονται με τη θεραπεία, έχει βρεθεί ότι συνεισφέρουν σχετικά λίγο στην παραμονή σε ένα πρόγραμμα. Μια ολοκληρωμένη μελέτη έδειξε ότι η παραμονή καθορίζεται σχεδόν ολοκληρωτικά από αυτό που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όχι πριν, αν και δύο παράγοντες, η μεγαλύτερη ηλικία και η μικρότερη ανάμιξη με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, είναι δυνατό να προβλέψουν μεγαλύτερη παραμονή (Magura et al., 1998, 1999). Άλλος παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει την παραμονή στο πρόγραμμα ήταν το κίνητρο ή η ετοιμότητα για θεραπεία. (Joe et. al. 1998).

Σε άλλες μελέτες, το πώς οι ασθενείς εισήχθησαν σε πρόγραμμα, είτε εθελοντικά ή από δικαστική παραπομπή, δεν επηρέασε την παραμονή στη θεραπεία (Brooner et. al. 1998, Fallon 2001). Οι Rhoades και συνεργάτες (1998) ανέφεραν ότι ασθενείς οι οποίοι προηγουμένως είχαν λάβει μεθαδόνη ήταν περισσότερο πιθανό να παραμείνουν στο πρόγραμμα από ότι ασθενείς οι οποίοι έμπαιναν για πρώτη φορά. Κάποιοι ασθενείς χρειάζονται πολλές προσπάθειες στη θεραπεία πριν σταθεροποιηθούν για εκτεταμένες περιόδους (Koester et. al. 1999). Τα προγράμματα δεν είναι σωστό να θεωρούν τις προηγούμενες αποτυχίες των ασθενών ως ενδεικτικές μελλοντικής συμμόρφωσης ή παραμονής στο πρόγραμμα ή να χρησιμοποιούν αυτές τις αποτυχίες ως λόγους απόρριψης εκείνων που ζητούν επανεισαγωγή. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται μακρύτερες περιόδους προσαρμογής στο Πρόγραμμα πριν κάνουν μια μακροπρόθεσμη δέσμευση.

Πάγιος στόχος των προγραμμάτων υποκατάστασης που υλοποιούνται εντός των δομών του ΟΚΑΝΑ και με ίδια βαρύτητα με εκείνον της διακοπής της χρήσης παρανόμων ουσιών και κατάχρησης αλκοόλ θα πρέπει να είναι η

αύξηση της συγκράτησης. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός θα απαιτείται να αποθαρρύνεται η πρόωρη διακοπή της θεραπείας, είτε αυτή είναι εκούσια (όπως αναλύεται αλλού), είτε ακούσια.

Ακούσια/ αναγκαστική αποχώρηση από το Πρόγραμμα: Δυστυχώς, η ακούσια αποχώρηση από το πρόγραμμα -κάποιες φορές αποκαλούμενη διοικητική αποχώρηση- συμβαίνει συχνά. Υπάρχει η άποψη ότι αυτές οι αποχωρήσεις είναι, σε πολλές περιπτώσεις, ενδεικτικές των αδυναμιών του προγράμματος. Τα προγράμματα επιβάλλεται να μελετήσουν και να τεκμηριώσουν τους λόγους αποχώρησης πολύ πιο προσεκτικά από ότι στο παρελθόν.

Σε μια ανασκόπηση πολυάριθμων μελετών, οι Magura & Rosenblum (2001) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που απομακρύνθηκαν από την ιατρική συντήρηση ή την μακροχρόνια θεραπεία αποτοξίνωσης είχαν δυσμενέστερη έκβαση από ό,τι ασθενείς που παρέμειναν στη θεραπεία. Οι Zanis & Woody βρήκαν σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά θανάτων ανάμεσα σε αυτούς που αναγκαστικά αποχώρησαν για συνεχή χρήση ουσιών. Η ακούσια αποχώρηση θα καλό είναι να αποφεύγεται αν είναι δυνατό, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς θα ήθελαν να παραμείνουν και θα μπορούσαν να ωφεληθούν από το Πρόγραμμα Υποκατάστασης. Όταν η αποχώρηση δεν μπορεί να αποφευχθεί, θα πρέπει να διαχειρίζεται δίκαια και ανθρωπίνως.

Η ακούσια απομάκρυνση επιβάλλεται να αποφασίζεται στα πλαίσια του καθήκοντος των εργαζομένων να διαφυλάξουν την υγεία των ασθενών (τόσο εκείνου που επέδειξε ασύμβατη συμπεριφορά, όσο και των υπολοίπων) και να αποφύγουν τη βλάβη προς την κοινότητα με το να επανεισάγουν σε αυτήν τις επιδράσεις της μη αντιμετώπισης της χρήσης οπιοειδών (ιδιαίτερα της εγκληματικής συμπεριφοράς και της πιθανής μετάδοσης νοσημάτων). Το πρόγραμμα συχνά χρειάζεται να ισορροπήσει το συμφέρον των ατόμων που αντιμετωπίζουν την απομάκρυνση με αυτό των άλλων ασθενών, του προσωπικού, των μελλοντικών ασθενών και της ευρύτερης κοινότητας και κοινωνίας. Η απομάκρυνση έτσι θα πρέπει να αποφεύγεται, εκτός αν ο ασθενής, με τη συμπεριφορά του, δυναμιτίζει τη λειτουργία του προγράμματος.

Απειλές στην ασφάλεια: Όταν ένας ασθενής διαπράττει μια πράξη ή απειλεί με βία έναν άλλον ασθενή (στα όρια της μονάδας) ή ενάντια στο προσωπικό (μέσα ή έξω από τα όρια της μονάδας), έρχεται στη θεραπεία οπλισμένος ή κάνει δοσοληψία ουσιών μέσα ή κοντά στο πρόγραμμα, αυτός ο ασθενής αποτελεί μια απειλή για την ασφάλεια του προγράμματος, του προσωπικού και των ασθενών του. Η ακούσια αποπομπή ενός τέτοιου ασθενή, αν και δεν είναι προς το συμφέρον του, λαμβάνει υπόψη την ηθική ευθύνη της δομής προς τους υπόλοιπους ασθενείς (τους τωρινούς και τους μελλοντικούς), το προσωπικό της, και των άλλων. Η συμπεριφορά ενός

ασθενή που απειλεί την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού ή την υπόσταση του προγράμματος στην κοινότητα, είναι η βάση για μια απόφαση ακούσιας απομάκρυνσης του ασθενή. Οι διαχειριστές ενός προγράμματος μπορεί να χρειάζεται να πάρουν δύσκολες αποφάσεις για το τι αποτελεί απειλητική συμπεριφορά (ιδιαίτερα υπό το πρίσμα των ελλειμμάτων σε διαπροσωπικές δεξιότητες και πιθανά μη αντιμετωπιζόμενες συνυπάρχουσες διαταραχές) και αποδείξεις δοσοληψίας ουσιών. Όμως η ευθύνη μιας δομής να παρέχει καλή θεραπεία για τους άλλους ασθενείς και να παραμείνει μια βιώσιμη πηγή στην κοινότητα απαιτεί αυτοί οι περιορισμοί να τεθούν και να γίνονται σεβαστοί. Σε κάθε περίπτωση απαιτείται να προηγούνται μία ή περισσότερες προειδοποιήσεις για αλλαγή συμπεριφοράς καθώς και βοήθεια προς τον ασθενή να αλλάξει τη συμπεριφορά του (εκμάθηση δεξιοτήτων, διακοπή ουσιών που οδηγούν σε άρση αναστολών ή επιθετικότητα, μεταφορά σε άλλη δομή όπου θα μπορεί να βοηθηθεί με καλύτερο τρόπο) εκτός των περιπτώσεων ακραίας βίας.

Λόγοι για ακούσια απομάκρυνση: Οι λόγοι ακούσιας αποχώρησης, οι οποίοι επιβάλλεται να τεκμηριώνονται στέρεα, συνοψίζονται ως εξής:

1. η βίαιη συμπεριφορά (λεκτική ή σωματική)
2. η απειλή βίας
3. η σκόπιμη καταστροφή υλικοτεχνικής υποδομής της δομής
4. η διακίνηση παράνομων ουσιών εντός ή εκτός μονάδας
5. η άλλη παράνομη δραστηριότητα εντός της μονάδος (όπως κλοπή, οπλοφορία, σεξουαλική παρενόχληση κλπ)
6. η διακίνηση των φαρμάκων υποκατάστασης
7. η συχνή αδικαιολόγητη απουσία από το Πρόγραμμα (πχ συνεχόμενη αδικαιολόγητη απουσία δύο εβδομάδων ή συχνές πολυήμερες απουσίες χωρίς προηγούμενη ειδοποίηση του Προγράμματος, που καταδεικνύουν αδιαφορία για απολαβή των προσφερομένων υπηρεσιών)
8. η άσκοπη επανειλημμένη παραμονή γύρω από το χώρο της δομής και παρενόχληση του νοσοκομείου ή της γειτονιάς
9. η εξαπάτηση του προγράμματος με υποκλοπή του φαρμάκου ή χορήγηση ψευδούς δείγματος κατά τον τοξικολογικό έλεγχο
10. η κατάφωρη μη συμμόρφωση στους κανόνες του Προγράμματος, που έχει ως αποτέλεσμα μια παρατηρήσιμη, αρνητική επίδραση στο Πρόγραμμα, το προσωπικό του και τους άλλους ασθενείς.

Αποχώρηση εξαιτίας φυλάκισης: Δυστυχώς η χορήγηση υποκατάστατου σχεδόν πάντα διακόπτεται όταν οι ασθενείς φυλακίζονται. Οι ασθενείς χρειάζεται να ενημερώνονται ότι όταν αποφυλακίζονται, μπορούν να επανεισαχθούν στο πρόγραμμα χωρίς να έχουν σημάδια και συμπτώματα στέρησης και χωρίς να είναι απαραίτητη η παρουσία οπιοειδών στην

τοξικολογική εξέταση ούρων. Θα πρέπει να επανεκτιμηθούν για να καθοριστεί η κατάλληλη φάση θεραπείας.

Δικαίωμα επανεισαγωγής έχουν ασθενείς που έχουν φυλακιστεί είτε για αδίκημα που συνέβη πριν την έναρξη της θεραπείας υποκατάστασης είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας, εφόσον έχουν εκτίσει την ποινή τους κατά τις αποφάσεις των δικαστηρίων. Η διάπραξη αδικήματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποτελεί μεν παραβίαση των όρων συμμετοχής στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης που μπορεί να σημαίνει την προσωρινή ή και μόνιμη απομάκρυνσή από αυτό, αλλά η έκτιση ποινής για το ίδιο αδίκημα όπως έχει αποφασισθεί από την ποινική δικαιοσύνη απαιτείται να θεωρείται πως είναι αρκετή ώστε να επανεισαχθεί στο πρόγραμμα ο ασθενής.

Η λειτουργία θεραπευτικών δομών εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων, εφόσον παρέχει αρκετές θέσεις θεραπείας, αναμένεται να λύσει το πρόβλημα της διακοπής της θεραπείας σε περίπτωση φυλάκισης. Στην περίπτωση αυτή η παραπομπή του ασθενούς από μια σε μια δομή εντός του σωφρονιστικού καταστήματος και αντίστροφα (επί φυλακίσεως και αποφυλακίσεως) θα μοιάζει με την παραπομπή από οποιαδήποτε σε μια άλλη.

Προλαμβάνοντας και βρίσκοντας εναλλακτικές της ακούσιας απομάκρυνσης: Η σαφής περιγραφή και εκμάθηση των κανόνων του προγράμματος πριν και κατά τη Φάση Εισαγωγής είναι το πρώτο βήμα για να προληφθεί η ακούσια απομάκρυνση. Όλα τα προγράμματα χρειάζεται να αναπτύξουν, να διανείμουν και συνεχώς να ενισχύουν τις οδηγίες για τη συμπεριφορά των ασθενών. Η καθαρή επικοινωνία και η επίγνωση και από τους ασθενείς και τα μέλη του προσωπικού είναι σημαντικοί παράγοντες στην πρόληψη της διοικητικής απομάκρυνσης.

Τα μέλη του προγράμματος είναι αναγκαίο να αναγνωρίζουν άμεσα τα προβλήματα συμπεριφοράς όταν αυτά ανακύπτουν και να αντιδρούν σε αυτά άμεσα. Η εκπαίδευση σε τεχνικές αλληλεπίδρασης για το χειρισμό επιθετικών ή διαταραγμένων ασθενών με μη προκλητικούς τρόπους χρειάζεται να είναι μέρος της εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό. Οι πρώτες αντιδράσεις σε ένα πρόβλημα συμπεριφοράς απαιτείται να είναι η αναγνώρισή του, η αναθεώρηση του θεραπευτικού σχεδίου, η συζήτηση του σχεδίου με τον ασθενή και η τροποποίηση ή εντατικοποίηση της θεραπείας για να εναρμονιστεί με την κατάσταση θεραπείας του ασθενή. Οι διορθωτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Επανεκτίμηση της δοσολογίας, επίπεδα πλάσματος και αντιδράσεις του μεταβολισμού, και προσαρμογή της δοσολογίας για επάρκεια και ανακούφιση του ασθενή

2. Εκτίμηση των συνυπαρχουσών διαταραχών και παροχή ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας όπου χρειάζεται
3. Εντατικοποίηση της συμβουλευτικής και προσθήκη άλλων τύπων συμβουλευτικής ή συμπληρωματικών υπηρεσιών
4. Αντιμετώπιση των ιατρικών ή άλλων συσχετιζόμενων προβλημάτων
5. Παροχή σωματικής αποτοξίνωσης από τις ουσίες κατάχρησης, συντηρώντας ταυτόχρονα τη φαρμακοθεραπεία των οπιοειδών
6. Αλλαγή θεραπειών/ συμβούλων αν ενδείκνυται (πιθανότητες να εγκατασταθεί μια καλή θεραπευτική σχέση με κάποιον άλλο θεραπευτή, λόγω ειδικότητας, ηλικίας, φύλου ή άλλων παραγόντων), κατόπιν γνωμοδότησης του ίδιου του θεραπευτού και σύμφωνα με απόφαση του υπευθύνου ιατρού
7. Επαναπρογραμματισμός της θεραπείας σε στιγμές που περισσότερα μέλη του προσωπικού είναι διαθέσιμα (μπορεί να αφορά προσωρινή απομάκρυνση προβληματικών ασθενών κατά τις περιόδους που το προσωπικό δεν είναι επαρκές για τον έλεγχο τους)
8. Οικογενειακή παρέμβαση, εμπλοκή σημαντικών άλλων στη θεραπεία (με την έγκριση του ασθενούς)

Η δοσολογία του φαρμάκου υποκατάστασης δεν μπορεί να είναι ένα εργαλείο συμπεριφοράς. Οι ασθενείς δεν επιτρέπεται να τιμωρούνται με το να μειώνεται η δοσολογία τους ή να επιβραβεύονται όταν η συμπεριφορά τους είναι καλή με τον αντίστροφο τρόπο. Οι μονάδες ενθαρρύνονται να αναπτύξουν μη τιμωρητικούς τρόπους για να θέτουν όρια και να ελέγχουν τις προβληματικές συμπεριφορές.

Όταν η ακούσια απομάκρυνση είναι αναγκαία, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για εναλλακτικές δομές όπου μπορούν να συνεχίσουν τη θεραπεία τους, ή και να παραπέμπονται σε αυτές. Οι δομές αυτές περιγράφονται ως **Εξωτερικές Δομές** στο διάγραμμα ροής και μπορεί να στοχεύουν σε εξειδικευμένες παρεμβάσεις, όπως κάποιο πρόγραμμα γυναικών ή μητέρων (όπως αυτά που λειτουργεί το ΨΝΑ σήμερα), πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάχρησης αλκοόλ (όπως τα προγράμματα Άλφα και Αθηνά), πρόγραμμα ελεύθερης πρόσβασης (Ανώνυμοι Ναρκομανείς). Όταν η απομάκρυνση είναι προσωρινή, χρειάζεται να δίνονται σαφείς οδηγίες για τον χρόνο και τον τρόπο επανόδου στο πρόγραμμα. Είναι θεμιτό κατά την επάνοδο να έχει καταρτιστεί ένα νέο θεραπευτικό σχέδιο που μπορεί να περιλαμβάνει ένα ειδικό για τον ασθενή συμβόλαιο συμπεριφοράς. Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τη διαδικασία ενστάσεων, όπως εκάστοτε αυτή ισχύει.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

I'. Συγκράτηση στη θεραπεία

Καθώς η σημασία της συγκράτησης των ασθενών στη θεραπεία και οι απαιτούμενες μέθοδοι για να επιτευχθεί αυτή φαίνεται πως δεν έχουν γίνει αποδεκτές από το σύνολο των εργαζομένων στον Οργανισμό (παρόλο που περιέχεται στην πρώτη ομάδα στόχων σύμφωνα με την υπουργική απόφαση ίδρυσης των δομών θεραπείας υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ) ακολουθεί μια μετάφραση και προσαρμογή σχετικών τμημάτων από το Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment (2005) *Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs TIP43*

Σημασία της συγκράτησης: Μελέτες ασθενών που άφησαν το πρόγραμμα πρώιμα έχουν δείξει ότι η διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα ήταν ο πιο σημαντικός δείκτης των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Simpson et. al. 1997). Οι ασθενείς οι οποίοι έμειναν στη θεραπεία ένα χρόνο ή περισσότερο έκαναν κατάχρηση ουσιών λιγότερο και ήταν πιθανότερο να εμπλακούν σε εποικοδομητικές δραστηριότητες και να αποφύγουν την ανάμιξη με εγκληματικές πράξεις, από ό,τι εκείνοι που άφησαν τη θεραπεία νωρίτερα, αν και όλοι οι ασθενείς ωφελούνταν από τη θεραπεία, για παράδειγμα, μέσω μικρότερης έκθεσης και μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών (Harrel & Schoenbaum, 1998). Οι κοινότητές τους ωφελούνταν επίσης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή των ασθενών έχουν ήδη αναφερθεί στην ενότητα Θ' περί εκούσιας και ακούσιας απομάκρυνσης από το πρόγραμμα.

Προτεινόμενα βήματα για τη βελτίωση της παραμονής των ασθενών περιλαμβάνουν:

1. **Εξατομίκευση της δοσολογίας.** Η επαρκής, εξατομικευμένη δοσολογία είναι πιθανόν ο πιο σημαντικός παράγοντας παραμονής στο πρόγραμμα, (Joseph et al. 2000) γιατί συνεισφέρει στη ανακούφιση και ικανοποίηση του ασθενούς μειώνοντας τα συμπτώματα στέρησης και την επιθυμία χρήσης (craving) καθιστώντας του ασθενείς ικανούς να επικεντρωθούν σε άλλες έγνοιες (Leavitt et al. 2000, Strain et al. 1999)

2. *Αποσαφήνιση των στόχων του προγράμματος και των θεραπευτικών πλάνων.* Εκείνοι που παρέχουν τη φροντίδα χρειάζεται να εξηγήσουν τους στόχους του προγράμματος και των θεραπευτικών πλάνων σε κάθε ασθενή. Τα αντιφατικά μηνύματα επηρεάζουν δυσμενώς την παραμονή των ασθενών, ιδιαίτερα όταν τα μηνύματα αυτά αφορούν την ορθότητα του να παραμείνουν στο πρόγραμμα ή να λιγοστέψουν την αγωγή (Magura & Rosenblum, 2001). Οι στόχοι που σχετίζονται με την αγωγή επιβάλλεται να είναι εξατομικευμένοι και να σέβονται τις επιθυμίες και τους στόχους των ασθενών, αλλά θα πρέπει και να ενσωματώνουν γνώση και έρευνα σχετικά με την παραμονή των ασθενών στο πρόγραμμα. Εκείνοι που σχεδιάζουν τη θεραπεία χρειάζεται να κατανοήσουν ότι, κάποιοι ασθενείς θα θέλουν να λιγοστέψουν τη δοσολογία τους πιο γρήγορα από ότι προτείνεται και φαίνεται καλύτερο. Το προσωπικό πρέπει να δουλέψει με αυτούς τους ασθενείς για να επιτύχουν τους στόχους τους σε ένα λογικό χρονοδιάγραμμα.
3. *Το να τεθούν χρονικά όρια παραμονής για όλους τους ασθενείς ή να δοθεί έμφαση στη χορήγηση χαμηλής δοσολογίας* μπορεί να αποθαρρύνει την παραμονή και να παράγει φτωχά αποτελέσματα (Magura & Rosenblum, 2001). Οι άκαμπτες πρακτικές λειτουργίας (π.χ. η απαίτηση να ταξιδεύουν από μακριά, οι άβολες ώρες, η μεγάλη αναμονή) μπορεί να μειώσουν την παραμονή και να διαταράξουν τη θεραπεία. Οι ασθενείς έχουν αναφέρει άλλους παράγοντες που αποθαρρύνουν την παραμονή, όπως η έλλειψη ευαισθησίας του προσωπικού, η έλλειψη θεραπευτικών δεξιοτήτων και γνώσεων, και η περιορισμένη επαφή.
4. *Απλοποίηση της διαδικασίας εισόδου.* Η συντόμευση της εισαγωγής έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη παραμονή στο πρόγραμμα.
5. *Φροντίδα για τις οικονομικές ανάγκες των ασθενών.* (ιδιαίτερη σημασία όπου τα προγράμματα δεν είναι δωρεάν).
6. *Μείωση του φορτίου της παρακολούθησης.* Οι απαιτήσεις της συχνής παρουσίας μπορούν να επιφέρουν σημαντικές επιδράσεις στην παραμονή. Ο Rhoades και οι συνεργάτες του (1998), βρήκαν ότι οι ασθενείς που έπρεπε να επισκέπτονται ένα πρόγραμμα λιγότερο συχνά ήταν λιγότερο πιθανό να παρατήσουν την θεραπεία και όχι τόσο πιθανό να χρησιμοποιήσουν άλλες ουσίες συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν ένα πρόγραμμα καθημερινής παρουσίας.
7. *Παροχή χρήσιμων υπηρεσιών θεραπείας όσο το δυνατό πιο πρώιμα.* Οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να μείνουν στη θεραπεία όταν είχαν κινητοποιηθεί έντονα και εμπλακεί νωρίτερα σε χρήσιμες δραστηριότητες (Simpson, et. al. 1997). Στις κρίσιμες πρώτες ενενήντα μέρες, η

εντατικοποίηση κάποιων υπηρεσιών, ιδιαίτερα για πρακτικές υπηρεσίες που βοηθούσαν τους ασθενείς να επιτύχουν βασικούς στόχους, έχουν συσχετιστεί με υψηλότερη παραμονή. Παραδείγματα περιλαμβάνουν προσεκτική διαχείριση περιπτώσεων, ψυχιατρικές υπηρεσίες, εισαγωγή σε ομάδες, και βοήθεια σχετικά με την ασφάλιση, τη μεταφορά και τη στέγη (Grella & Wugalter, 1997).

8. *Ενίσχυση/ βελτίωση των αλληλεπιδράσεων ασθενών- προσωπικού.* Η καλή στάση του προσωπικού και οι αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς έχουν συσχετιστεί με υψηλή παραμονή. Σε μία μελέτη, η συχνή επαφή των ασθενών με μέλη του προσωπικού και η ανάμιξη και η ορατότητα των διευθυντών του προγράμματος αύξησε την παραμονή των ασθενών (Magura et. al. 1999). Κάποιοι πάροχοι θεραπείας έχουν βρει πως οι ασθενείς είναι πιθανότερο να παραμείνουν στη θεραπεία όταν εμπλέκονται στο σχεδιασμό της και τη διαχείρισή της. Η αυξανόμενη αλληλεπίδραση με το προσωπικό αυξάνει την επικοινωνία και την ροή της πληροφορίας, περιορίζει τα προβλήματα, και συνεισφέρει στην αίσθηση ευημερίας των ασθενών. Δυστυχώς, οι περιορισμοί της χρηματοδότησης συχνά μειώνουν την εκπαίδευση στην επικοινωνία του προσωπικού και τις ευκαιρίες για τη βελτίωση των αναλογιών ανάμεσα σε ασθενείς και προσωπικό.
9. *Βελτίωση των γνώσεων του προσωπικού και των στάσεών τους σχετικά με τα προγράμματα υποκατάστασης.* Τα μέλη του προσωπικού είναι αναγκαίο να κατανοήσουν και να εκτιμήσουν τον πλούτο της επιστήμης που τα στηρίζει, και θα πρέπει να είναι ενήμεροι για προτεινόμενες θεραπευτικές πρακτικές έτσι ώστε να μπορούν να αλληλεπιδράσουν αποτελεσματικά και εποικοδομητικά με τους ασθενείς. Ωστόσο, ο Bell (2000), εστιάζει σε έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι η εκπαίδευση του προσωπικού, οι ευνοϊκές αναλογίες ασθενών – μελών του προσωπικού, και οι καλύτερες εγκαταστάσεις, δεν περιόρισαν τη κατάχρηση οπιοειδών, και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η στάση του προσωπικού συνεισφέρει πιο άμεσα στο αποτέλεσμα. Τα μέλη του προσωπικού πρέπει να εκφράζουν εμπιστοσύνη στο πρόγραμμα όταν επικοινωνούν με τους ασθενείς. Οι κριτικές στάσεις της φαρμακοθεραπείας υποκατάστασης έχουν βρεθεί να είναι κοινές (ακόμα και κυρίαρχες) ανάμεσα σε πολλούς συμβούλους (Kang et al. 1997) και προκαλούν συχνά παράπονα των ασθενών.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΙΑ΄. Συμβουλευτική, διαχείριση περιστατικών, συμπεριφορικές θεραπείες και ψυχοθεραπεία

Ολοκληρώνοντας, θα γίνει σύντομη περιγραφή ορισμένων από τις διαθέσιμες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όπως περιγράφονται στο Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment (2005) *Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs TIP43* και λαμβάνοντας υπόψη πως η καλή εφαρμογή αρκετών από αυτές απαιτεί ειδική εκπαίδευση και εποπτεία.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Η συμβουλευτική των ασθενών σε ατομική, οικογενειακή, ή ομαδική μορφή προσφέρει ένα χώρο για πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Παρέχει υποστήριξη για ένα στιλ ζωής μακριά από τις ουσίες και την κατάχρηση. Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα πρόγραμμα που παρέχει τακτική, δομημένη και επικεντρωμένη στις ουσίες κατάχρησης συμβουλευτική έχει καλύτερα αποτελέσματα από ένα πρόγραμμα που παρέχει λίγο ή καθόλου συμβουλευτική (Kidorf et. al. 1999, Magura et. al. 1999). Άλλες έχουν δείξει ότι η καλή σχέση στη συμβουλευτική σχετίζεται με βελτίωση στην αποχή και μείωση της εγκληματικότητας (Joe et al. 2001).

Η συμβουλευτική στο πρόγραμμα προτείνεται να εστιάζει στο:

1. Να παρέχει στήριξη και καθοδήγηση, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την μείωση της χρήσης ουσιών
2. Τον έλεγχο/ ρύθμιση/ παρακολούθηση άλλων προβληματικών συμπεριφορών.
3. Να βοηθήσει του ασθενείς να συμμορφωθούν στους κανόνες του προγράμματος.
4. Την αναγνώριση των προβλημάτων που χρειάζονται εκτεταμένες υπηρεσίες και παραπομπή των ασθενών σε αυτές τις υπηρεσίες.
5. Αναγνώριση και απομάκρυνση των εμποδίων για την πλήρη συμμετοχή στη θεραπεία και την παραμονή στο πρόγραμμα.
6. Την τόνωση του κινήτρου για θετικές αλλαγές στον τρόπο ζωής.

Τα συνήθη συστατικά της συμβουλευτικής για την κατάχρηση ουσιών πρέπει να περιλαμβάνουν:

1. Βοήθεια στο να εντοπίσουν και να συμμετάσχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας όπως είναι οι ΝΑ
2. Εκπαίδευση για την εξάρτηση και τις επιδράσεις της κατάχρησης ουσιών
3. Εκπαίδευση για τις στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής.
4. Αναγνώριση των απροσδόκητων/ απρόβλεπτων προβλημάτων που χρειάζονται προσοχή, όπως το να μείνουν ξαφνικά άστεγοι.
5. Βοήθεια για τη συμμόρφωση με τους κανόνες του προγράμματος.
6. Πληροφόρηση για τεχνικές διαχείρισης του άγχους και του χρόνου.
7. Βοήθεια στην ανάπτυξη ενός υγιούς τρόπου ζωής που αφορά την άσκηση, την καλή διατροφή, τη διακοπή του καπνίσματος, και την αποφυγή επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών.
8. Βοήθεια στο να ενταχθούν σε κοινωνικά εποικοδομητικές ομάδες όπως είναι οι κοινωνικές οργανώσεις και θρησκευτικές ομάδες.
9. Συνεχή εκπαίδευση σε θέματα υγείας (ιδιαίτερα για το HIV/ AIDS και τις ηπατίτιδες).

Οι συνεδρίες συμβουλευτικής για την ανακούφιση του άγχους των ασθενών για το πρόγραμμα και για την επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητάς του είναι εξαιρετικής σημασίας κατά τη διάρκεια των πρώτων βδομάδων θεραπείας. Συνήθως, οι ατομικές συνεδρίες κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης είναι πιο εντατικές από ότι εκείνες που ακολουθούν, αν και οι ατομικές ανάγκες θα πρέπει να υπαγορεύουν τη συχνότητα και τη διάρκεια της συμβουλευτικής.

Ατομική συμβουλευτική: Όσο το πρόγραμμα προχωρά, οι ασθενείς απαιτείται να συνεχίζουν να συναντιούνται με τους συμβούλους σε ατομικές συνεδρίες, μία φορά τον μήνα ή μερικές φορές την εβδομάδα, ανάλογα την ανάγκη, τη φάση της θεραπείας, και τους κρατικούς κανονισμούς. Οι σύμβουλοι θα πρέπει να συνεχίζουν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών και να τους παραπέμπουν ή να μεσολαβούν για άλλες υπηρεσίες (π.χ. στέγαση, ιατρική και ψυχιατρική φροντίδα, νομικές υπηρεσίες).

Μια τυπική ατομική συνεδρία είναι ανάγκη να περιλαμβάνει τις ακόλουθες δραστηριότητες:

1. Ανασκόπηση του πως ο ασθενής αισθάνεται, πως αντιμετωπίζει την επιθυμία χρήσης και πως αλλάζει τον τρόπο ζωής του ή της.
2. Ανασκόπηση των αποτελεσμάτων των ουροληψιών και τι σημαίνουν

3. Αναγνώριση επείγουσών αναγκών/ δύσκολων καταστάσεων και πως να τις αντιμετωπίσουν.
4. Ανασκόπηση του θεραπευτικού πλάνου.
5. Προσδιορισμό μετρήσιμων στόχων και λογικών χρονοδιαγραμμάτων
6. Ανασκόπηση της προόδου στην επίτευξη στόχων, περιλαμβάνοντας την αποχή και σχετιζόμενων με αυτή συμπεριφορών
7. Συζήτηση της δοσολογίας και του take-home
8. Συζήτηση οικογενειακών θεμάτων
9. Παροχή διασυνδετικών υπηρεσιών (π.χ. με γιατρούς, δικαστήρια, κοινωνικές υπηρεσίες)
10. Χειρισμός θεμάτων ρουτίνας (όπως μετακίνηση, φροντίδα των παιδιών κ.α.)

Το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδεύσει τους συμβούλους για τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών έτσι ώστε οι σύμβουλοι να μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να καταλάβουν τη σημασία του να κρατούν τα ραντεβού και να συμμορφώνονται με την ιατρική θεραπεία.

Ομαδική συμβουλευτική: Οι ομαδική συμβουλευτική έχει κάποια πλεονεκτήματα έναντι της ατομικής συμβουλευτικής και θεραπείας. Μπορεί να μειώσει την αίσθηση απομόνωσης των ασθενών και να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την εξάρτηση και άλλα προβλήματα ζωής παρέχοντάς τους ανατροφοδότηση από άτομα σε παρόμοια κατάσταση, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και πρακτικών, δομή, πειθαρχία και ενθάρρυνση. Μέσω της αλληλεπίδρασης, οι ασθενείς συνεισφέρουν ο ένας στην ανάρρωση του άλλου. Εκπαιδευμένα άτομα επιβάλλεται να καθοδηγούν αυτές τις ομάδες.

Οι ακόλουθοι τύποι ομάδας χρησιμοποιούνται κυρίως στα προγράμματα:

1. Ομάδες ψυχοεκπαίδευσης
2. Ομάδες ανάπτυξης δεξιοτήτων, όπως πρόληψης της υποτροπής, διαχείρισης του άγχους και ομάδες διακοπής της χρήσης ουσιών, οι οποίες βοηθούν τους ασθενείς να μάθουν δεξιότητες ή να επιτύχουν και να διατηρήσουν την αποχή.
3. Ομάδες γνωσιακής- συμπεριφορικής προσέγγισης, στις οποίες οι ασθενείς μαθαίνουν να μεταβάλλουν διαβρωτικές σκέψεις και δράσεις.
4. Ομάδες αλληλεπίδρασης στις οποίες διερευνούν αναπτυξιακά θέματα που συνεισφέρουν στην εξάρτηση ή παρεμβαίνουν στην ανάρρωση.
5. Ομάδες στήριξης, στις οποίες εκτός από τη στήριξη παρέχεται ένα χώρος διακίνησης ιδεών για το μοίρασμα πραγματιστικών

πληροφοριών για τη συντήρηση της αποχής και τη διαχείριση ενός στιλ ζωής μέρα- με- τη μέρα μακριά από τις ουσίες.

Σε κάποια προγράμματα η συμμετοχή σε ομάδα συνδέεται με τη φάση θεραπείας των ασθενών. Κάποιες ομάδες κρατούν τα ίδια μέλη αλλά μένουν μαζί για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Άλλες κρατούν περισσότερο χρόνο και έχουν μια αλλαγή στα μέλη της, δηλαδή συχνά τα μέλη αλλάζουν με το να μπαίνουν νέα μέλη όταν είναι έτοιμα. Καθένας τύπος ομάδας χρειάζεται ένα προκαθορισμένο τέλος ή πλαίσιο χρονικό.

Οι οδηγίες για τις ομάδες στα προγράμματα μεθαδόνης είναι διαφορετικές από ότι για άλλες ομάδες γενικά για τις ουσίες.

Κάποιοι ασθενείς αντιστέκονται στην ομαδική συμβουλευτική και αποφεύγουν τις συνεδρίες. Η προσφορά μικρότερων ομάδων μπορεί να απαλύνει τις αμφιβολίες τους ενώ οι θεραπευτές διερευνούν τους λόγους των αντιστάσεων τους (π.χ. φόβο να μιλήσουν στις ομάδες ή θέματα που αφορούν την εμπιστοσύνη). Κάποιοι ασθενείς με συννοσηρότητα είναι καλύτερο να συμμετέχουν σε ομάδες με μέλη που έχουν παρόμοια προβλήματα. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς με οξείες διαταραχές δεν μπορούν να συμμετάσχουν σε ομάδες και έχουν προβλήματα που απαιτούν ατομική συμβουλευτική.

Το φύλο των ασθενών ή ο σεξουαλικός προσανατολισμός τους μπορεί να είναι σημαντικός στην επιλογή ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής.

Διαχείριση περιστατικού με τις κοινωνικές υπηρεσίες: Μελέτες έχουν δείξει ότι η διαχείριση των περιπτώσεων μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην μείωση της χρήσης ουσιών αλλά και στη βελτίωση της ζωής των ασθενών (McLellan et al, 1999).

ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Συμπεριφορικές θεραπείες όπως η διαχείριση ευκαιριών, κατά τις οποίες οι ασθενείς κάνουν συμβόλαια που παρέχουν θετικά κίνητρα για συμμόρφωση στη θεραπεία, έχουν υπάρξει ιδιαίτερα αποτελεσματικές στα φαρμακευτικά θεραπευτικά προγράμματα.

1. **Node-link mapping:** Γνωσιακή τεχνική για τη συσχέτιση στάσεων-σκέψεων και συμπεριφορών, η οποία χρησιμοποιεί διαγράμματα ροής και άλλα οπτικά βοηθήματα για να απεικονίσει τις σχέσεις μεταξύ των σκέψεων, συμπεριφορών και αισθημάτων του ασθενούς και την χρήση ουσιών, καθώς και να αυξήσει τη συμμετοχή των ασθενών στην συμβουλευτική (Czuchry & Dansereau, 2003)

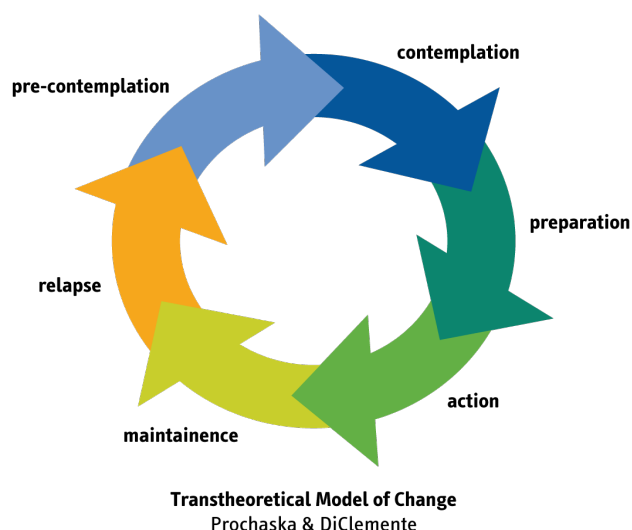
2. **Κοινωνική ενίσχυση:** Η προσέγγιση της ενίσχυσης από την κοινότητα, αρχικά ανεπτυγμένης για τη θεραπεία του αλκοολισμού, είναι ένα άλλο αποτελεσματικό μοντέλο για το πρόγραμμα. Αυτή η πολυσύνθετη θεραπεία διευκολύνει την αλλαγή σε ένα καθημερινό περιβάλλον των ασθενών. Οι σύμβουλοι δουλεύουν με τους ασθενείς για να αναγνωρίσουν πλευρές στις ζωές τους που ενισχύουν την αποχή και για να καταλάβουν πως αυτοί οι ενισχυτές μπορούν να εξυπηρετήσουν ως εναλλακτικές στη χρήση ουσιών (Abbott et al, 2003).

3. **Διαχείριση Ευκαιρίας (Contingency Management) :** Το Contingency Management ενισχύει την επιθυμητή συμπεριφορά με άμεσα κίνητρα (Griffith et al, 2000). Η αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί σε πολλές καλοσχεδιασμένες μελέτες (Rawson et al, 2002, Robles et al, 1999). Η θετική ενίσχυση ή επιβράβευση είναι αποτελεσματικότερη της αρνητικής ενίσχυσης, των απειλών και των τιμωριών (Gruber et al, 2000). Συνδυασμός θετικής ενίσχυσης με αρνητική ενίσχυση έχει φανεί αποτελεσματικός για τη μείωση της χρήσης ουσιών (Crowley, 1999). Ενσωματωμένες επιβραβεύσεις (όπως δόσεις για το σπίτι) θα πρέπει να συνδέονται με κοινωνικές ενισχύσεις, όπως τον έπαινο από το πρόσωπο αναφοράς για την επιτυχία σε ένα στόχο. Οι ενισχύσεις θα πρέπει να εξατομικεύονται ή και να ενσωματώνονται σε μία ενιαία βάση με εφαρμογή σε όλο το πρόγραμμα. Η πρώτη επιλογή φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα (Silverman et al, 1999). Ένα πρόγραμμα (Brooner & Kidorf, 2002) βαθμιαίας φροντίδας τοποθετούσε ασθενείς με πτωχή ανταπόκριση σε μια φάση εντατικής φροντίδας και εκείνους που ανταποκρίνονταν καλά σε λιγότερο εντατική φροντίδα, με αποτέλεσμα την αύξηση της συμμετοχής στη θεραπεία και την βελτίωση των αποτελεσμάτων και της σχέσης κόστους/ αποτελέσματος. Η προσέγγιση είναι χρήσιμη για το θεραπευτικό πλάνο επειδή θέτει σταθερούς στόχους και δίνει έμφαση σε θετικές συμπεριφορικές αλλαγές. Στρατηγική εφαρμογής σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης
 1. Διαλέξτε μια συμπεριφορά στόχο που μπορεί να μετρηθεί εύκολα (π.χ. τη διακοπή χρήσης οπιοειδών)
 2. Επιλέξτε μια επιβράβευση που μπορεί να δοθεί μόλις η επιθυμητή συμπεριφορά (π.χ. τρεις συνεχόμενες αρνητικές ουροληψίες) μπορεί να τεκμηριωθεί. Η επιβράβευση θα πρέπει να είναι μη-χρηματική (π.χ. μη επιστρέψιμα εισιτήρια κινηματογράφου, προνόμια take-home).
 3. Λεπτομερής καθορισμός του συνδέσμου ανάμεσα στη συμπεριφορά στόχο και την επιβράβευση. Για παράδειγμα, μια αρνητική ουροληψία μπορεί να κερδίζει ένα ημερήσιο take-home.

4. Γράψτε το συμβόλαιο, συγκεκριμενοποιώντας τη διάρκειά του και όποιες αλλαγές στο χρόνο και σε άλλα ενδεχόμενα.

4. **Κινητοποιητική Συνέντευξη και Ενίσχυση:** Η εφαρμογή της κινητοποιητικής συνέντευξης στα προγράμματα υποκατάστασης χρειάζεται ειδική εκπαίδευση, η οποία είναι διαθέσιμη στην Ελλάδα. Οι παρεμβάσεις τόνωσης του κινήτρου επηρεάζουν τους ασθενείς να σταματήσουν δευτερεύουσες ουσίες κατάχρησης, να χειριστούν θέματα υγείας, και να αλλάξουν τις κοινωνικές τους συνθήκες. Πολύτιμο οδηγό στο σκεπτικό αυτής της προσέγγισης αποτελεί το βιβλίο *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (Miller & Rollnick 2002), το οποίο έχει μεταφραστεί και στα Ελληνικά (*Κινητοποιητική Συνέντευξη: Προετοιμάζοντας Ανθρώπους για Αλλαγή, Μετάφραση και Επιμέλεια Κ. Νικολάου, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2010*).

Πρόκειται για μία προσωποκεντρική και κατευθυντική μέθοδο συμβουλευτικής, η οποία στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς χρησιμοποιώντας ως μέθοδο τη διερεύνηση και λύση της αμφιθυμίας. Είναι εστιασμένη και επικεντρωμένη στο στόχο, σύντομη και διεπιστημονική. Ο θεραπευόμενος (πελάτης) διατηρεί τον έλεγχο της αλλαγής και του ρυθμού αυτής. Η απόφαση για αλλαγή ενισχύεται σε κλίμα εμπιστοσύνης, κατανόησης και σεβασμού (ενσυναίσθηση), ενώ παράλληλα ενισχύονται η πίστη στην ауαπτοτελεσματικότητα και η απόκλιση μεταξύ της παρούσας κατάστασης και των στόχων και αξιών του. Αποφεύγονται η επιχειρηματολογία και η αντιπαράθεση (συμπόρευση με την αντίσταση) και καταβάλλεται προσπάθεια εκμαίευσης της γλώσσας της αλλαγής. Πέραν αυτών θεραπευτής στηρίζει τον θεραπευόμενο σε όποια επιλογή και αν κάνει, προσφέροντάς του τις απαραίτητες πληροφορίες. Η μέθοδος βασίζεται στο Διαθεωρητικό Μοντέλο της Αλλαγής (Prochaska & Di Clemente, 1986).



Η μέθοδος διακρίνεται σε δύο φάσεις. Κατά την πρώτη φάση διενεργείται η προετοιμασία της αλλαγής και κατά τη δεύτερη φάση καταρτίζεται το σχέδιο δράσης για την αλλαγή. Ακολουθεί μια σκιαγράφιση των διαδικασιών της Κινητοποιητικής Συνέντευξης:

1. Μεθοδολογία της Κινητοποιητικής Συνέντευξης:

1.1. Αρχές

- 1.1.1. Έκφραση Ενσυναίσθησης
- 1.1.2. Παρακολούθηση ασυμφωνίας
- 1.1.3. Ενίσχυση αυτοαποτελεσματικότητας
- 1.1.4. Αποφυγή διαφωνίας

1.2. Δεξιότητες του Θεραπευτή:

- 1.2.1. Ανοικτές ερωτήσεις
- 1.2.2. Επιβεβαίωση
- 1.2.3. Σύνοψη
- 1.2.4. Επιλεκτική ενίσχυση
- 1.2.5. Στοχαστική / ανακλαστική ακρόαση

1.3. Ενίσχυση κινητοποίησης

- 1.3.1. Στρατηγικές πρόκλησης γλώσσας αλλαγής
- 1.3.2. Χειρισμός της Αντίστασης

2. Φάση 1

2.1. Στόχοι: Λύση της αμφιθυμίας & Ενίσχυση κινήτρου για αλλαγή

2.2. Οι 4 Αρχές:

- 2.2.1. Έκφραση ενσυναίσθησης – αποφυγή αντιπαράθεσης
- 2.2.2. Ανάπτυξη ασυμφωνίας(τα επιχειρήματα υπέρ της αλλαγής τα εκθέτει ο πελάτης και όχι ο σύμβουλος)
- 2.2.3. Χειρισμός αντίστασης (αποφυγή επιχειρημάτων)
- 2.2.4. Υποστήριξη αυτοπεποίθησης

2.3. Δεξιότητες

- 2.3.1. Ανοιχτές ερωτήσεις, Ανακλαστική ακρόαση, Επιβεβαίωση, Ανακεφαλαίωση
- 2.3.2. Πρόκληση συζητήσεων αλλαγής: προκλητικές ερωτήσεις, διευκρινήσεις, διερεύνηση άκρων, παρελθόντος, μέλλοντος, αξιών
- 2.3.3. Παροχή ανατροφοδότησης, ευθύνης, συμβουλής, επιλογών, ενσυναίσθησης, αυτοπεποίθησης

3. Φάση 2

- 3.1. Ο θεραπευόμενος έχει πάρει την απόφαση για αλλαγή
- 3.2. Ο θεραπευτής:
 - 3.2.1. περνά από την κινητοποίηση στη συμβουλευτική και την παρακολούθηση (μενού εναλλακτικών στρατηγικών)
 - 3.2.2. προλαβαίνει εμπόδια στην αλλαγή
 - 3.2.3. προσδιορίζει υποστηρικτικά συστήματα
- 3.3. **Αναγνώριση ετοιμότητας**
 - 3.3.1. Ελαττωμένη αντίσταση
 - 3.3.2. Λίγη συζήτηση για πρόβλημα
 - 3.3.3. Αποφασιστικότητα
 - 3.3.4. Συζήτηση αλλαγής
 - 3.3.5. Ερωτήσεις αλλαγής
 - 3.3.6. Πρόβλεψη αλλαγής
 - 3.3.7. Πειραματισμός

3.4. Αποφυγή κινδύνων

- 3.4.1. Υποεκτίμηση αμφιθυμίας
- 3.4.2. Υπερβολικές απαιτήσεις
- 3.4.3. Ανεπαρκής κατεύθυνση

3.5. Συνέντευξη φάσης 2

- 3.5.1. Ανακεφαλαίωση
- 3.5.2. Ερωτήσεις κλειδιά

- 3.5.2.1. Τι νομίζετε ότι πρέπει να κάνουμε;
- 3.5.2.2. Ποιο θα είναι το επόμενο βήμα;
- 3.5.2.3. Απ' όλα όσα συζητήσαμε τι νομίζετε ότι σας ταιριάζει;
- 3.5.3. Παροχή πληροφοριών και συμβουλών
- 3.5.4. Συζήτηση πλάνου αλλαγής
 - 3.5.4.1. Θέση στόχων
 - 3.5.4.2. Τι θα θέλατε να είναι διαφορετικό;
 - 3.5.4.3. Τι θα θέλατε να αλλάξει;
 - 3.5.4.4. Ας προχωρήσουμε βήμα-βήμα. Ποιο θα είναι το πρώτο;
- 3.5.5. Επιλογές αλλαγής (μενού)
- 3.5.6. Διαμόρφωση πλάνου
- 3.5.7. Επιβεβαίωση πλάνου και συμφωνία

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις τονώνουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υποκατάστασης και ιδιαίτερα για ασθενείς με συνυπάρχουσες διαταραχές οι οποίοι δείχνουν μικρή ανταπόκριση στη συμβουλευτική από μόνη της. Ασθενείς που έχουν ωφεληθεί από τη ψυχοθεραπεία είναι εκείνοι που το άγχος τους ή η κατάθλιψή τους απαιτούσε κάτι περισσότερο από συνηθισμένη, προσανατολισμένη στη συμπεριφορά, συμβουλευτική.

Εξαιτίας του ότι πολλοί ασθενείς είναι ασταθείς κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης του προγράμματος, οι εργαζόμενοι συνήθως καθυστερούν τη ψυχοθεραπεία μέχρι αργότερα στην οξεία φάση ή στη φάση της επανένταξης, αλλά οι απόψεις διαφέρουν στο πότε η ψυχοθεραπεία είναι κατάλληλη. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι πρέπει να περιμένει μέχρι να σταθεροποιηθούν οι ασθενείς.

Προσόντα του προσωπικού: Εκείνοι που εξασκούν τη ψυχοθεραπεία σε αυτά τα προγράμματα επιβάλλεται να είναι ειδικά εκπαιδευμένοι (συμπεριλαμβανομένης της εποπτείας).

Συνήθεις στρατηγικές για ψυχοθεραπεία σε πρόγραμμα υποκατάστασης:

1. Αφιέρωση τμήματος κάθε θεραπείας στη διαχείριση των πιο πρόσφατων επιτυχιών και αποτυχιών των ασθενών αναφορικά με τη χρήση ουσιών.
2. Υιοθέτηση ενός περισσότερο ενεργού θεραπευτικού ρόλου από ότι απαιτείται για τις συνυπάρχουσες διαταραχές.
3. Ισχυροποίηση των ασθενών να αποφασίσουν να διακόψουν τη χρήση ουσιών (βοήθεια να φανταστούν ή να ανακαλέσουν τη ζωή χωρίς ουσίες για να αντικαταστήσουν αναμνήσεις απόλαυσης της χρήσης ουσιών).
4. Εκπαίδευση των ασθενών ώστε να αναγνωρίζουν προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής και να αναπτύξουν δεξιότητες αντιμετώπισης.
5. Στήριξη των ασθενών ώστε να επαναδιευθετήσουν προτεραιότητες έτσι ώστε να μην απασχολούνται με τη χρήση ουσιών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την απόκτηση δεξιοτήτων εργασίας, την ανάπτυξη χόμπι, ή τον ανασχηματισμό σχέσεων.
6. Βοήθεια στους ασθενείς να διαχειριστούν επώδυνα συναισθήματα (από μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, αυτό αφορά την διερεύνηση των αιτιών αυτών των συναισθημάτων).
7. Βοήθεια στους ασθενείς να ενδυναμώσουν την αλληλεπιδραστική τους λειτουργικότητα και τα κοινωνικά στηρίγματά τους έτσι ώστε οι ανταμοιβές της φιλίας και των σχέσεων να αντικαταστήσουν αυτές της χρήσης ουσιών.
8. Χρήση της ψυχοθεραπείας μόνο όταν έχει αναπτυχθεί με τον ασθενή μια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία και υπάρχουν και άλλες υποστηρικτικές δομές για να προστατεύσουν από μια υποτροπή.

Εκπαίδευση των ασθενών και ψυχοεκπαίδευση: Σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να γίνει σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Και οι δύο τύποι μπορεί να αφορούν την παρουσίαση πληροφοριών για την κατάχρηση ουσιών μόνο στους ασθενείς, σε ομάδες, ή στις οικογένειές τους. Η ψυχοεκπαίδευση έχει να κάνει με την πλήρη γκάμα των αναγκών των ασθενών, περιλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την προσωπική ανάπτυξη, τη διασκέδαση, την υγεία και επαγγελματικές ανάγκες ή ανάγκες σχετικά με τις σχέσεις, ενώ ταυτόχρονα απευθύνονται στις συμπεριφορές και τα συναισθήματα των ασθενών για να διασφαλίσουν ότι ένα μήνυμα έχει γίνει κατανοητό και έχει εσωτερικευτεί.

Στρατηγικές ψυχοεκπαίδευσης σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης:

1. Εισαγωγή της ψυχοεκπαίδευσης στην αρχή της θεραπείας έτσι ώστε να εξυπηρετήσει ως ένας προσανατολισμός στις λειτουργικές και αναρρωτικές/ θεραπευτικές διαδικασίες
2. Ανάμιξη των μελών της οικογένειας και επιλεγμένων φίλων, με τη συναίνεση των ασθενών. Η παροχή καθοδήγησης είναι το πως να στηρίξουν τους ασθενείς στις προσπάθειές τους για ανάρρωση.
3. Προσαρμογή εκπαιδευτικών στρατηγικών και υλικών στην κουλτούρα του ασθενή και της οικογένειας.
4. Συζήτηση για τη μεθαδόνη, τη βουπρενορφίνη και άλλα θεραπευτικά φάρμακα, καθώς και αποσαφήνιση των μύθων που σχετίζονται με τη χρήση τους.
5. Συζήτηση των επιπτώσεων της συνεχούς χρήσης ουσιών. Υποθετικές ερωτήσεις για τη χρήση αλκοόλ και ουσιών, και διασαφήνιση ότι τέτοια χρήση υπονομεύει την θεραπεία.
6. Συζήτηση σεξουαλικών συμπεριφορών που μπορεί να επηρεάσουν την υποτροπή, περιλαμβάνοντας την ανταλλαγή σεξ για ουσίες, τη χρήση ουσιών για να λειτουργήσουν σεξουαλικά ή να εντείνουν το σεξ, τη σεξουαλική αποχή, και την οικειότητα ή το σεξ ενώ δεν κάνουν χρήση ουσιών.
7. Συζήτηση της δύναμης των ερεθισμάτων με ασθενείς και οικογένειες. Για παράδειγμα, η μερική συζήτηση για την ηρωίνη μπορεί να είναι ένα ερέθισμα για να ξαναρχίσει ο ασθενής τη χρήση.
8. Σύσταση ειδικών ομάδων για να συζητηθεί η γονεϊκότητα, η φροντίδα των παιδιών, γυναικεία θέματα, η αντιμετώπιση των μολυσματικών ασθενειών κλπ.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Επειδή η εξάρτηση από τα οπιοειδή είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή, συνιστάται η χρήση τεχνικών πρόληψης της υποτροπής. Ένα χρήσιμο εγχειρίδιο πρόληψης των υποτροπών είναι το Relapse Prevention Workbook (Daley 2002). Οι στρατηγικές πρόληψης υποτροπών διακρίνουν τις παρεκτροπές ή ολισθήματα (slips) από τις υποτροπές (relapses), με τις πρώτες να θεωρούνται ηπιότερα επεισόδια χρήσης, όπου όμως απαιτείται πρόληψη ώστε να μην επιδεινωθούν.

Στόχοι των ασθενών στο χτίσιμο των δεξιοτήτων της πρόληψης της υποτροπής

1. Κατανόηση της υποτροπής ως μια διαδικασία, όχι ως γεγονός
2. Ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων αντιμετώπισης σε συνθήκες υψηλού κινδύνου.

3. Να γίνουν αλλαγές στο στιλ ζωής που να μειώνουν την ανάγκη χρήσης ουσιών.
4. Αύξηση της συμμετοχής σε υγιείς δραστηριότητες.
5. Κατανόηση και διευθέτηση των κοινωνικών πιέσεων για τη χρήση ουσιών.
6. Ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού δικτύου πρόληψης της υποτροπής (π.χ. με τους σημαντικούς άλλους).
7. Ανάπτυξη μεθόδων αντιμετώπισης αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων.
8. Εκμάθηση μεθόδων αντιμετώπισης των γνωσιακών διαστρεβλώσεων.
9. Ανάπτυξη ενός σχεδίου για την εμπόδιση μιας παρεκτροπής ή μιας υποτροπής.
10. Αναγνώριση προειδοποιητικών σημείων της υποτροπής, συμπεριλαμβανομένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων και προειδοποιητικών σημάτων.
11. Καταπολέμηση των μνημονικών εγχαράξεων της ευφορίας που σχετίζεται με την κατάχρηση ουσιών
12. Ενίσχυση αναμνήσεων με της αρνητικές πλευρές της χρήσης ουσιών.
13. Υπερνίκηση της επιθυμίας για προσπάθεια να επανακτήσουν τον έλεγχο της χρήσης παράνομων ουσιών ή κατάχρησης ουσιών ή της συνταγογράφησης ουσιών.
14. Αποφυγή ανθρώπων, χώρων και πραγμάτων που μπορεί να προκαλέσουν τη χρήση ουσιών
15. Ανάπτυξη ευχάριστων και επιβραβευτικών εναλλακτικών της χρήσης ουσιών.

Ο θεραπευτής είναι αναγκαίο να μπορεί να αναγνωρίζει τα σημεία μιας επαπειλούμενης υποτροπής, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται (Washton, 1988):

1. Η ψευδαίσθηση του αισθήματος πως κάποιος έχει θεραπευτεί κατόπιν διαστήματος αποχής ορισμένων εβδομάδων ή μηνών
2. Η πεποίθηση πως κάποιος μπορεί να ελέγξει τη χρήση του και πως μπορεί να κάνει κοινωνική χρήση ουσιών
3. Εξιδανικευμένες αναμνήσεις της ευφορίας που σχετίζεται με τις ουσίες. Το να θυμάται κανείς τα ευχάριστα αποτελέσματα και να λησμονεί εκλεκτικά τις δυσάρεστες επιδράσεις
4. Υπερβολικές αντιδράσεις στις επιθυμίες και πόθους χρήσης ουσιών, οδηγώντας κανείς τον εαυτό του στο συμπέρασμα πως η θεραπεία είναι αναποτελεσματική και η αποχή μη βιώσιμη
5. Άρνηση της ευαλωτότητας και απόρριψη της αποδοχής της πιθανότητας υποτροπής, οδηγώντας σε υπερβολικές αντιδράσεις

όταν η υποτροπή πράγματι συμβαίνει (μεταξύ αυτών και η διακοπή της θεραπείας)

6. Είσοδος σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άρνηση του κινδύνου και αυτοδοκιμασία ή αυτοϋπονόμηση

Στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής για πολλαπλή χρήση ουσιών: Οι ασθενείς που κάνουν κατάχρηση πολλαπλών ουσιών μπορεί να απαιτούν τροποποιημένες στρατηγικές πρόληψης των υποτροπών. Ξεχωριστές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αναγκαίες για κάθε ουσία εξαιτίας του ότι η συσχετιζόμενοι κίνδυνοι υποτροπής είναι διαφορετικοί για την κάθε μία. Οι αντιλήψεις των πραγματικών κινδύνων υποτροπής για την ίδια ουσία μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα στους ασθενείς. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να συσχετίζει τη χρήση ηρωίνης με την κοινωνικοποίηση και την χρήση κοκαΐνης με την ανακούφιση από την κατάθλιψη.

Κάποιοι ερευνητές έχουν παρατηρήσει ότι μια συνέπεια της παραβίασης της αποχής μπορεί να συμβεί όταν ένας ασθενής απέχει από μια ουσία αλλά μετά κάνει υποτροπή και πιθανώς κάνει εξαντλητική χρήση. Η αντίδραση των ασθενών ποικίλει και συχνά εξαρτάται στο πόσο πολύ εκείνος ή εκείνη αντιλαμβάνεται την υποτροπή ως μια προσωπική αποτυχία. Όταν συμβαίνει μια υποτροπή, η αυτοεκτίμηση των ασθενών μπορεί να εκπέσει και να προσπαθήσει ο ασθενής να το διορθώσει αυτό συνεχίζοντας ή αυξάνοντας τη χρήση ουσιών. Οι θεραπευτές χρειάζεται να είναι σε εγρήγορση για αυτό το φαινόμενο και να εκπαιδεύσουν κατάλληλα τους ασθενείς.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbott, P.J.; Moore, B.; and Delaney, H. Community reinforcement approach and relapse prevention: 12 and 18 month follow-up. *Journal of Maintenance in the Addictions* 2(3):35-50, 2003.
- Bell, J. Quality improvement for methadone maintenance treatment. *Substance Use & Misuse* 3 Kang, S.-Y.; Magura, S.; Nwakeze, P.; and Demsky, S. Counselor attitudes in methadone maintenance. *Journal of Maintenance in the Addictions* 1(2):41-58, 1997. 5(12-14):1
- Bell, J., Chan, J., Kuk, A. *Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance*. *Addiction* 90:823-30., 1995
- Bird, S.M., Hutchinson, S.J. Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-99, *Addiction*, Feb;98(2):185-90, 2003
- Brooner, R.; Kidorf, M.; King, V.; Beilenson, P.; Svikis, D.; and Vlahov, D. Drug abuse treatment success among needle exchange participants. *Public Health Reports* 113(Suppl. 1):129-139, 1998.
- Brooner, R.K., and Kidorf, M. Using behavioral reinforcement to improve methadone treatment participation. *Science & Practice Perspectives* 1(1):38-49, 2002.
- Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association HIV/ AIDS and injection drug use: A National Action Plan, Ottawa, 1997
- Caplehorn, J.R. *A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance treatment*, *Int J. Addict.* 29:1361-75., 1994
- Caplehorn, J.R., and Drummer, O.H. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: Lives lost and saved. *Medical Journal of Australia* 170(3):104-109, 1999.
- Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US) Medication-Assisted Treatment for Opioid

- Addiction in Opioid Treatment Programs, *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 43* Report No.: (SMA) 05-4048, 2005
- Condelli, W.S. Strategies for increasing retention in methadone programs. *Journal of Psychoactive Drugs* 25(2):143-147, 1993.
- Crowley, T.J. Research on contingency management of drug dependence: Clinical implications and future directions. In: Higgins, S.T., and Silverman, K., eds. *Motivating Behavior Change Among Illicit-Drug Abusers*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.
- Czuchry, M., and Dansereau, D.F. A model of the effects of node-link mapping on drug abuse counseling. *Addictive Behaviors* 28(3):537-549, 2003.
- Daley, D.C. *Relapse Prevention Workbook for Recovering Alcoholics and Drug-Dependent Persons*, 3d ed. Holmes Beach, FL: Learning Publications, Inc., 2002.
- Dolan, K., Hall, W. & Wodak, A. The provision of methadone in prison settings, in Wrd, J., Mattick, R.P. & Hall (Eds), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp379-396), Overseas Publisher Association, Harwood Academic Publisher, Amsterdam, 1998
- Ehrman RN, Robbins SJ. Reliability and validity of 6-month timeline reports of cocaine and heroin use in a methadone population. *J Consult Clin Psychol.* Aug;62(4):843-50, 1994
- Fallon, B.M. The Key Extended Entry Program (KEEP): From the community side of the bridge. *Mount Sinai Journal of Medicine* 68(1):21-27, 2001.
- Gowing, L., Ali, R., White, J. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal, the Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd., 2008
- Grella, C.E., and Wugalter, S.E. Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. *Journal of Drug Issues* 27(2):203-224, 1997.
- Griffith, J.D.; Rowan-Szal, G.A.; Roark, R.R.; and Simpson, D.D. Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 58(1-2):55-66, 2000.
- Gruber, K.; Chutuape, M.A.; and Stitzer, M.L. Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: A short-term evaluation. *Drug and Alcohol Dependence* 57(3):211-223, 2000.
- Hartel, D.M., and Schoenbaum, E.E. Methadone treatment protects against HIV infection: Two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports* 113(Suppl. 1):107-115, 1998.
- Hoffman, J.A., and Moolchan, E.T. The phases-of-treatment model for methadone maintenance: Implementation and evaluation. *Journal of Psychoactive Drugs* 26(2):181-197, 1994.
- Joe, G.W.; Simpson, D.D.; and Broome, K.M. Effects of readiness for drug

- abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction* 93(8):1177-1190, 1998.
- Joe, G.W.; Simpson, D.D.; Dansereau, D.F.; and Rowan-Szal, G.A. Relationships between counseling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Psychiatric Services* 52(9):1223-1229, 2001.
- Joseph, H.; Stancliff, S.; and Langrod, J. Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historical and clinical issues. *Mount Sinai Journal of Medicine* 67(5-6):347-364, 2000.
- Kidorf, M.; King, V.L.; and Brooner, R.K. Integrating psychosocial services with methadone treatment. In: Strain, E.C., and Stitzer, M.L., eds. *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999, pp. 166-195. 735-1756, 2000.
- Koester, S.; Anderson, K.; and Hoffer, L. Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: Cynical performance or self-prescribed risk reduction?
- Kwiatkowski, C.F.; Booth, R.E.; and Lloyd, L.V. The effects of offering free treatment to street-recruited opioid injectors. *Addiction* 95(5):697-704, 2000.
- Leavitt, S.B.; Shinderman, M.; Maxwell, S.; Eap, C.B.; and Paris, P. When «enough» is not enough: New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mount Sinai Journal of Medicine* 67(5-6):404-411, 2000.
- Magura, S., and Rosenblum, A. Leaving methadone treatment: Lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mount Sinai Journal of Medicine* 68(1):62-74, 2001.
- Magura, S.; Nwakeze, P.C.; and Demsky, S. Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction* 93(1):51-60, 1998.
- Magura, S.; Nwakeze, P.C.; Kang, S.-Y.; and Demsky, S. Program quality effects on patient outcomes during methadone maintenance: A study of 17 clinics. *Substance Use & Misuse* 34(9):1299-1324, 1999.
- Marlowe, D.B.; Glass, D.J.; Merikle, E.P.; Festinger, D.S.; DeMatteo, D.S.; Marczyk, G.R.; and Platt, J.J. Efficacy of coercion in substance abuse treatment. In: Tims, F.M.; Leukefeld, C.G.; and Platt, J.J., eds. *Relapse and Recovery in Addictions*. New Haven, CT: Yale University Press, 2001, pp. 208-227.
- Marlowe, D.B.; Glass, D.J.; Merikle, E.P.; Festinger, D.S.; DeMatteo, D.S.; Marczyk, G.R.; and Platt, J.J. Efficacy of coercion in substance abuse treatment. In: Tims, F.M.; Leukefeld, C.G.; and Platt, J.J., eds. *Relapse and Recovery in Addictions*. New Haven, CT: Yale University Press, 2001, pp.
- McLellan, A.T.; Arndt, I.O.; Metzger, D.S.; Woody, G.E.; and O'Brien, C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 269(15):1953-1959, 1993.

- McLellan, A.T.; Hagan, T.A.; Levine, M.; Meyers, K.; Gould, F.; Bencivengo, M.; Durell, J.; and Jaffe, J. Does clinical case management improve outpatient addiction treatment: *Drug and Alcohol Dependence* 55(1-2):91-103, 1999.
- McLellan, A.T.; Lewis, D.C.; O' Brien, C.P.; and Kleber, H.D. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 284(13):1689-1695, 2000.
- Metcalf, L.; Thomas, F.N.; Duncan, B.L., Miller, S.D.; and Hubble, M.A. What works in solution-focused brief therapy: A qualitative analysis of client and therapist perceptions. In: Miller, S.D.; Hubble, M.A.; and Duncan, B.L., eds. *Handbook of Solution- Focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996, pp. 335-349
- Miller, W.R., and Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2d ed. New York: Guilford Press, 2002.
- National Institute on Drug Abuse- NIDA (Ed). (2009). Principles of Drug Addiction Treatment: a research based guide NIH National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide UNITED NATIONS New York, 2003
- Neale J, Robertson M, .Drug Alcohol Depend. 2003 Jul 20;71(1):57-64. Comparisons of self-report data and oral fluid testing in detecting drug use amongst new treatment clients
- Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E. *Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis*. Subst Use Misuse, Oct-Dec, 35(12-14):1931-65., 2000
- Prochaska, J.O., and Di Clemente, C.C. Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press, 1986, pp. 3-27.
- Rawson R.A.; Huber, A.; McCann, M.; Shoptaw, S.; Farabee, D.; Reiber, C.; and Ling, W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 59(9):817-824, 2002.
- Rhoades, H.M.; Creson, D.; Elk, R.; Schmitz, J.; and Grabowski, J. Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: Methadone dose and visit frequency. *American Journal of Public Health* 88(1):34-39, 1998
- Robles, E.; Silverman, K.; and Stitzer, M.L. Contingency management therapies. In: Strain, E.C., and Stitzer, M.L., eds. *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999, pp. 196-222.

- Sandberg, G.G., and Marlatt, G.A. Relapse prevention. In: Ciraulo, D.A., and Shader, R.I., eds. *Clinical Manual of Chemical Dependence*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991, pp. 377-399.
- Silverman, K.; Preston, K.L.; Stitzer, M.L.; and Schuster, C.R. Efficacy and versatility of voucher-based reinforcement in drug abuse treatment. In: Higgins, S., and Silverman, K., eds. *Motivating Behavior Change Among Illicit-Drug Abusers: Research on Contingency Management Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999, pp. 163-181.
- Simpson, D.D.; Joe, G.W.; and Rowan-Szal, G. Drug abuse treatment retention and pro-cess effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 47(3):227-235, 1997.
- Stewart, L.M., Henderson, C.J., Hobbs, M.S., Ridout, S.C., Knuiman, M.W. (2004). Risk of death in prisoners after release from jail, Aust N Z J Public Health, Feb;28(1):32-6.
- Strain, E.C.; Bigelow, G.E.; Liebson, I.A.; and Stitzer, M.L. Moderate- vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: A randomized trial. *JAMA* 281(11):1000-1005, 1999.
- Uchtenhagen A., Schaub. M. Minimum Quality Standards in Drug DemandReduction EQUS Contract nr. JLS/2010/DPIP/PR/1023 – 30-CE-0336534/00-50 Final report Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich, 2011
- Verster, A. & Bunning E. Buprenorphine: Critical Questions Examined, © Quest for Quality BV, Euro-Methwork, Amsterdam, The Netherlands, 2005
- Verster, A., Bunning, E. Information for Policy Makers on the effectiveness of substitution treatment programs, 2003
- Verster, A., Bunning, E. Methadone Guidelines, Euromethwork, Amsterdam, The Netherlands, 2000
- Washton, A.M. Preventing relapse to cocaine. *Journal of Clinical Psychiatry* 49(Suppl.):34- 38, 1988.
- Woody, G.E. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *American Journal on Addictions* 12(Suppl. 2):S19-S26, 2003.
- Woody, G.E., and Cacciola, J. Review of remission criteria. In: Widiger, T.; Frances, A.; Pincus, H.; First, M.; Ross, R.; and Davis, W., eds. *DSM-IV Sourcebook*, Volume 1. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994, pp. 67-80.
- Zanis, D.A., and Woody, G.E. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. *Drug and Alcohol Dependence* 52:257-260, 1998.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας Ε.Κ.Π.Ν.Τ-EMCDDA (Ed) (2002). *Ετήσια Έκθεση 2001: Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Νορβηγία*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λουξεμβούργο

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας Ε.Κ.Π.Ν.Τ-EMCDDA (Ed) (2003). *Ετήσια Έκθεση 2003: Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Νορβηγία*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λουξεμβούργο

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας Ε.Κ.Π.Ν.Τ-EMCDDA (Ed) (2005). *Ετήσια Έκθεση 2005: Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λουξεμβούργο

Ιατρίδης, Δ.Σ. (2005). *Οργανισμοί Κοινωνικής Φροντίδας: Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής για Ανάπτυξη*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κοκκέβη, Α. (2002). *Ναρκωτικά: Διάλογος ή Σύγχυση*, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Αθήνα

Κοκκώλης Κ. (2011) Η Μεθαδόνη και η Βουπρενορφίνη στην Θεραπεία Υποκατάστασης, Κλινική Ψυχοφαρμακολογία, Επίκαιρα Θέματα, Κώστας Σολδάτος & Δημήτρης Δικαίος (Επιμέλεια), βήτα Medical Arts, Αθήνα

Κοκκώλης, Κ (2001a). Η Βουπρενορφίνη στην Θεραπεία υποκατάστασης, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Αθήνα

Κοκκώλης, Κ (2001b). Η Μεθαδόνη στην Θεραπεία υποκατάστασης, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Αθήνα

Κοκκώλης, Κ., Αναγνώστου, Ο. (2003). *Θεραπεία Διαταραχών Χρήσης Ουσιών*, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Αθήνα

Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών ΟΚΑΝΑ (2012). Απολογισμός Έργου Διετίας 2010-2012. Αθήνα

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ**

Ο/Η υπογράφων/ ουσια θεραπευόμενος/η

Δεσμεύομαι ότι θα σεβαστώ τους παρακάτω κανόνες, η τήρηση των οποίων αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παρακολούθηση όλων των φάσεων της θεραπείας σε όλες τις δομές του ΟΚΑΝΑ και για όλη την διάρκεια της θεραπείας

1. Κατανοώ πως ο σκοπιμότητα της λειτουργίας των θεραπευτικών δομών του ΟΚΑΝΑ είναι η καταπολέμηση της χρήσης παρανόμων και τοξικών ουσιών και η μείωση κάθε είδους βλάβης που συνεπάγεται η χρήση αυτών. Δεν θα χρησιμοποιήσω τις υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ για άλλους, αθέμιτους, σκοπούς πέρα από αυτούς
2. Θα καταβάλλω κάθε προσπάθεια, με τη βοήθεια των υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ, να μη χρησιμοποιώ άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (όπως αυτές ορίζονται στο Άρθρο 1 του Νόμου 3459/2006, συμπεριλαμβανομένων των βενζοδιαζεπινών και του αλκοόλ), πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή, που θα μου χορηγεί αποκλειστικά το θεραπευτικό πρόγραμμα.
3. Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής θα γίνεται πάντα με ιατρική ένδειξη, υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του προσωπικού, σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία
4. Θα παρέχω βιολογικά δείγματα για τοξικολογικό και άλλο εργαστηριακό έλεγχο όποτε αυτό μου ζητείται, υπό την εποπτεία του προσωπικού και σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία
5. Δεν θα κάνω κατάχρηση αλκοόλ και θα υποβάλλομαι σε τεστ χρήσης αλκοόλ όποτε αυτό μου ζητηθεί.
6. Εμβολιασμοί ή άλλες φαρμακευτικές ή χειρουργικές θεραπείες που θα κριθούν απαραίτητες, καθώς και οι συμβουλευτικές ή ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες αποτελούν ουσιαστικό και αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας και δεσμεύομαι πως θα συμμορφωθώ απολύτως με αυτές
7. Θα σέβομαι και θα τηρώ το ωράριο λειτουργίας του κάθε προγράμματος, καθώς και τους κανόνες της υγιεινής και ευπρέπειας εντός αυτού
8. Κατανοώ πως ενδεχόμενη συμμετοχή μου σε αξιόποινες πράξεις, ακόμη και εκτός των δομών, μπορεί να αποτελέσει αιτία διακοπής της θεραπείας.
9. Κατανοώ ότι η χρήση ή η απειλή χρήσης βίας –φυσικής ή λεκτικής- η σεξουαλική παρενόχληση, η καταστροφή της περιουσίας του ΟΚΑΝΑ και η παρακώλυση της λειτουργίας των θεραπευτικών διαδικασιών μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματη και άμεση απομάκρυνση μου από το πρόγραμμα.
10. Δεσμεύομαι πως θα τηρώ τους κανόνες που ορίζει το ισχύον για κάθε φάση θεραπευτικό πλαίσιο του ΟΚΑΝΑ, για το οποίους θα ενημερώνομαι εγκαίρως από το προσωπικό του ΟΚΑΝΑ

Ο/Η Θεραπευόμενος/ η

Ημερομηνία

Υπογραφή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ

Μετάφραση και προσαρμογή από Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment (2005) *Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs TIP43*

Αφού διαπιστωθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς και προσδιοριστούν οι καλύτερες διαθέσιμες υπηρεσίες και επίπεδα φροντίδας, θα πρέπει να αναπτυχθεί το θεραπευτικό πλάνο, σε συνεργασία με τον ασθενή.

Σχεδιάζοντας το θεραπευτικό πλάνο: Το θεραπευτικό πλάνο στο Πρόγραμμα Ολοκληρωμένης Θεραπείας προτείνεται από τη διεπιστημονική ομάδα και στη συνέχεια συζητείται και προσαρμόζεται με τη συμμετοχή και τη συνεργασία των ίδιων των ασθενών. Βασισμένο στην αξιολόγηση – εκτίμηση και την προσωπική ιστορία του κάθε ασθενούς, το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό και προσαρμοσμένο στις ανάγκες, τις δυνατότητες και τους στόχους του. Ένα καλό θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει **βραχυπρόθεσμους** και **μακροπρόθεσμους στόχους** καθώς και συγκεκριμένες **ενέργειες** που χρειάζονται για να επιτευχθεί ο κάθε στόχος. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους, που θα επιτρέπουν την αξιολόγηση του βαθμού επίτευξής τους.

Ο ρόλος του θεραπευτή στην ανάπτυξη του θεραπευτικού πλάνου: Ο θεραπευτής θα πρέπει να εξασφαλίζει ότι το θεραπευτικό πλάνο βασίζεται στο σεβασμό της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ασθενή και ταυτόχρονα κινητοποιεί τον ασθενή να γίνει συνεργάτης στη διαδικασία αλλαγής. Αυτός ο ρόλος, που δίνει μεγάλη ευθύνη στο θεραπευτή, συνήθως ενσωματώνει συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, με τις οποίες οι θεραπευτές επιδιώκουν να ενδυναμώσουν την κινητοποίηση του ασθενή για αλλαγή, με την επικέντρωση στις δυνατότητές του και με σεβασμό στις αποφάσεις του. Για να εμπλέξουν τους ασθενείς στη διαδικασία σχεδιασμού του θεραπευτικού πλάνου, οι θεραπευτές θα πρέπει να εφαρμόσουν κινητοποιητικές στρατηγικές. Έρευνες έχουν δείξει ότι αντιπαραθετική συμβουλευτική συχνά οδηγεί σε θεραπευτική αποτυχία.

Ο ρόλος του ασθενούς στην ανάπτυξη του θεραπευτικού πλάνου: Οι ασθενείς οι οποίοι συμφωνούν με τη θεραπευτική προσέγγιση τείνουν να αυξάνουν τις πιθανότητες τους για βελτίωση. Η συμμετοχή του ασθενούς στο

σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου μπορεί να τον κινητοποιήσει και να οδηγήσει σε θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως είναι τα υψηλότερα ποσοστά αποχής από τη χρήση. Όταν είναι δυνατό, το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να είναι γραμμένο με τα λόγια του ασθενούς, ώστε να περιγράφει τις ιδιαίτερες ανάγκες, ικανότητες και προτιμήσεις αλλά και τα προβλήματά του.

Άλλοι παράγοντες στην ανάπτυξη του θεραπευτικού πλάνου: Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να ενσωματώνει μία εκτίμηση των γλωσσικών και πολιτισμικών παραγόντων, που μπορεί να έχουν επίδραση στη θεραπεία του ασθενούς είτε θετικά είτε αρνητικά. Οι θεραπευτές χρειάζεται να εργάζονται συνεργατικά με τους ασθενείς, ώστε να προσδιορίσουν τα πολιτισμικά πιστεύω τις αξίες και τις πρακτικές που σχετίζονται με την υγεία και να τονίζουν τους παράγοντες αυτούς στο θεραπευτικό πλάνο.

Κινητοποίηση για θεραπεία: Στο θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να ενσωματώνονται κινητοποιητικές στρατηγικές. Ως μέρος αυτής της διαδικασίας, η θεραπευτική ομάδα μπορεί να επωφεληθεί από την κατανόηση των σταδίων αλλαγής και των επιδράσεων τους στην πρόοδο του ασθενή.

(Ένα χρήσιμο μοντέλο των σταδίων της αλλαγής είναι αυτό των Prohaska και DiClemente, το οποίο διακρίνει 5 στάδια στην ετοιμότητα του ασθενή για αλλαγή κατά τη διάρκεια της θεραπείας της εξάρτησης: 1.Περισυλλογή 2.Απόφαση 3.Δράση 4.Συντήρηση 5.Υποτροπή. Ένα προηγούμενο στάδιο, η προ-περισυλλογή παίζει επίσης ρόλο. Συνιστάται η εξοικείωση των θεραπευτών με το μοντέλο αυτό μέσα από σύντομη εκπαίδευση που μπορεί να οργανωθεί από τους ήδη εκπαιδευμένους θεραπευτές.)

Ιδανικά οι ασθενείς και οι θεραπευτές θα πρέπει να αναπτύσσουν θεραπευτικές επιλογές βασισμένες στην ετοιμότητα του ασθενούς για θεραπεία, η οποία μπορεί να καθοριστεί με τον προσδιορισμό του σταδίου στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής.

Στοιχεία του θεραπευτικού πλάνου: Επειδή μερικοί ασθενείς χρειάζονται βοήθεια σε πολλούς τομείς, το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να αναφέρεται σε μετρήσιμους και εφικτούς στόχους, σχετικούς με την παρούσα κατάσταση του ασθενή.

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι, όπως η επαγγελματική κατάρτιση μπορεί να απορρέουν από ένα μακροπρόθεσμο στόχο, όπως μία πλήρης απασχόληση. Τα θεραπευτικά πλάνα θα πρέπει να είναι απλά και όχι πολύ περιεκτικά, ώστε να μην εξοντώνουν τους ασθενείς με στόχους που πρέπει να πετύχουν.

Τα θεραπευτικά πλάνα θα πρέπει να αναθεωρούνται περιοδικά, όταν διαπιστώνεται δυσκολία, στασιμότητα ή και πρόοδος. Ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει ένα αντίγραφο του θεραπευτικού πλάνου.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Η παρακάτω μελέτη περίπτωσης, μολονότι αναφέρεται σε δεδομένα των Η.Π.Α. θεωρούμε ότι μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση του θεραπευτικού πλάνου.

Μία ασθενής 30 ετών, Ισπανικής καταγωγής, μητέρα 2 παιδιών, χωρισμένη εδώ και 3 χρόνια, άφησε το σχολείο στα 15 της χρόνια όταν έμεινε έγκυος. Ως ανύπαντρη μητέρα, υπό τη φροντίδα του κράτους, ξεκίνησε την ηρωίνη στα 17 της χρόνια, ενδοφλέβια.

Γεννήθηκε στο Πουέρτο Ρίκο και η οικογένεια της μετανάστευσε στις ΗΠΑ όταν ήταν 10 ετών. Είναι η μικρότερη από τα 5 παιδιά της οικογένειας. Ο πατέρας της, άνεργος ζωγράφος και αλκοολικός, κακοποιούσε σωματικά τη μητέρα της. Πέθανε από κίρρωση του ήπατος. Η σχέση της ασθενούς με τη μητέρα της ήταν πάντα διαταραγμένη. Ανέφερε ότι ποτέ δεν αισθάνθηκε ενδιαφέρον ή αγάπη από τη μητέρα της.

Για να υποστηρίξει τον τρόπο ζωής της, που περιλαμβάνει χρήση αλκοόλ κοκαΐνης και ηρωίνης, η ασθενής κέρδιζε χρήματα από την πορνεία, που την οδήγησε στο να πουλά ναρκωτικά, να κλέβει αλλά και σε άλλες αξιόποινες πράξεις. Παντρεύτηκε, αφού γέννησε το δεύτερο παιδί της, αλλά σύντομα χώρισε. Μετά το διαζύγιο, πήγε να ζήσει με τη μητέρα της. Οι κοινωνικές υπηρεσίες τοποθέτησαν τα παιδιά της σε ανάδοχη οικογένεια, γιατί η ίδια τα παραμελούσε. Ύστερα από αυτό, η μητέρα της την έδιωξε από το σπίτι.

Η ασθενής προσήλθε σε Π.Υ. με κίνητρο να ξαναπάρει την κηδεμονία των παιδιών της. Είπε ότι ήθελε να σταματήσει τη χρήση και να αλλάξει ζωή: να αποκτήσει σταθερή στέγη να σταματήσει την πορνεία. Παρόλο που σταθεροποιήθηκε στη μεθαδόνη συνέχιζε σταθερά τη χρήση κοκαΐνης, ύστερα από 6 μήνες θεραπεία. Όσο ήταν στο Π.Υ. βρέθηκε θετική σε HIV. Έχει σοβαρή κατάθλιψη με αυτοκτονικό ιδεασμό.

Παρόλο που έχουν γίνει προσπάθειες, δεν έχει σταματήσει τη χρήση κοκαΐνης.

Το θεραπευτικό πλάνο της ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Βραχυπρόθεσμοι Στόχοι:

1. Αντιμετώπιση του άμεσου κινδύνου αυτοκτονίας.

- **Στόχος:** Αντιμετώπιση του κινδύνου αυτοκτονίας, αντιμετώπιση της κατάθλιψης και αξιολόγηση της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή.
- **Δράση:** Ψυχιατρική εκτίμηση, διάγνωση και φαρμακευτική αγωγή. Επικοινωνία και συνεργασία του ψυχιάτρου με το θεραπευτή και το λοιπό προσωπικό του Π.Υ.
- **Χρόνος – στόχος:** Άμεσα, για τον αυτοκτονικό ιδεασμό. 1 μήνας, για τη σταθεροποίηση και της λοιπής ψυχιατρικής αγωγής.
- **Υπεύθυνα άτομα:** Θεραπευτής, ασθενής, ψυχίατρος
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** η ασθενής είναι πλέον σε σταθερή κατάσταση, δεν υφίσταται άμεσος κίνδυνος για τη ζωή της, λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή.
- **Μακροπρόθεσμός στόχος:** Σταθερή κατάσταση, τακτική επανεκτίμηση θεραπευτικού πλάνου

2. Στέγαση με μακροπρόθεσμο στόχο την απόκτηση μόνιμης στέγης

- **Στόχος:** Παραπομπή σε ξενώνα.
- **Δράση:** Να κάνει ραντεβού και να αιτηθεί την εισαγωγή της σε πρόγραμμα στέγασης.
- **Χρόνος – στόχος:** Αμέσως
- **Υπεύθυνα άτομα:** Ασθενής, θεραπευτής, προσωπικό του ξενώνα.
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** Αυτοαναφορά, αντίγραφο της εισαγωγής σε ξενώνα.
- **Μακροπρόθεσμός στόχος:** Πρόσβαση σε μόνιμη στέγη.

3. Να επιτευχθεί συμβουλευτική για το HIV

- **Στόχος:** Υποστήριξη και εκπαίδευση σχετικά με την κατάσταση HIV.
- **Δράση:** Συμβουλευτική σχετικά με το ασφαλές σεξ και τη μετάδοση του ιού.
- **Χρόνος – στόχος:** 4 – 6 μήνες
- **Υπεύθυνα άτομα:** Ιατρικό προσωπικό, θεραπευτής, ασθενής.
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** η ασθενής έχει ενσωματώσει την πληροφορία, οι μύθοι έχουν διαλυθεί, η ασθενής εκφράζει ετοιμότητα να διερευνήσει θεραπευτικές επιλογές.
- **Μακροπρόθεσμός στόχος:** Εισαγωγή σε θεραπεία.

4. Σχετικά με τη χρήση κοκαΐνης

- **Στόχος:** Να εκπαιδευτεί η ασθενής στις ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης κοκαΐνης και να αναπτυχθεί θεραπευτική παρέμβαση.

- **Δράση:** Να προσδιοριστεί το επίπεδο χρήσης και ετοιμότητας για αλλαγή, ανάπτυξη σχεδίου μαζί με την ασθενή: ομάδες κινητοποίησης, συμβουλευτική, έλεγχος ουσιών
- **Χρόνος – στόχος:** 2 – 4 μήνες
- **Υπεύθυνα άτομα:** Ασθενής, θεραπευτής, ιατρικό προσωπικό
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** Η ασθενής μειώνει τη χρήση κοκαΐνης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ελέγχων ουσιών, την αυτοαναφορά της, την παρατήρηση της συμπεριφοράς της και την παρακολούθηση του θεραπευτικού πλάνου.

Μακροπρόθεσμοι στόχοι

1. Αντιμετώπιση της κατάθλιψης

- **Στόχος:** Σταθεροποίηση ψυχικής κατάστασης, τόνωση αυτοεκτίμησης, κινητοποίηση.
- **Δράση:** Τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση, τακτική επικοινωνία ψυχιάτρου - θεραπευτή.
- **Χρόνος:** 6 μήνες
- **Υπεύθυνα άτομα:** Ασθενής, θεραπευτής, ψυχίατρος.
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** Η ασθενής τηρεί το θεραπευτικό πλάνο, συνεχίζει τη φαρμακευτική αγωγή (αν χρειάζεται), βελτίωση ψυχικής κατάστασης (όπως αυτή εκτιμάται από αυτοαναφορές, τον ψυχίατρο, εργαλεία, παρατηρούμενη συμπεριφορά).

2. Να ξαναπάρει την επιμέλεια των παιδιών της, μόλις έχει σταθερή στέγη

- **Στόχος:** να επανασυνδεθεί η ασθενής με την οικογένεια της, να αποκτήσει σταθερή κατοικία.
- **Δράση:** Να βοηθηθεί να λάβει υποστήριξη από το κράτος, για να εξασφαλίσει σταθερό, ασφαλές και κατάλληλο περιβάλλον για τα παιδιά. Πρόσβαση σε νομική βοήθεια, για το νομικό ζήτημα της επιμέλειας. Βοήθεια να παραμείνει μακριά από τη χρήση.
- **Χρόνος:** 1 χρόνος
- **Υπεύθυνα άτομα:** Ασθενής, θεραπευτής, κοινωνικοί λειτουργοί εσωτερικοί και εξωτερικοί, δικηγόρος.
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** Αυτοαναφορές, αναφορές της υπηρεσίας παιδικής προστασίας, αποδείξεις ενοικίου, πρόοδος στην ανάκτηση της επιμέλειας των παιδιών.

3. Ιατρική θεραπεία HIV

- **Στόχος:** Να επιτευχθεί συνεχιζόμενη εκπαίδευση και θεραπεία.

- **Δράση:** Πρόσβαση και επικοινωνία με ειδικό κέντρο για τον ιό.
- **Χρόνος:** Διαρκής
- **Υπεύθυνα άτομα:** Ασθενής, θεραπευτής, συντονιστής ομάδας, κέντρο θεραπείας.
- **Μετρήσιμο αποτέλεσμα:** Αυτοαναφορές, αναφορές κέντρου θεραπείας, εργαστηριακές εξετάσεις, αναφορές από το συντονιστή ομάδας.

[**ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ**](#)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**Η ΜΕΘΑΔΟΝΗ ΚΑΙ Η ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Κ. Κοκκώλης, Κλινική Ψυχοφαρμακολογία, Επίκαιρα Θέματα, Κώστας Σολδάτος & Δημήτρης Δικαίος (Επιμέλεια), βήτα Medical Arts 2011

Τον Μάρτιο του 2005 η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη συμπεριλήφθησαν στην 14^η έκδοση του Συμπληρωματικού Καταλόγου Στοιχειωδών Φαρμάκων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Στον κατάλογο περιλαμβάνονται απαραίτητα φάρμακα για νοσήματα προτεραιότητας ή χρήση των οποίων απαιτεί εξειδικευμένους χώρους, φροντίδα ή εκπαίδευση¹ και εξυπηρετούν τις προτεραιότητες της Δημόσιας Υγείας επιλεγόμενα με βάση τον επιπολασμό της νόσου, τις αποδείξεις αποτελεσματικότητας και ασφάλειας και το συγκριτικό πλεονέκτημα κόστους/ αποτελεσματικότητας έναντι εναλλακτικών θεραπειών². Το θέμα αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον για την χώρα μας, καθώς από τα στοιχεία του Δείκτη Αίτησης για Θεραπεία (T.D.I.) γνωρίζουμε πως το έτος 2009 84% των καταγραφών αφορούσαν την ηρωίνη σαν κύρια ουσία κατάχρησης, η ενέσιμη χρήση τον τελευταίο μήνα κάλυπτε το 37.1% επί του συνόλου με κοινή χρήση σύριγγας τον τελευταίο μήνα 10.8%³. Η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη είναι 20.181 με 8.148 από αυτούς να έχουν κάνει ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα⁴. Στην χώρα μας τα ποσοστά μόλυνσης χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών από ηπατίτιδα C είναι ιδιαίτερος υψηλά, της τάξης του 61,2%⁵.

Ακολούθως θα γνωρίσουμε την μεθαδόνη και την βουπρενορφίνη, εστιάζοντας στα βασικά φαρμακολογικά στοιχεία των ουσιών και στα ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης.

Η μεθαδόνη δρα κυρίως ως αγωνιστής των μ υποδοχέων οπιοειδών. Το αριστερόστροφο ισομερές του ρακεμικού μείγματος (L- μεθαδόνη), είναι 8 με 50 φορές ισχυρότερο στους υποδοχείς αυτούς από το δεξιόστροφο (D- μεθαδόνη). Το D ισομερές δρα ως ανταγωνιστής στους υποδοχείς του N- μεθυλ-D-ασπαρτικού (NMDA). Ως μ αγωνιστής προκαλεί αναλγησία, ευφορία

και όλες τις τυπικές δράσεις της μορφίνης. Η αναλγητική της δράση, σε παρεντερική χορήγηση είναι σχεδόν ισοδύναμη της μορφίνης, ενώ η από του στόματος χορήγηση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του λανθάνοντος χρόνου έως την έναρξη της δράσης και την μείωση του αναλγητικού αποτελέσματος με παράλληλη αύξηση της διάρκειάς του. Κατόπιν χορήγησης από του στόματος απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα σε ποσοστό 90% και ανιχνεύεται μετά από 30 λεπτά της ώρας στο πλάσμα, ενώ οι μέγιστες συγκεντρώσεις επιτυγχάνονται με την πάροδο 2 έως 6 ωρών, παρουσιάζοντας μεγάλη βιοδιαθεσιμότητα. Είναι εξαιρετικά λιποδιαλυτή, διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και κατανέμεται ευρέως στο σώμα. Περίπου 90% της ουσίας συνδέεται με τις πρωτεΐνες του πλάσματος και των ιστών. Η σύνδεση αυτή συνεισφέρει στην διατήρηση σταθερών επιπέδων μεθαδόνης για ένα πλήρες εικοσιτετράωρο καθώς μετά από επαναλαμβανόμενη χορήγηση η ουσία συσσωρεύεται στους ιστούς και η αναστροφή της πρωτεϊνικής σύνδεσης εξομαλύνει την ημερήσια διακύμανση των επιπέδων. Αυτές οι ιδιότητες προστατεύουν τους ασθενείς τόσο από την αναξιόπιστη δράση των παρανόμων οπιοειδών (όπου το αποτέλεσμα εξαρτάται και από την καθαρότητα), όσο και από τις οξύαιχμες κορυφώσεις των επιπέδων με υποκειμενικά αισθήματα έντονης ευφορίας και την αιφνίδια πτώση τους που προκαλεί το στερητικό σύνδρομο. Σε ασθενείς υπό καθημερινή χορήγηση δόσεων μεταξύ 80 και 120mg οι μέγιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα κυμαίνονται μεταξύ 400 και 1600 ng/ml, ενώ οι βασικές μεταξύ 150 και 1000 ng/ml. Αποτέλεσμα τόσο της πρωτεϊνικής σύνδεσης, όσο και του όγκου κατανομής είναι και η μικρή σχετικά διάρκεια του αναλγητικού αποτελέσματος (περίπου 4 ώρες) μετά από μονήρη δόση⁶.

Παρουσιάζει εκτεταμένη πρόσληψη, αποθήκευση και μεταβολισμό στο ήπαρ, όπου η ελεύθερη μεθαδόνη μετατρέπεται σε ανενεργούς μεταβολίτες, μέσω N-απομεθυλίωσης και αμέσου κυκλοποίησης, με την δράση του ισοενζύμου 3A4 του κυτοχρώματος P450 (CYP 3A4)⁷. Οι μεταβολίτες, καθώς και μικρές ποσότητες μεθαδόνης που δεν έχουν υποστεί μεταβολισμό αποβάλλονται στην χολή και στα ούρα. Με οξίνιση των ούρων επιτυγχάνεται αυξημένη απέκκριση τόσο της μεθαδόνης, όσο και των μεταβολιτών της. Ιδιαίτερη κλινική σημασία έχει το γεγονός ότι δεν ισχύουν σε όλους τους ανθρώπους ισότιμοι ρυθμοί μεταβολισμού και έτσι για κάποιους ασθενείς με

εντονότερο μεταβολισμό της ουσίας (high metabolizers) απαιτούνται γενικά υψηλότερες δόσεις μεθαδόνης. Ο χρόνος ημιζωής κυμαίνεται μεταξύ 24 και 36 ωρών (σε σταθερά κατάσταση, σε έναν ασθενή ο οποίος λαμβάνει μεθαδόνη για πρώτη φορά ο μέσος χρόνος ημιζωής είναι περίπου 15 ώρες). Η διάρκεια δράσης της κυμαίνεται έτσι μεταξύ 24 και 36 ωρών και στο διάστημα αυτό δεν προκαλεί ευφορία, καταστολή ή αναλγησία, δράσεις στις οποίες οι ασθενείς αναπτύσσουν σύντομα ανοχή που διατηρείται σταθερή επ' αόριστον, εφ' όσον εξακολουθούν να λαμβάνουν την ουσία. Αυτό σημαίνει πως δύνανται να βιώνουν φυσιολογικό σωματικό πόνο και συναισθηματικές αντιδράσεις, και συνεπώς η θεραπεία δύναται να παραταθεί επί μακρόν, ακόμη και εφ' όρου ζωής.

Η μεθαδόνη διαπερνά τον πλακούντα, όπως όλα τα οπιοειδή. Μακρόχρονη χορήγησή της κατά την διάρκεια της κυοφορίας μπορεί να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο του νεογνού (Neonatal Abstinence Syndrome NAS). Υπάρχει μεγάλη εμπειρία στην υποκατάσταση με μεθαδόνη για εγκύους χρήστες οπιοειδών και φαίνεται πως η πρακτική αυτή είναι ασφαλέστερη της συνεχιζόμενης κατάχρησης ηρωίνης. Κατά το τρίτο τρίμηνο ο ρυθμός μεταβολισμού ή και ο όγκος κατανομής της μεθαδόνης αλλάζουν, με αποτέλεσμα την ανάγκη για αυξημένη δοσολογία⁸.

Ο μεταβολισμός της στο ισοένζυμο 3A4 του κυτοχρώματος P450 έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία καθώς και διάφορα άλλα κοινώς χρησιμοποιούμενα φάρμακα δρουν στο ίδιο σημείο επάγοντας είτε αναστέλλοντας την ενζυμική δραστηριότητα με επακόλουθη μεταβολή των επιπέδων του φαρμάκου είτε μείωση του χρόνου ημιζωής και πιθανή μεταβολή στην κλινική εικόνα. Τον μεταβολισμό της μεθαδόνης, με επαγωγή του CYP 3A4, επιταχύνουν τα φάρμακα ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, φαινυτοίνη, καρβαμαζεπίνη, αιθυλική αλκοόλη, σε χρόνια χρήση, ως επί αλκοολισμού, βαρβιτουρικά, αντιρετροϊκά, καθώς και αγωνιστές και ανταγωνιστές οπιοειδών⁹. Το βαλπροϊκό οξύ δεν επηρεάζει τα επίπεδα μεθαδόνης αποτελώντας εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση της επιληψίας και της διπολικής διαταραχής. Η ζιδοβουδίνη δεν επηρεάζει τα επίπεδα μεθαδόνης αλλά ασθενείς σε υποκατάσταση που την λαμβάνουν έχουν υψηλότερα επίπεδα ζιδοβουδίνης από την ομάδα ελέγχου. Το ίδιο συμβαίνει με την δεσιμιμπραμίνη και την φλουβοξαμίνη. Η αλληλεπίδραση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των επιπέδων

μεθαδόνης και στερητικό σύνδρομο για την πρόληψη του οποίου απαιτείται αύξηση της δοσολογίας. Στην περίπτωση των ανταγωνιστών, το στερητικό σύνδρομο προκαλείται και μέσω εκτόπισης της μεθαδόνης από τους υποδοχείς και η χορήγησή τους αντενδείκνυται, με εξαίρεση την χορήγηση ναλοξόνης σε υπερδοσολογία από οπιοειδή. Δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί η ελάττωση των επιπέδων της μεθαδόνης και από κατάχρηση παρανόμων ουσιών, των οποίων η φύση και σύσταση είναι πολλές φορές άγνωστη. Αναστολή του CYP 3A4 και αύξηση των επιπέδων της μεθαδόνης είτε αύξηση του χρόνου ημιζωής (μπορεί να απαιτηθεί αναπροσαρμογή της δοσολογίας, προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα τοξικότητας) προκαλείται από τις ουσίες αιθυλική αλκοόλη, σε οξεία κατάχρηση, αμιτρυπτιλίνη, σιμετιδίνη, ερυθρομυκίνη, κετοκοναζόλη και φλουβοξαμίνη.

Η μεθαδόνη παρουσιάζει αθροιστική συνέργεια με τα κατασταλτικά του ΚΝΣ σε φαρμακοδυναμικό επίπεδο (π.χ. βενζοδιαζεπίνες, μείζονα νευροληπτικά κλπ) ενώ επέρχεται αύξηση της νεφρικής απέκκρισης της σε οξίνιση των ούρων και μείωση αντιθέτως σε αλκαλοποίηση. Η οξίνιση (π.χ. μέσω ασκορβικού οξέως) θα ήταν δυνατόν να έχει και κλινική σημασία σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Στον χρόνιο αλκοολισμό η εμφάνιση αυξημένων επιπέδων της μεθαδόνης στο πλάσμα χωρίς μεταβολή της δοσολογίας, μπορεί να σημαίνει ανάπτυξη κίρρωσης του ήπατος. Στην περίπτωση αυτή προβαίνουμε σε μείωση της δοσολογίας και η μεθαδόνη είναι γενικά ασφαλής, αλλά απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση.

Φάρμακα τα οποία αντενδείκνυνται λόγω της ανταγωνιστικής τους δράσης στους υποδοχείς των οπιοειδών και προκαλούν στερητικό σύνδρομο, μέσω εκτόπισης της μεθαδόνης από τους υποδοχείς, είναι η ναλτρεξόνη, ναλοξόνη, ναλμεφένη, βουπρενορφίνη, πενταζοκίνη, ναλορφίνη και ναβουφίνη. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές περιορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές σε διάφορους τομείς, όπως στην αναλγησία όπου θα πρέπει να επιλέγονται αμιγείς αγωνιστές και στον χρόνιο αλκοολισμό όπου η χρήση της ακαμπροσάτης πιθανόν να αναπληρώνει την αδυναμία χρήσης της ναλτρεξόνης. Κλινική σημασία στην θεραπεία υποκατάστασης έχει και η δυσκολία μετάβασης από μεθαδόνη σε βουπρενορφίνη, η οποία ως αγωνιστής- ανταγωνιστής μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα. Ανάλογη δυσκολία υπάρχει και για την μετάβαση από την μεθαδόνη στην

ναλτρεξόνη η οποία χορηγείται με την παρέλευση 7-14 ημερών από την διακοπή της μεθαδόνης. Δεν έχουν μέχρι σήμερα αποδειχθεί εργαστηριακές αλληλεπιδράσεις προκαλούμενες από την μεθαδόνη.

Έχει γενικά αποδειχθεί ασφαλής τόσο σε θεραπεία αποτοξίνωσης, όσο και σε μακροχρόνια υποκατάσταση και δεν υπάρχουν ενδείξεις τοξικότητας. Αν και οι ασθενείς αναπτύσσουν με την πάροδο 4-6 εβδομάδων ανοχή στις οπιοειδείς δράσεις του φαρμάκου, η ανοχή αυτή δεν είναι πλήρης ούτε και ομοιόμορφη για κάθε μία από τις δράσεις. Ευφορία, καταστολή και υπνηλία παρατηρούνται στην αρχή της θεραπείας και εάν δοθούν μεγάλες δόσεις μπορεί να εμμένουν και αργότερα, γενικά όμως υποχωρούν με την ανάπτυξη ανοχής. Άλλες επιδράσεις κυρίως αυτονομικής προελεύσεως είναι περισσότερο επίμονες και διατηρούνται επί μακρόν, όπως δυσκοιλιότητα, υπερβολική εφίδρωση, αύξηση του σωματικού βάρους, παράπονα για μείωση της σεξουαλικής διάθεσης και σεξουαλική δυσλειτουργία (διαταραχή της στύσης ή του οργασμού). Η μεθαδόνη προκαλεί ελάττωση των επιπέδων της τεστοστερόνης της ωχρινοτρόπου (LH) και της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), αλλά η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων των ορμονών και της διαταραχής της libido δεν είναι μεγάλη. Διαταραγμένη εμφανίζεται και η καμπύλη απόκρισης της κορτιζόλης στο stress. Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται τους πρώτους 12 μήνες της θεραπείας και κατά κανόνα αναπτύσσεται ανοχή, αν και ορισμένες ενδεχομένως να εμμένουν. Άλλες διαταραχές που έχουν παρατηρηθεί είναι αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, διαταραγμένη απόκριση προλακτίνης σε υπογλυκαιμία και υποθαλαμική διαταραχή που οδηγεί σε αδυναμία συμπύκνωσης των ούρων κατόπιν αφυδάτωσης. Αρκετές γυναίκες παραπονούνται για διαταραχές του καταμήνιου κύκλου, συνήθως στο πρώτο τρίμηνο της θεραπείας, που φαίνεται να σχετίζονται με τις διαταραχές της προλακτίνης. Εν γένει πάντως η λειτουργία του υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα διατηρείται στα επίπεδα του φυσιολογικού προκειμένου για ασθενείς που ακολουθούν πρόγραμμα μακρόχρονης υποκατάστασης, σε αντίθεση με την αποδιοργάνωση που παρατηρείται στην περίπτωση ενεργών χρηστών ηρωίνης, είτε και πρόσφατα αποτοξινωμένων. Στο ανοσοποιητικό σύστημα αν και in vitro μελέτες δείχνουν μείωση της κυττοτοξικότητας των killer-cells σε μεγάλες δόσεις υποκατάστασης, δεν έχουν διαπιστωθεί κλινικές μεταβολές,

ενώ αντίθετα υπάρχουν τέτοιες διαταραχές σε χρήστες ηρωίνης που δεν έχουν προσβληθεί από τον HIV¹⁰.

Στα αρχικά στάδια της θεραπείας παρατηρούνται συχνά διαταραχές του ύπνου (αϋπνία και εφιάλτες) καθώς και διαταραχές στο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα οι οποίες συνήθως επιστρέφουν στο κανονικό αλλά οι διαταραχές του ύπνου δύνανται να εμμένουν και οι ασθενείς παραπονούνται συχνά γι' αυτές. Για ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών το κύριο παράπονο είναι η εμφάνιση ήπιων έως μέσης έντασης στερητικών συμπτωμάτων (συχνότερα στο επίπεδο των υποκειμενικών συμπτωμάτων παρά με αντικειμενικά σημεία) τα οποία εμφανίζονται πριν από την επόμενη δόση¹¹.

Άλλη μία επίδραση για την οποία η ανοχή δεν είναι πάντοτε πλήρης είναι η πρόκληση ευφορίας, η οποία είναι ηπιότερη σε ένταση από αυτή που προκαλείται με τα οπιοειδή βραχείας δράσης και βιώνεται σαν ένα αίσθημα ευεξίας. Η επίδραση αυτή μπορεί να δίνει θεραπευτικό πλεονέκτημα με συγκράτηση στην θεραπεία ενός σημαντικού αριθμού ασθενών, από την άλλη όμως οδηγεί ορισμένους ασθενείς (για τους οποίους η δόση δεν είναι επαρκής) σε κατάχρηση μεθαδόνης η οποία κυκλοφορεί στην παράνομη αγορά και στην χώρα μας.

Λιγότερο συχνά αναφέρονται περιφερικό οίδημα, επίσχεση ούρων, παροδικό εξάνθημα και αρθραλγία. Από το ΚΝΣ έχουν αναφερθεί, πέραν της ευφορίας, ζάλη, κατάθλιψη, καταστολή, δυσφορία, αϋπνία, ταραχή και, σπάνια, παραλήρημα και σπασμοί. Από το γαστρεντερικό σύστημα μπορεί να εμφανιστεί, πέραν της δυσκοιλιότητας, σπασμός του σφιγκτήρα του Oddi ή κολικός, ναυτία και έμετος. Από τις συστηματικές επιδράσεις η μεθαδόνη συνδέεται με εφιδρώσεις, ερύθημα και κνίδωση. Στην περίπτωση της αναπνευστικής καταστολής (κοινή ιδιότητα όλων των οπιοειδών) η ανοχή επέρχεται σύντομα και είναι δυνατόν ακόμη και ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, με την κατάλληλη προσοχή, να παρακολουθήσουν αγωγή υποκατάστασης με μεθαδόνη. Με προσοχή θα πρέπει να δίδεται επίσης σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική δυσλειτουργία¹⁰.

Γενικά η μεθαδόνη θεωρείται ασφαλές φάρμακο και ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί σε λιγότερο από το 20% των ασθενών¹². Σε περίπτωση υπερδοσολογίας εμφανίζεται η τυπική εικόνα υπερδοσολογίας

από οπιοειδή. Θάνατοι έχουν προκληθεί σε ασθενείς που έλαβαν αρχική δόση 50 με 60 mg καθημερινά. Στις περιπτώσεις αυτές ο θάνατος επήλθε μετά από 2 έως 6 ημέρες καθημερινής χορήγησης και νεκροτομικά υπήρξαν ευρήματα χρονίας επίμονης ηπατίτιδας η οποία πιθανόν να συμμετείχε στην υπερδοσολογία λόγω μειωμένου μεταβολισμού της μεθαδόνης. Προληπτικά η αρχική δόση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 40mg, ενώ οι συνήθεις ενέργειες αντιμετώπισης της υπερδοσολογίας από οπιοειδή (εξασφάλιση της αναπνευστικής λειτουργίας και χορήγηση ναλοξόνης σε δοσολογία 0,4mg ή 0,01 mg/kg βάρους σώματος) είναι αποτελεσματικές και μάλιστα στην περίπτωση της μεθαδόνης προσφέρεται περισσότερος χρόνος (πρέπει βέβαια να έχουμε υπ' όψιν το ότι η βραχεία διάρκεια δράσης της ναλοξόνης, περίπου 40 λεπτά της ώρας, και η μακρά περίοδος ημιζωής της μεθαδόνης επιβάλλουν παρακολούθηση του ασθενούς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και χορήγηση επαναληπτικών δόσεων ναλοξόνης, με οδηγό τα ζωτικά σημεία και την διακύμανση της κλινικής εικόνας, της διαμέτρου της κόρης συμπεριλαμβανομένης, η οποία και οδηγεί διαγνωστικά στην διαπίστωση υπερδοσολογίας ή απόσυρσης)⁶.

Αντιστοίχως, κατόπιν της διακοπής της μεθαδόνης εμφανίζεται το τυπικό στερητικό σύνδρομο το οποίο, λόγω των φαρμακοκινητικών ιδιοτήτων της ουσίας, έρχεται αργότερα από αυτό που προκαλεί η ηρωίνη (24 με 48 ώρες από την τελευταία δόση), είναι ελαφρύτερο σε ένταση και μακρότερο σε διάρκεια. Η κορύφωση επέρχεται την τρίτη ημέρα και διαρκεί έως και περισσότερο από τρεις εβδομάδες. Στα τυπικά συμπτώματα που περιγράψαμε νωρίτερα στο κεφάλαιο αυτό, μπορεί να προστεθούν ληθαργικότητα και ανορεξία.

Η βουπρενορφίνη είναι ημισυνθετικό προϊόν της θηβαΐνης (φαινανθρενικό αλκαλοειδές της μήκωνος της υπνοφόρου, το οποίο περιέχεται στο όπιο). Η κύρια φαρμακολογική δράση της ασκείται στους μ και κ υποδοχείς οπιοειδών, όπου στους μ υποδοχείς δρα ως μερικός αγωνιστής (αναλγητικές, κατασταλτικές και, δύναμι, ευφοριογόνες, ιδιότητες), στους κ υποδοχείς ως ισχυρός ανταγωνιστής¹³. Η ειδική της δράση πάνω στους υποδοχείς των οπιοειδών την κατατάσσει ως Μεικτό Αγωνιστή-Ανταγωνιστή των υποδοχέων οπιοειδών. Η έκφραση του μέγιστου αποτελέσματος από την σύνδεση της βουπρενορφίνης στον μ υποδοχέα

ποσοτικά υπολείπεται από αυτό ενός πλήρους αγωνιστή, όπως η ηρωίνη, η μορφίνη, η μεθαδόνη ή το LAAM. Έτσι η αύξηση της δοσολογίας της βουπρενορφίνης πέραν ενός ορισμένου σημείου (8-12mg sl ταμπλέτας) δεν ακολουθείται από ανάλογη αύξηση των φαρμακολογικών ενεργειών παρουσιάζοντας «φαινόμενο οροφής», είναι δυνατόν ωστόσο με τον τρόπο αυτό να αυξηθεί η διάρκεια δράσης του φαρμάκου¹⁴. Παράλληλα, μεγαλύτερες δόσεις βουπρενορφίνης δεν παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες των πλήρων αγωνιστών, όπως την αναπνευστική καταστολή.

Η βουπρενορφίνη εμφανίζει εξαιρετικά μεγάλη συγγένεια προς τον μ υποδοχέα (ανάλογη συγγένεια εμφανίζει και για τον κ υποδοχέα, ενώ η συγγένεια για τον δ υποδοχέα είναι δέκα, περίπου, φορές μικρότερη) και συνδέεται με αυτόν εκτοπίζοντας τους πλήρεις αγωνιστές, με αποτέλεσμα να προκαλούνται έτσι κάποιου βαθμού στερητικά συμπτώματα -κυρίως υπό την μορφή δυσφορικού συναισθήματος- σε ένα άτομο με φυσική εξάρτηση από τα οπιοειδή. Ανταγωνίζεται δηλαδή τα υπόλοιπα οπιοειδή, τα οποία χαρακτηρίζονται από μικρότερη συγγένεια για τον υποδοχέα. Σε μικρές δόσεις θεωρείται κατά πολύ ισχυρότερη της μορφίνης: για παράδειγμα ως αναλγητικό είναι 25 με 50 φορές ισχυρότερη¹⁵ όπου 0,3mg iv βουπρενορφίνης θεωρείται πως παράγουν αναλγητικό αποτέλεσμα ισοδύναμο με 10mg iv μορφίνης, σε αντίθεση όμως με αυτήν η ισχύς του αναλγητικού αποτελέσματος δεν αυξάνει παράλληλα με την αύξηση της δοσολογίας και η δοσολογία 16-32mg sl βουπρενορφίνης αντιστοιχεί με 30-60mg iv μορφίνης. Η αγωνιστική επίδρασή της είναι αρκετή ώστε να είναι εφικτή η πρόκληση ήπιων ευφορικών συμπτωμάτων στους ασθενείς, συνήθως σε παρεντερική χορήγηση¹⁶. Στην δέσμευση των μ υποδοχέων με ισχυρή συγγένεια αποδίδεται και η ιδιότητά της να ανταγωνίζεται τους πλήρεις αγωνιστές των μ υποδοχέων και να εμποδίζει την έκφραση των χαρακτηριστικών για τα οπιοειδή ενεργειών, καθιστώντας την κατ' ουσία ωφέλιμη στην θεραπεία υποκατάστασης, όπως έχει αποδειχθεί κλινικά¹⁷.

Η βουπρενορφίνη χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά βραδύ ρυθμό αποδέσμευσης¹⁵ από τους υποδοχείς και στην ιδιότητά της αυτή οφείλεται η μεγάλη διάρκεια του θεραπευτικού αποτελέσματος, η οποία επιτρέπει χορήγηση σε αραιότερα χρονικά διαστήματα από την μεθαδόνη. Η ιδιότητα αυτή υπερσκελίζει τον μικρό χρόνο ημιζωής στο πλάσμα, καθώς αυτός

οφείλεται στον εκτεταμένο μεταβολισμό που η ουσία υφίσταται στο ήπαρ. Όσο το μόριο είναι συνδεδεμένο με τον υποδοχέα δεν κυκλοφορεί στο πλάσμα και άρα δεν μεταβολίζεται. Ο χαρακτηριστικός τρόπος δράσης της βουπρενορφίνης λοιπόν, είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στην θεραπεία υποκατάστασης, καθώς η ουσία είναι δυνατό να χορηγείται τρεις, ή ακόμη και δύο, φορές εβδομαδιαίως¹⁸. Η μακρά διάρκεια δράσης δεν ισχύει ωστόσο για το αναλγητικό αποτέλεσμα, όπου όταν χορηγείται με την ένδειξη αυτή (η παρεντερική μορφή που κυκλοφορεί σε ορισμένες χώρες, αλλά όχι στην Ελλάδα) η διάρκεια δράσης της θεωρείται βραχεία. Η σημασία της ανταγωνιστικής δράσης στον κ υποδοχέα δεν έχει κατανοηθεί πλήρως. Υπάρχουν ενδείξεις πως εκσεσημασμένη δραστηριότητα συνδέεται με συναισθηματικές και ψυχωτικές διαταραχές και η βουπρενορφίνη μπορεί να έχει αντικαταθλιπτική ή αντιψυχωτική δράση σε ορισμένους ανθρώπους. Δεν υπάρχει ωστόσο ακόμη τέτοια ένδειξη¹⁹.

Η βουπρενορφίνη χαρακτηρίζεται από φτωχή βιοδιαθεσιμότητα όταν λαμβάνεται από του στόματος (σε per os χορήγηση η βιοδιαθεσιμότητα ισοδυναμεί με μόλις 10% της υποδόριας) και το γεγονός αυτό οφείλεται στον εκτεταμένο μεταβολισμό της ουσίας στον εντερικό σωλήνα και στο ήπαρ όπου μεταφέρεται μέσω της πυλαίας φλέβας, αμέσως μετά την απορρόφηση από τον στόμαχο, προτού κατανεμηθεί στους ιστούς και τον εγκέφαλο (φαινόμενο πρώτης διόδου)¹⁵. Αντιθέτως η παρεντερική της χορήγηση προσφέρει καλή βιοδιαθεσιμότητα καθώς παρακάμπτεται με τον τρόπο αυτό η εντεροηπατική κυκλοφορία και τα κορυφαία επίπεδα επιτυγχάνονται μόλις 5-10 λεπτά από της χορηγήσεως, καθιστώντας την ένα αποτελεσματικό αναλγητικό φάρμακο, όταν χορηγείται δι' αυτής της οδού. Για θεραπεία υποκατάστασης προτιμάται η χορήγηση υπογλώσσιας ταμπλέτας, καθώς η παρεντερική οδός ενισχύει το δυναμικό κατάχρησης και παρουσιάζει διάφορα μειονεκτήματα. Η ουσία απορροφάται από τον στοματικό βλεννογόνο εντός 5-10 λεπτών της ώρας και επιτυγχάνεται έτσι βιοδιαθεσιμότητα της τάξης του 30-35% ενός παρεντερικού διαλύματος, ποσοστό που θεωρείται ικανό για τους σκοπούς της υποκατάστασης. Πέραν αυτού, η υπογλώσσια χορήγηση, επιβραδύνοντας την απορρόφηση, επιτυγχάνει μέγιστα επίπεδα πλάσματος μετά από 90-120 λεπτά της ώρας. Η σχετική ισχύς αναλόγως της οδού χορήγησης (υποδόρια, υπογλώσσια, από του στόματος) είναι 15:10:1²⁰. Νέες μορφές χορήγησης της

βουπρενορφίνης που δοκιμάζονται (διαλυόμενο φιλμ, ενέσιμη και εμφυτεύσιμη βουπρενορφίνη μακράς διάρκειας δράσεως) υπόσχονται μεγαλύτερη ευελιξία στις θεραπευτικές επιλογές και επιδιώκουν καλύτερη συμμόρφωση.

Η βουπρενορφίνη συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τις πρωτεΐνες του πλάσματος και μεταβολίζεται στο λεπτό έντερο και στο ήπαρ μέσω N-απαλκυλίωσης και σύζευξης με γλυκουρονίδια σε νορ-βουπρενορφίνη και άλλους μεταβολίτες, με την δράση του ισοενζύμου 3A4 του κυτοχρώματος P450 (CYP 3A4)²¹. Το μεγαλύτερο μέρος του φαρμάκου απεκκρίνεται στα ούρα και στα κόπρανα. Όταν χορηγείται υπογλωσσίως, παρακάμπτεται σε πρώτη φάση η εντεροηπατική κυκλοφορία και το φάρμακο, διαπερνώντας τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, συνδέεται με τους υποδοχείς και συνεχίζει να δρα μέχρι να αποδεσμευθεί (με τον χαρακτηριστικό βραδύ ρυθμό), για να μεταβολισθεί στο ήπαρ²². Με τον τρόπο αυτό, η βουπρενορφίνη και η νορ-βουπρενορφίνη, χαρακτηρίζονται από διπλή καμπύλη στον χρόνο ημιζωής, η μία με διάρκεια 3-4 ώρες και η άλλη για 24-37 ώρες από την λήψη¹⁰. Η διάρκεια της δράσης επηρεάζεται από την δοσολογία χορήγησης¹⁴. Σε δοσολογίες 2-4mg, η δράση του φαρμάκου ασκείται για 12 περίπου ώρες, ενώ σε δοσολογίες 16-32mg η δράση μπορεί να ασκείται για 48-72 ώρες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το φαινόμενο οροφής έχει ως αποτέλεσμα η αύξηση της δοσολογίας να ρυθμίζει τον χρόνο δράσης του φαρμάκου και όχι την ένταση του αποτελέσματος (όπως συμβαίνει με την μεθαδόνη και τα υπόλοιπα οπιοειδή) και αυτό έχει σημαντική κλινική χρησιμότητα. Πέραν της υψηλής συγγένειας με τους μ υποδοχείς και της βραδείας αποδέσμευσης από αυτούς, η μεγάλη διάρκεια δράσης σε μακροχρόνια χορήγηση φαίνεται να εξασφαλίζεται και μέσω βραδείας αποδέσμευσης από τον λιπώδη ιστό. Κατόπιν της απέκκρισης των συζευγμένων με γλυκουρονίδια μεταβολιτών (βουπρενορφινο- 3- γλυκουρονικό, N- απαλκυλ- βουπρενορφινο γλυκουρονικό) από την χολή, ένα ποσοστό υδρολύεται στο έντερο και επαναρροφάται.

Όπως και τα υπόλοιπα οπιοειδή διαπερνά τον πλακούντα και η μακρόχρονη χορήγηση της κατά την διάρκεια της κύησης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο του νεογνού το οποίο χαρακτηρίζεται από υψίσυχνο κλάμα, έντονα και αναποτελεσματικά αντανάκλαστικά θηλασμού,

ταχύπνοια αϋπνία και ενίοτε υπέρταση και σπασμούς. Η βουπρενορφίνη περνά στο μητρικό γάλα. Πρόσφατα η βουπρενορφίνη έλαβε έγκριση για χορήγηση κατά την διάρκεια της κύησης, ενώ σε μια υπό δημοσίευση μελέτη του National Institute of Health των ΗΠΑ φάνηκε πως η θεραπεία με βουπρενορφίνη κατά την διάρκεια της κύησης προσέφερε παρόμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη αλλά με ηπιότερο σύνδρομο απόσυρσης (Neonatal Abstinence Syndrome) για το οποίο χρειάστηκε μικρότερη δόση οπιοειδούς και μικρότερη διάρκεια παραμονής στην κλινική (10 έναντι 17.5 ημερών)²³.

Ο μεταβολισμός της βουπρενορφίνης επιτελείται από το ισοένζυμο 3A4 του κυτοχρώματος P450 (CYP 3A4), όπως στην περίπτωση της μεθαδόνης, και του LAAM. Ωστόσο, δεδομένης της υπεροχής των φαρμακοδυναμικών ιδιοτήτων σε σχέση με τις φαρμακοκινητικές -η διάρκεια της δράσης και η ισχύς εξασκούνται κυρίως στο επίπεδο του υποδοχέα, λόγω της συγγένειας του μορίου προς αυτόν και του βραδέος ρυθμού αποδέσμευσης και σχετίζονται λιγότερο με τα επίπεδα στο πλάσμα από ότι με τη μεθαδόνη- φαίνεται να μην έχουν οι αλληλεπιδράσεις αυτές την κλινική σημασία που έχουν στην υποκατάσταση με μεθαδόνη. Άλλες αλληλεπιδράσεις περιλαμβάνουν:

1) Βενζοδιαζεπίνες και κατασταλτικά του ΚΝΣ. Έχουν αναφερθεί περιστατικά θανάτων τα οποία συνδέονται με παρεντερική συνήθως χορήγηση βουπρενορφίνης (σε μία περίπτωση μάλιστα πιθανολογείται πως η βουπρενορφίνη είχε ληφθεί από το στόμα) και ταυτόχρονη λήψη υψηλών δόσεων βενζοδιαζεπινών²⁴. Δεν είναι γνωστή η ακριβής φύση της αλληλεπίδρασης αυτής. Αν και συνήθως πρόκειται για μεγάλες δόσεις βενζοδιαζεπινών βραχείας ημιζωής, που λαμβάνονται στο πλαίσιο της εξάρτησης ή της κατάχρησης ουσιών (φλουνιπραζεπάμη και λιγότερο συχνά κλοναζεπάμη, τεμαζεπάμη, αλπραζολάμη ή λοραζεπάμη χρησιμοποιούνται ως ενισχυτικά της δράσης των οπιοειδών, ή ως πρόχειρες ουσίες υποκατάστασης της δράσης τους), ο ιατρός θα πρέπει να αποφεύγει την συνταγογράφηση και χορήγηση τέτοιων ουσιών, οι οποίες ούτως ή άλλως αντενδείκνυνται σε κάποιο βαθμό λόγω του εξαρτησιογόνου δυναμικού που τις χαρακτηρίζει. Δεδομένης της παρόμοιας δράσης του αλκοόλ και των βαρβιτουρικών και της αθροιστικής συνέργιας που παρουσιάζουν αυτές οι

ουσίες μεταξύ τους, είναι εύλογο ότι ανάλογες προφυλάξεις θα πρέπει να ληφθούν και σε περίπτωση κατάχρησης και αυτών και κάθε άλλου φαρμάκου με κίνδυνο πρόκλησης αναπνευστικής καταστολής.

2) Άλλα κατασταλτικά φάρμακα. Αντισταμινικά, τρικυκλικά και μείζονα νευροληπτικά, και κάθε φάρμακο με κατασταλτικές ιδιότητες (όπως η κλονιδίνη) σε συνδυασμό με βουπρενορφίνη, μπορούν να εντείνουν τα κατασταλτικά φαινόμενα.

3) Αγωνιστές υποδοχέων οπιοειδών. Πρόκληση στερητικών φαινομένων όταν η χρήση οπιοειδών ακολουθείται σύντομα από την χορήγηση βουπρενορφίνης (επαγωγή στερητικού συνδρόμου από την βουπρενορφίνη). Σε περιπτώσεις που η χρήση οπιοειδών κρίνεται αναγκαία (στην αναλγησία π.χ.) θα πρέπει να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος (ανάλογα με τον χρόνο ημιζωής του οπιοειδούς που χρησιμοποιήθηκε) μέχρι την επόμενη δόση βουπρενορφίνης και ενδεχομένως θα πρέπει να διακοπεί για όσο διάστημα χρειάζεται η θεραπευτική χρήση του οπιοειδούς, για να επαναχορηγηθεί μετά το πέρας αυτής.

4) Ανταγωνιστές υποδοχέων οπιοειδών. Αν και η βουπρενορφίνη χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη συγγένεια για τους μ υποδοχείς από ότι οι συνήθεις ανταγωνιστές (ναλτρεξόνη και ναλοξόνη), θεωρείται δυνατή η πρόκληση στερητικού συνδρόμου από την χορήγηση αυτών των ουσιών (όπως και στην περίπτωση της μεθαδόνης), το οποίο μάλιστα μπορεί να εμφανιστεί καθυστερημένα και η χρήση τους αντενδείκνυται. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας απαιτούνται πολύ μεγάλες δόσεις^{25, 26}

Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες της βουπρενορφίνης προκύπτουν από την αγωνιστική της δράση στους υποδοχείς των οπιοειδών, αλλά, λόγω της μερικής φύσης της δράσης είναι γενικά ελαφρύτερες από αυτές που παρατηρούνται από έναν πλήρη αγωνιστή (την μεθαδόνη για παράδειγμα). Αυτές περιλαμβάνουν²⁰ δυσκοιλιότητα, διαταραχές του ύπνου, υπνηλία, εφίδρωση, κεφαλαλγία, ζάλη, ασθένεια και ναυτία. Γενικά αναφέρεται πως η καταστολή είναι ελαφρύτερη από αυτήν που βιώνουν οι ασθενείς της μεθαδόνης, ωστόσο, στα αρχικά στάδια της θεραπείας ή κατόπιν αύξησης της δοσολογίας, θα πρέπει να αποφεύγεται η οδήγηση και ο χειρισμός μηχανημάτων, όπως με κάθε κατασταλτικό. Η ζάλη, η καταστολή και η δυσκοιλιότητα είναι συχνότερες σε μεγαλύτερες δοσολογίες, ενώ οι υπόλοιπες

ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι δοσοεξαρτώμενες. Η βουπρενορφίνη γενικά θεωρείται ασφαλής ουσία, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική επίδραση στην ηπατική λειτουργία ή σε άλλα ζωτικά όργανα⁵¹. Λόγω του φαινομένου οροφής, δεν αναμένεται γενικά η εμφάνιση αναπνευστικής καταστολής σε μεγάλες δόσεις, ακόμη και σε άτομα τα οποία δεν έχουν ανοχή στα οπιοειδή, αν και τέτοιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί^{28,29}.

Η υπογλώσσια ταμπλέτα μειώνει την πιθανότητα ατυχήματος, καθώς, εάν ληφθεί από ένα άτομο χωρίς ανοχή στα οπιοειδή, για παράδειγμα από ένα παιδί κατά λάθος, είναι πιθανότερο να καταποθεί παρά να απορροφηθεί από τον βλεννογόνο. Καθώς όμως η βουπρενορφίνη χαρακτηρίζεται από φτωχή βιοδιαθεσιμότητα όταν απορροφάται από το πεπτικό σύστημα, είναι απίθανο να προκύψουν τοξικά επίπεδα. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στην δυνατότητα της χορήγησης βουπρενορφίνης για χρήση στο σπίτι (μέσω ιατρικής συνταγογράφησης ή take home) ενώ στην περίπτωση της μεθαδόνης αποτελεί μείζονα ανασταλτικό παράγοντα (όπου μια συνήθης δόση είναι ενδεχομένως θανατηφόρος για ένα παιδί).

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να συμπεριληφθεί και η επαγωγή στερητικού συνδρόμου από την βουπρενορφίνη, κατά την μετάβαση από ένα άλλο οπιοειδές. Η βουπρενορφίνη, έχοντας υψηλότερη συγγένεια και μικρότερη ενδογενή αγωνιστική δράση από τους συνήθεις αγωνιστές, τους εκτοπίζει αλλά δεν παράγει βραχυπρόθεσμα επαρκή αγωνιστικά φαινόμενα για να αναπληρώσει την οπιοειδή δράση τους. Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει 1-4 ώρες από την χορήγηση (όταν δηλαδή κορυφώνεται η δράση της βουπρενορφίνης) και είναι βέβαια παροδικό, ενώ με τον κατάλληλο χειρισμό μπορεί να προβλεφθεί σε μεγάλο βαθμό. Η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου αυτού αυξάνει όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο φυσικής εξάρτησης του χρήστη, όσο βραχύτερο είναι το χρονικό διάστημα από την λήψη του οπιοειδούς (αναλόγως του χρόνου ημιζωής) και όσο μικρότερη είναι η δοσολογία της βουπρενορφίνης (σε μικρότερες δοσολογίες το αγωνιστικό αποτέλεσμα δεν είναι επαρκές ώστε να αναπληρώσει την εκτόπιση των άλλων οπιοειδών από τους υποδοχείς). Γενικά πάντως το στερητικό σύνδρομο που προκαλείται είναι ήπιο και καλά ανεκτό από τους ασθενείς, σε αντίθεση με το ανάλογο από χορήγηση ναλοξόνης ή ναλτρεξόνης, μετά από

πρόσφατη χρήση αγωνιστή³⁰. Δεν επηρεάζει τις γνωστικές και ψυχοκινητικές λειτουργίες. Αναφέρονται επίσης αύξηση σωματικού βάρους, διαταραχές της εμμηνορρυσίας και της σεξουαλικής επιθυμίας, καθώς και οδοντιατρικά προβλήματα (σε χρόνια χορήγηση). Η βουπρενορφίνη έχει ανάλογη επίδραση με την μεθαδόνη στο ενδοκρινικό σύστημα, προκαλώντας μείωση των επιπέδων της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) και της β-ενδορφίνης καθώς και αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης.

Λόγω του φαινομένου οροφής, ο κίνδυνος θανατηφόρου υπερδοσολογίας είναι σημαντικά μειωμένος σε σχέση με τα άλλα οπιοειδή. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο μικρότερη είναι η ανοχή του ατόμου στα οπιοειδή και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να διαπιστώνεται η εξάρτηση στα οπιοειδή πριν προχωρήσουμε σε θεραπεία, η οποία επιβάλλεται να ξεκινά από χαμηλές δοσολογίες (2-8mg). Δεν πρέπει να ξεχνούμε πως ο κίνδυνος της τοξίκωσης αυξάνει από την ταυτόχρονη λήψη άλλων κατασταλτικών του ΚΝΣ, όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, χρειάζονται 10-30 φορές υψηλότερες δόσεις ναλοξόνης έως και 10-35mg για ένα άτομο βάρους 70kg²⁸. Σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να υπερβαίνουμε τα 64mg βουπρενορφίνης (σε διήμερη ή τριήμερη δόση), προκειμένου για την υπογλώσσια ταμπλέτα.

Το στερητικό σύνδρομο που προκαλείται από την απότομη διακοπή της χορήγησης βουπρενορφίνης είναι γενικά ηπιότερο από το ανάλογο στην περίπτωση της μεθαδόνης και των άλλων οπιοειδών³¹. Αυτό πιθανώς να εξηγείται τόσο από την μερική αγωνιστική της δράση, όσο και από τον βραδύ ρυθμό αποδέσμευσης από τους υποδοχείς. Λόγω μάλιστα της μακράς διάρκειας δράσης, εμφανίζεται καθυστερημένα, την 3η με 5η ημέρα από της τελευταίας δόσεως και διαρκεί (με ήπια συμπτώματα) ως και εβδομάδες. Σε αντίθεση με την μεθαδόνη, παρόλη την μακρά διάρκεια δράσης, είναι δυνατόν μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας να γίνει μετάβαση σε θεραπεία με ανταγωνιστή των οπιοειδών (ναλτρεξόνη) εντός ολίγων ημερών, καθώς δεν αναμένεται η άμεση πρόκληση έντονου στερητικού συνδρόμου.

Η επαναλαμβανόμενη χορήγηση της βουπρενορφίνης μπορεί να οδηγήσει σε φυσιολογική (σωματική) εξάρτηση, η οποία όμως θεωρείται πως είναι ηπιότερη από αυτή που εμφανίζεται με τους πλήρεις αγωνιστές³². Κλινική εκδήλωση του μικρότερου βαθμού φυσιολογικής εξάρτησης αποτελεί

και το ηπιότερης συμπτωματολογίας στερητικό σύνδρομο. Η βουπρενορφίνη εμφανίζει δυναμικό κατάχρησης. Η οξεία παρεντερική χρήση της βουπρενορφίνης από ένα άτομο χωρίς ανοχή στα οπιοειδή, προκαλεί τυπικές δράσεις από τους μ υποδοχείς, όπως η ευφορία, η μύση των οφθαλμών κλπ³⁰. Στις δράσεις αυτές πιθανόν να οφείλεται το δυναμικό κατάχρησης της ουσίας, όπως συμβαίνει και με την μεθαδόνη¹⁶. Οι ίδιες δράσεις προκαλούνται και όταν χορηγείται από άλλη οδό, όπως την υποδόρια, αλλά και την υπογλώσσια. Η έναρξη των δράσεων αυτών επέρχεται ωστόσο σαφώς αργότερα σε υπογλώσσια χορήγηση από ότι σε παρεντερική, συνιστώντας μικρότερο δυναμικό κατάχρησης από αυτήν την οδό. Οι ευφορικές δράσεις της βουπρενορφίνης ενδεχομένως αυξάνουν την συμμόρφωση των ασθενών στην θεραπεία με θετική ανατροφοδότηση^{18,31} όπως έχει παρατηρηθεί και στην περίπτωση της μεθαδόνης και σε αντίθεση με την ναλτρεξόνη. Όταν χρησιμοποιείται από άτομο με ανοχή στα οπιοειδή, παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν ευφορικό συναίσθημα και να ενισχύσουν την κατάχρηση της ουσίας θεωρούνται πως είναι α) το χαμηλότερο επίπεδο φυσικής ανοχής, β) το μεγάλο χρονικό διάστημα από την τελευταία λήψη αγωνιστή και γ) η υψηλότερη δόση της βουπρενορφίνης³³.

Λόγω της παρατήρησης ενός συγκεκριμένου μοτίβου παρεκτροπής, που συνίσταται στην κατάχρηση της αναλγητικής μορφής του φαρμάκου με παρεντερική χορήγηση και του κινδύνου ανάλογης κατάχρησης του υπογλώσσσιου δισκίου μετά από κατάλληλη επεξεργασία (σύνθλιψη και διάλυσή του), παρασκευάστηκε και χρησιμοποιείται και στην χώρα μας ένα ειδικό συνδυασμένο δισκίο το οποίο περιέχει τον ανταγωνιστή ναλοξόνη σε αναλογία 4:1 (βουπρενορφίνη: ναλοξόνη). Η ναλοξόνη έχει σχετικά φτωχή βιοδιαθεσιμότητα σε υπογλώσσια και από του στόματος χορήγηση, ενώ η βουπρενορφίνη έχει σχετικά καλή υπογλώσσια βιοδιαθεσιμότητα (η απορρόφηση της βουπρενορφίνης από την οδό αυτή είναι περίπου 70% και της ναλοξόνης μόλις 10%). Σε υπογλώσσια χορήγηση υπερτερεί σαφώς η δράση της βουπρενορφίνης, ενώ και αν ακόμη καταποθεί το δισκίο, δεν παρουσιάζονται ανταγωνιστικά φαινόμενα από την ναλοξόνη. Ακόμη και σε δόσεις που η ναλοξόνη μόνη της αναμένεται να προκαλέσει ανταγωνιστικό αποτέλεσμα όταν δίδεται υπογλωσσσίως, αυτό δεν συμβαίνει με το συνδυασμένο δισκίο λόγω της μεγαλύτερης συγγένειας της βουπρενορφίνης

από την ναλοξόνη για τους μ υποδοχείς³⁴. Εάν ωστόσο επιχειρηθεί παρεντερική χρήση υπερτερούν τα ανταγωνιστικά φαινόμενα της ναλοξόνης (η οποία χαρακτηρίζεται από πολύ καλή παρεντερική βιοδιαθεσιμότητα) και προκαλείται, σε ένα άτομο με ανοχή έναντι των οπιοειδών -πλην των χρηστών αμιγώς της βουπρενορφίνης- αιφνίδιο στερητικό σύνδρομο. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του συνδυασμένου δισκίου θεωρούνται ισοδύναμες του απλού δισκίου βουπρενορφίνης³⁵. Το συνδυασμένο δισκίο στοχεύει στην ελάττωση της πιθανότητας κατάχρησης, λόγω της δυσφορίας που προκαλεί το στερητικό σύνδρομο³⁴. Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι, ενώ ένα άτομο που είναι εξαρτημένο σε πλήρεις αγωνιστές αναμένεται να παρουσιάσει το σύνδρομο αυτό, σε έναν ασθενή που λαμβάνει το δισκίο υπογλωσσίως στο πλαίσιο υποκατάστασης, η παρεντερική χρήση θα προκαλέσει αγωνιστικά αποτελέσματα, λόγω της μεγαλύτερης συγγένειας της βουπρενορφίνης από την ναλοξόνη για τους μ υποδοχείς³². Το ίδιο ενδέχεται να συμβεί σε ένα άτομο που καταχράται τα οπιοειδή χωρίς να είναι εξαρτημένο από αυτά³³. Έτσι, ενώ μειώνεται η εμπορική αξία του δισκίου στην παράνομη αγορά ναρκωτικών, δεν μπορεί να αποκλειστεί η κατάχρηση από χρήστες αμιγώς βουπρενορφίνης.

Τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά της βουπρενορφίνης δημιουργούν προϋποθέσεις και για εναλλακτικούς τρόπους χρήσης, εκτός των παραδοσιακών μονάδων υποκατάστασης. Ένας από αυτούς είναι η Ιατρική Μακρόχρονη Συντήρηση ή Υποκατάσταση στο πλαίσιο του ιατρού³⁶. Με τον όρο Ιατρική Υποκατάσταση ή «Συνταγογράφηση» όπως είθισται να ονομάζεται στην Ελλάδα εννοείται η θεραπεία που χορηγείται από ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε άτομα που προέρχονται από ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα υποκατάστασης, και βρίσκονται σε διαδικασία κοινωνικής επανένταξης, είναι σταθεροποιημένοι, εργάζονται, δεν κάνουν παράλληλη χρήση και δεν χρειάζονται την υποστήριξη των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών³⁷ είτε σε οποιοδήποτε άτομο εξαρτημένο από οπιοειδή, σύμφωνα με την φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης και τον χαμηλό ουδό πρόσβασης στις θεραπευτικές υπηρεσίες. Έτσι είναι δυνατόν να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών που εμπλέκονται στην θεραπεία υποκατάστασης, απελευθερώνοντας σημαντικό αριθμό θέσεων στα προγράμματα, τα οποία, με τις δυνατότητες που τους προσδίδει η εξειδικευμένη τους φύση, μπορούν να ασχοληθούν με

διαδικασίες ένταξης, σταθεροποίησης, αλλά και συντήρησης ασθενών με εντονότερα προβλήματα εξάρτησης αλλά και κοινωνικά, νομικά, επαγγελματικά, ιατρικά ή άλλα προβλήματα. Παράλληλα, αποφεύγεται ο στιγματισμός και ο συγχρωτισμός των χρηστών, που επιδρούν αρνητικά στην θεραπευτική τους πορεία, εξασφαλίζοντας άμεσα την αποκέντρωση της θεραπείας, καθώς, ενώ τα εξειδικευμένα προγράμματα περιορίζονται σε λίγες μεγάλες πόλεις ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης ασκούν έργο ήδη ανά την επικράτεια³⁸. Η ιατρική υποκατάσταση μπορεί να εφαρμοστεί τόσο στο πλαίσιο του συστήματος υγείας, όσο και στο ιδιωτικό ιατρείο ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχιάτρων, παθολόγων, γενικών ιατρών). Όπως συμβαίνει και με τα προγράμματα της μεθαδόνης, έτσι και στην ιατρική υποκατάσταση εφαρμόζονται παγκοσμίως διαφορετικές πρακτικές ανάλογα με την κάθε χώρα. Στις Η.Π.Α. δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο του ιδιωτικού ιατρείου, με όρους που κανονίζονται στο Drug Addiction Treatment Act of 2000 (DATA)^{33, 39}, ενώ σε άλλες κλινικές οδηγίες, όπως αυτές της Αυστραλίας, ο ρόλος του συστήματος υγείας είναι περισσότερο διακριτός¹⁹. Η πρωτοπόρος της χρήσης βουπρενορφίνης Γαλλία ουσιαστικά δεν έχει εκδώσει συγκεκριμένες οδηγίες, αφήνοντας ελεύθερη την χρήση της ουσίας με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ενώ στην Ελλάδα η χρήση της επιτρέπεται προς το παρόν μόνο από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και το Ε.Σ.Υ., σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.^{41,42,43}. Η βουπρενορφίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ιατρική υποκατάσταση, πλεονεκτώντας έναντι της μεθαδόνης στους εξής τομείς που ήδη περιγράφηκαν: 1. Είναι μερικός αγωνιστής του μ υποδοχέα των οπιοειδών, με σημαντικά λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες 2. Εμφανίζει σημαντικά μικρότερο δυναμικό κατάχρησης, ειδικά η συνδυασμένη με ναλοξόνη μορφή ενώ η διαχείριση των δισκίων είναι ευκολότερη από αυτήν των διαλυμάτων μεθαδόνης 3. Εμφανίζει ηπιότερα στερητικά φαινόμενα κατά την αποτοξίνωση 4. Είναι δυνατόν να χορηγείται μόνο τρεις φορές την εβδομάδα, βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής, προσφέροντας περισσότερο ελεύθερο χρόνο και δίνοντας ελευθερία κίνησης εκτός έδρας (π.χ. το Σαββατοκύριακο). Παράλληλα μειώνεται η σημασία της χορήγησης δόσεων για το σπίτι, με όλα τα προβλήματα και τις ανησυχίες για παρεκτροπή και κατάχρηση που την συνοδεύουν. 5. Εμφανίζει μεγαλύτερη ασφάλεια σε υπερδοσολογία και μειωμένο κίνδυνο σε κατάποση από ατύχημα, λόγω του

φαινομένου οροφής και της κακής απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα, σε συνδυασμό με το φαινόμενο πρώτης διόδου.

Ανάμεσα στα μειονεκτήματά της θα πρέπει να αναφερθούν η πιθανότητα πρόκλησης στερητικού συνδρόμου κατά την χορήγηση μετά από χρήση αγωνιστή, η οποία δυσκολεύει την μετάβαση από την μεθαδόνη και την χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών και η μικρότερη ισχύς σε υψηλές δοσολογίες από την μεθαδόνη, η οποία οφείλεται στην μερική αγωνιστική δράση και το φαινόμενο οροφής και πρακτικά σημαίνει πως ασθενείς που χρειάζονται περισσότερο από 60mg μεθαδόνης πιθανόν να μην καλυφθούν από την βουπρενορφίνη. Αξιοσημείωτο είναι πως η μεθαδόνη θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική (δεσμεύοντας το απαραίτητο ποσοστό υποδοχέων) σε δοσολογίες μεγαλύτερες από 60mg⁴⁵. Οι περισσότερες έρευνες καταδεικνύουν την μεθαδόνη σε υψηλές δόσεις ως αποτελεσματικότερη της βουπρενορφίνης με γνώμονα την συγκράτηση και ισοδύναμη ως προς τους δείκτες των αρνητικών τοξικολογικών ελέγχων⁴⁶.

Η βουπρενορφίνη μπορεί να είναι καταλληλότερη για ασθενείς στα αρχικά στάδια της εξάρτησης οι οποίοι δεν έχουν πρόσβαση, ή δεν επιθυμούν να συμμετέχουν στα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Αν λοιπόν χρησιμοποιηθεί εντός άλλων πλαισίων λειτουργίας όπως η ιατρική υποκατάσταση, δύναται να προσφέρει σημαντικά στις πολιτικές μείωσης της βλάβης, προσελκύοντας διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, νεότερους σε ηλικία, με μικρότερη διάρκεια της εξάρτησης από οπιοειδή και εν τέλει, καλύτερη πρόγνωση. Δεδομένης της σχεδόν ισοδύναμης αποτελεσματικότητας της μεθαδόνης και της βουπρενορφίνης σαφή κριτήρια επιλογής δεν έχουν ακόμη καθοριστεί και σε μεγάλο βαθμό η διαθεσιμότητα των ουσιών και τα εκάστοτε πλαίσια χορήγησης καθορίζουν το ποια ουσία πρόκειται να χρησιμοποιηθεί³⁸. Σε περίπτωση που τόσο η μεθαδόνη όσο και η βουπρενορφίνη είναι διαθέσιμες παράγοντες που μπορούν να καθοδηγήσουν τον κλινικό θεωρούνται: η απάντηση στην θεραπεία, διαφορές στην απορρόφηση, μεταβολισμό και κάθαρση, ενδεχόμενες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, ανεπιθύμητες ενέργειες και αντενδείξεις ειδικές ανά ουσία, προσβασιμότητα στην θεραπεία, η ευκολία διακοπής της θεραπείας και η δυνατότητα μετάβασης από θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη¹⁹.

Αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Υποκατάστασης με Μεθαδόνη:

Οι πρώτες έρευνες ξεκίνησαν από την πρωτοπόρο ομάδα του Dole το 1962⁴⁷ και ήδη το έτος 1974 η επιτροπή αξιολόγησης των πρώτων προγραμμάτων μεθαδόνης στις Η.Π.Α. εξέδωσε την τελική αναφορά της επί 17.500 εισαχθέντων ασθενών στα διάφορα προγράμματα που αξιολογήθηκαν⁴⁸. Ο βαθμός συγκράτησης στα προγράμματα ήταν 77%. Οι συλλήψεις των ασθενών μειώθηκαν από 201 ανά 100 ανθρωποέτη προ της θεραπείας, σε 1,24 μετά, ενώ το 75% των ασθενών δεν συνελήφθη καθόλου αν και όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό συλλήψεων πριν την ένταξή τους στα προγράμματα. Η θνητότητα των ασθενών στα προγράμματα ήταν της τάξης των 7,6 θανάτων ανά 1.000 άτομα ενώ του γενικού πληθυσμού 5,6 ανά 1.000 άτομα. Στους 356 ασθενείς που διέκοψαν την θεραπεία ο αντίστοιχος δείκτης ήταν 28,2 ανά 1.000 άτομα, ενώ 38% εξ αυτών συνελήφθησαν 26% αποτοξινώθηκαν και πάλι κατόπιν υποτροπής, 15% εισήχθησαν σε άλλο πρόγραμμα, 6% απεβίωσαν και 7% επέστρεψαν στην θεραπεία⁴⁹.

Ο Dole ανακοίνωσε μελέτη σε 846 ασθενείς που διέκοψαν την θεραπεία για οποιονδήποτε λόγο⁵⁰. Κατά μέσον όρο σε δύο έτη από την διακοπή, μόνο το 8% δεν είχαν υποτροπιάσει ή συλληφθεί. Το 64% είχαν επανεξαρτηθεί από τα οπιοειδή, 6% χρησιμοποιούσαν περιστασιακά ηρωίνη και 22% είχαν πρόβλημα με άλλες ουσίες ή με τον νόμο. Προγνωστικοί παράγοντες για την κατάσταση μετά την διακοπή της θεραπείας φάνηκε να είναι η διάρκεια της κατάχρησης οπιοειδών, η διάρκεια και ο λόγος διακοπής της θεραπείας. Η θνητότητα ήταν υπερδιπλάσια συγκριτικά με όσους συνέχιζαν την θεραπεία.

Σε μεγάλο πλήθος άλλων ερευνών, με αποτελέσματα που αναπαρήχθησαν παγκοσμίως, η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη φάνηκε να μειώνει την παράλληλη χρήση οπιοειδών αλλά και άλλων παρανόμων ουσιών⁵¹. Στην έρευνα των Ball & Ross του 1991, με 126 νέους ασθενείς και 507 ασθενείς που ήδη παρακολουθούσαν 6 διαφορετικά προγράμματα στις Η.Π.Α., ο επιπολασμός της χρήσης ενδοφλεβίων ουσιών για τα 388 άτομα που παρέμειναν στα προγράμματα αυτά μετά από 4 έτη, μειώθηκε από το 81% στο 29%. Το 82% από τα 105 άτομα που διέκοψαν την θεραπεία υποτροπίασαν στην ενδοφλέβια χρήση μέσα σε 1 έτος, το ίδιο ωστόσο συνέβη και για τα 16 από τα 23 άτομα που ολοκλήρωσαν την θεραπεία, ποσοστό 70%, καταδεικνύοντας πως η θεραπεία αυτή (όπως και κάθε

φαρμακευτική θεραπεία) δρα κυρίως όσο χορηγείται, ως μακρόχρονη θεραπεία συντήρησης, ενισχύοντας έτσι την σημασία του παράγοντα συγκράτησης στο πρόγραμμα. Στην έρευνα αυτή έγινε φανερό και η υπεροχή των προγραμμάτων που είχαν αναπτύξει παράλληλες υπηρεσίες και τον θεσμό του θεραπευτή-συμβούλου, αλλά και η σημασία του χρονικού παράγοντα, καθώς ενώ στους 6 μήνες απείχαν από την ηρωίνη το 77% και από την κοκαΐνη το 72%, στα 4,5 έτη τα ποσοστά διαμορφώθηκαν στο 92% και 83% αντίστοιχα. Για την εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες τα ποσοστά ήταν 80% μείωση στους 6 μήνες και 94% στα 4,5 έτη. Την θεραπεία καθιστούν αποτελεσματικότερη η μείωση της βλάβης ως στόχος αντί της αποχής, επαρκής δοσολογία της μεθαδόνης, μακρόχρονη χορήγηση, επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες, παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης, καλή εκπαίδευση και σταθερότητα του προσωπικού, ευέλικτες διαδικασίες δόσεων για το σπίτι, μακρόχρονη θεραπευτική σχέση, σχέσεις εμπιστοσύνης και εχεμύθειας⁴⁴. Από όλα αυτά η μακρόχρονη χορήγηση είναι ο σημαντικότερος παράγων, ενώ η επαρκής δόση και τα υπόλοιπα στοιχεία εξασφαλίζουν κυρίως πως ο εξυπηρετούμενος θα παραμείνει στο πρόγραμμα. Σε παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγουν και άλλοι ερευνητές, ενώ άλλες έρευνες είχαν ήδη δείξει πως η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη αποτελεί διορθωτική παρέμβαση και όχι ιαματική, με την έννοια πως, όπως και στην περίπτωση των περισσότερων φαρμακευτικών θεραπειών, τα θετικά αποτελέσματα διατηρούνται όσο χορηγείται η αγωγή^{48,50}. Αυτό ωστόσο χαρακτηρίζει σχεδόν κάθε φαρμακευτική μη κυτταροκτόνο θεραπεία και δεν είναι κατ' ανάγκη κακό. Στην περίπτωση άλλων παθήσεων, το κοινό κρίνει την αποτελεσματικότητα ενός σκευάσματος από την επίδρασή του όσο αυτό χορηγείται. Η υποτροπή μετά την διακοπή του σκευάσματος αποδεικνύει την δραστηριότητά του. Αντίθετα στην περίπτωση των υποκαταστάτων, η υποτροπή μετά την διακοπή τους θεωρείται αυθαίρετα τεκμήριο αναποτελεσματικότητας⁵².

Τυχαιοποιημένες έρευνες έδειξαν τα δόσοεξαρτώμενα αποτελέσματα της μεθαδόνης και το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι συμβουλευτικές υπηρεσίες⁵³. Ανάλογα με το πρόγραμμα τα ποσοστά παράλληλης χρήσης ουσιών κυμαίνονται από λιγότερο του 10% έως και περισσότερο του 60%⁵⁴. Έχει επίσης αποδειχθεί σημαντική επίδραση στις μακρόχρονες επιπτώσεις της χρήσης των οπιοειδών. Στις Η.Π.Α., τα ετήσια ποσοστά θανάτων από

ναρκωτικά μειώθηκαν στο 11-15 από 13-44 ανά 1.000 άτομα, μετά από την εφαρμογή των προγραμμάτων υποκατάστασης⁵¹. Οι δείκτες θνητότητας των ατόμων που παρακολουθούν προγράμματα συντήρησης είναι σταθερά μικρότεροι από αυτούς χρηστών εκτός προγραμμάτων⁵⁵. Σε έρευνα που συνέκρινε 152 ασθενείς σε πρόγραμμα συντήρησης με 103 ενεργούς χρήστες ενδοφλεβίων οπιοειδών, φάνηκε πως, σε διάστημα 18 μηνών, μόνο στο 3,5% συνέβη ορομετατροπή των HIV αντισωμάτων, έναντι 22% των ενεργών χρηστών⁵⁶. Έγκυοι οροθετικοί είναι πιθανότερο να δεχτούν θεραπεία με αντιρετροϊκά φάρμακα όταν παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης, μειώνοντας την πιθανότητα μετάδοσης του HIV στο νεογνό στο εν τρίτο, ενώ εκ παραλλήλου μειώνονται τα μαιευτικά συμβάματα και οι εμβρυϊκές διαταραχές⁵¹. Ανάλογα οφέλη έχουν φανεί και σε διάφορες λοιμώξεις, όπως την βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, την θρομβοφλεβίτιδα, την φυματίωση, τις λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων, τα αφροδίσια νοσήματα και τις ηπατίτιδες B και C⁵¹. Επίσης μία έρευνα απέδειξε σαφή μείωση της εγκληματικότητας με πτώση των «ημερών εγκλήματος» από 238 προ της θεραπείας σε 32 μετά από 4 έτη στην θεραπεία⁴⁴. Οι ασθενείς των προγραμμάτων υποκατάστασης στις Η.Π.Α., κερδίζουν περισσότερο από διπλάσια χρήματα ετησίως από όσους δεν παρακολουθούν θεραπεία⁵¹.

Μια εξαιρετική ανασκόπηση όλης της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με μεθαδόνη από το 1994 έως το 2004, εκδόθηκε από τις Καναδικές υπηρεσίες υγείας⁵⁷, η οποία συμπληρώνει άλλες κλασικές ανασκοπήσεις^{44, 49}.

Αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Υποκατάστασης με Βουπρενορφίνη: Πρώτος ο Jasinski και οι συνεργάτες του απέδειξαν τις οπιοειδείς ιδιότητες της βουπρενορφίνης και την ιδιότητα να αναστέλλει τις ευφορικές δράσεις της μορφίνης¹⁵. Κατόπιν, άλλοι ερευνητές απέδειξαν την ιδιότητα να καταστέλλει την αυτοχορήγηση ηρωίνης⁵⁸. Έκτοτε, διάφορες κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνης στην θεραπεία μακρόχρονης υποκατάστασης, ή συντήρησης τόσο σε σύγκριση με το placebo⁵⁹ (όσο και σε σύγκριση με την μεθαδόνη⁶⁰ και το LAAM⁶¹). Στην μελέτη αυτή φάνηκε η υπεροχή της σε δόση 8mg ημερησίως από την μεθαδόνη σε δοσολογία 20mg και η ισοτιμία της με δοσολογία μεθαδόνης 60mg ως προς τους αρνητικούς τοξικολογικούς

ελέγχους (39% έναντι 40% την 17^η εβδομάδα), με την μεθαδόνη να υπερτερεί στην συγκράτηση (73% έναντι 58% την 17^η εβδομάδα), ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν και σε νεότερη μελέτη με διπλάσιο δείγμα⁶². Σε άλλες μελέτες φάνηκε η ισοδύναμη αποτελεσματικότητά της σε άλλα σχήματα χορήγησης, όπως 24mg τρεις φορές εβδομαδιαίως ή ακόμη και 32mg ανά τετραήμερο⁶³ και η ισοδυναμία του συνδυασμένου δισκίου βουπρενορφίνης/ ναλοξόνης με το απλό δισκίο⁶⁴.

Η βουπρενορφίνη έχει ακόμη δοκιμαστεί και στην ταχεία αποτοξίνωση με διάρκεια μικρότερη των τριών ημερών με χρήση της παρεντερικής μορφής, σε μικρές δόσεις που χορηγούνται δύο με τρεις φορές ημερησίως όπου φάνηκε αποτελεσματικότερη από την κλονιδίνη και με καλύτερη ανοχή από τους ασθενείς⁶⁵. Το ίδιο ισχύει και για την βραχείας διάρκειας αποτοξίνωση, όπου φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη από την κλονιδίνη στην καταστολή του στερητικού συνδρόμου⁶⁶ και το στερητικό σύνδρομο κατά την διακοπή της γίνεται καλώς ανεκτό⁶⁷. Στην αποτοξίνωση μακράς διάρκειας, φαίνεται πιθανό πως η αποτελεσματικότητα σχετίζεται με τον ρυθμό μείωσης της δοσολογίας⁶⁸, με την έννοια πως βραδύτεροι ρυθμοί επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα. Γενικά η ταχύτερη αποτοξίνωση είναι καταλληλότερη για νοσηλευομένους με πυκνή ιατρική παρακολούθηση, ενώ η μακρά μπορεί να εφαρμοστεί σε εξωτερικούς ασθενείς. Ωστόσο, την θεραπεία αποτοξίνωσης ακολουθούν υψηλά ποσοστά υποτροπών τα οποία ξεπερνούν το 90% και η θεραπεία αυτή υπολείπεται της θεραπείας μακρόχρονης υποκατάστασης⁶⁹. Έτσι η αποτοξίνωση από τα οπιοειδή δεν μπορεί να θεωρηθεί μία ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση⁷⁰, και συνήθως αποτελεί το στάδιο προετοιμασίας μιας άλλου τύπου παρέμβασης, ακολουθούμενη από ένα πρόγραμμα πρόληψης υποτροπών, είτε φαρμακευτικό είτε βασιζόμενο στην αποχή. Όταν η αποτοξίνωση αποτελεί θεραπευτική επιλογή η βουπρενορφίνη πλεονεκτεί της μεθαδόνης λόγω του σημαντικά ηπιότερου στερητικού συνδρόμου που εμφανίζεται κατά την απόσυρση του φαρμάκου⁷¹.

Οι ανάγκες εκπαίδευσης των γενικών ιατρών σε διάφορες χώρες για θεραπεία εκτός του παραδοσιακού πλαισίου των μονάδων υποκατάστασης, οδήγησαν στην δημιουργία σημαντικών ανασκοπήσεων, συγκρίσεων με την

μεθαδόνη και κλινικών οδηγιών που έχουν εμπλουτίσει ιδιαίτερα την βιβλιογραφία^{19, 33, 39, 72}.

Πολυκεντρικές μελέτες απέδειξαν την κλινική χρησιμότητα της θεραπείας υποκατάστασης σε σύγκριση μάλιστα με άλλες φαρμακευτικές και μη θεραπείες.

Η έρευνα Drug Abuse Reporting Program (D.A.R.P.), αξιοποίησε δείγμα 4107 ατόμων από πληθυσμό 27.214 που εισήχθησαν για θεραπεία μεταξύ του 1969 και του 1972, εκ των οποίων 405 εξαρτημένων από οπιοειδή. Τα στοιχεία αναλύθηκαν επιπροσθέτως μετά από 12 χρόνια και ελέγχθηκαν η χρήση παρανόμων ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ, η εγκληματικότητα και η ποιότητα ζωής. Οι διαφορετικές δομές ταξινομήθηκαν ως προγράμματα υποκατάστασης, θεραπευτικές κοινότητες και μη φαρμακευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής, όλες εκ των οποίων αποδείχθηκαν αποτελεσματικότερες τόσο από τα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης όσο και από την απουσία θεραπείας, χωρίς να καταδειχθούν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Η έρευνα ανέδειξε την σπουδαιότητα του χρονικού παράγοντα και την διαφορά στην πρόωρη διακοπή της θεραπείας ανάμεσα σε δομές διαφορετικής φιλοσοφίας. Τα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας στην διάρκεια ενός έτους επί συνόλου 12.297 ατόμων ήσαν 59-75% για τις θεραπευτικές κοινότητες, 70-78% για μη φαρμακευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής και μόνο 38-45% για προγράμματα μεθαδόνης⁷³.

Στην έρευνα Treatment Outcome Prospective Study (T.O.P.S.) αξιοποιήθηκε δείγμα 4.270 ατόμων από πληθυσμό 9.989 που εισήχθησαν σε 41 προγράμματα διαφορετικής φιλοσοφίας την περίοδο 1979-1981. Οι παράμετροι της χρήσης παρανόμων ουσιών, της εγκληματικότητας, της εργασιακής απασχόλησης κ.λπ. ελέγχθηκαν με ερωτηματολόγια κατά την εισαγωγή, κατά την διάρκεια της θεραπείας και έως 5 έτη μετά. Η έρευνα επιβεβαίωσε τα ευρήματα της D.A.R.P. ως προς την αποτελεσματικότητα και των τριών παρεμβάσεων, επισημαίνοντας τον χρονικό παράγοντα συμμετοχής στην θεραπεία⁷⁴. Τα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας επί 11750 ατόμων ήσαν 86,6% για τις θεραπευτικές κοινότητες, 93,4% για μη φαρμακευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής και μόνο 65,9% για προγράμματα μεθαδόνης, ενώ η παραμονή στο πρόγραμμα μετά την

παρέλευση τριμήνου ήταν 65% για τα προγράμματα μεθαδόνης έναντι 40% για μη φαρμακευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής και 44% για τις θεραπευτικές κοινότητες⁷⁵.

Παρόμοια ευρήματα απέδωσε και η έρευνα National Treatment Improvement Evaluation Study (N.T.I.E.S.), η οποία διεξήχθη από το 1993 έως το 1995, σε 6.593 ασθενείς από 78 προγράμματα τα οποία λαμβάνουν ομοσπονδιακή χρηματοδότηση στις Η.Π.Α.. Ένα έτος μετά την θεραπεία η χρήση της προτιμώμενης ουσίας ελαττώθηκε από το 73% στο 38%, η χρήση κοκαΐνης από το 40% στο 18%, ηρωίνης από το 24% στο 13% και του κρακ από το 50% στο 25%. Οι πελάτες των προγραμμάτων ανέφεραν το πρώτο έτος μετά την θεραπεία σε σχέση με το τελευταίο 12μηνο προ της θεραπείας μείωση κατά 78% της εμπλοκής τους σε πώληση ναρκωτικών ουσιών, κατά 82% σε ληστείες, κατά 78% σε ενεργητικούς ξυλοδαρμούς, οι συλλήψεις μειώθηκαν κατά 64% ενώ κατά 48% μειώθηκε ο πληθυσμός των ατόμων που οι κύριοι πόροι διαβίωσής τους προέρχονταν από παράνομες δραστηριότητες. Το ποσοστό εργασιακής απασχόλησης ανέβηκε κατά 19%, το ποσοστό επιδόματος προνοίας μειώθηκε κατά 11% και η έλλειψη στέγης μειώθηκε κατά 43%. Από πλευράς σωματικής υγείας, τα προβλήματα με την φυματίωση μειώθηκαν κατά 55%, οι ιατρικές επισκέψεις για προβλήματα σχετικά με αλκοόλ και ναρκωτικά κατά 53%, για προβλήματα ψυχικής υγείας κατά 35% και οι νοσηλείες για προβλήματα ψυχικής υγείας κατά 28%. Τέλος, το ποσοστό των ατόμων που είχαν σεξουαλικές επαφές με οικονομικό αντάλλαγμα ελαττώθηκε κατά 56%, των σεξουαλικών επαφών με χρήστη ενδοφλεβίως ναρκωτικών κατά 51%, των ετερόφυλων επαφών χωρίς προφυλακτικό 35% και ομοφυλόφιλων επαφών χωρίς προφυλακτικό κατά 57%. Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας είναι ότι, ενώ η θεραπεία είναι σαφώς αποτελεσματική, χαρακτηριστικά όπως η ολοκλήρωση του θεραπευτικού πλάνου, η εντατικότερη θεραπεία και το χρονικό διάστημα της θεραπείας είχαν μικρή συσχέτιση με το τελικό αποτέλεσμα (από 5% για την έκβαση ψυχικών διαταραχών, έως 19% έκβαση σωματικών προβλημάτων), ενώ τα χαρακτηριστικά των θεραπευτικών δομών σχετιζόντουσαν σε ακόμη μικρότερο βαθμό⁷⁶.

Στην έρευνα Drug Abuse Treatment Outcome Study (D.A.T.O.S.), ελέγχθηκαν 4 τύποι προγραμμάτων: μονάδες υποκατάστασης με μεθαδόνη,

θεραπευτικές κοινότητες εσωτερικής διαμονής, μη φαρμακευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής και βραχείας διάρκειας εσωτερικής παραμονής. Η έρευνα συνεχίζεται και η ιστοσελίδα της ενημερώνεται περιοδικώς, ενώ εμπεριέχει και στοιχεία από τις έρευνες- υπόβαθρο D.A.R.P. και T.O.P.S. (www.datos.org). Μελετώντας δείγμα 4.229 ατόμων, εκ των οποίων τουλάχιστον 1000 συμμετείχαν σε κάθε μία από τις θεραπευτικές αυτές δομές, τα οποία επανεξετάσθηκαν μετά από ένα (n=2.966) και πέντε έτη (n=708), φάνηκε πως και οι τέσσερις μορφές θεραπείας προσέφεραν σημαντική βελτίωση, η οποία κυμαινόταν περίπου στο 50% για τους μείζονες δείκτες της χρήσης τοξικών ουσιών, της εγκληματικότητας και των ψυχολογικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα στην επανεξέταση του ενός έτους για τις μονάδες υποκατάστασης έδειξαν πτώση 69% στον αριθμό των χρηστών ηρωίνης και 48% στον αριθμό των χρηστών κοκαΐνης σε εβδομαδιαία βάση, ενώ οι παράνομες δραστηριότητες μειώθηκαν κατά 52%. Οι φυλακίσεις εντός του έτους που προηγήθηκε της θεραπείας μειώθηκαν από το 63% στο 21%⁷⁷.

Στην επανεξέταση μετά από 5 έτη, για κάθε τύπο προγράμματος, χρήση κοκαΐνης εβδομαδιαίως ανέφερε το 25% (έναντι 21% στο 1 έτος) και η τοξικολογική εξέταση έδειξε ποσοστό θετικών ουροληψιών 26%. Η κατάχρηση αλκοόλ έπεσε από το 22% προ της εισαγωγής, στο 8% μετά 5 έτη. Οι εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες από το 40% στο 25% μετά 5 έτη (ελαφρά άνοδος από το 16% του 1^{ου} έτους) και οι συλλήψεις από το 34% στο 18% (ελαφρά πτώση από το 22% του 1^{ου} έτους). Η εφαρμογή της κλίμακας Problem Severity at Intake (P.S.I) έδειξε πως η βαρύτητα των προβλημάτων κατά την εισαγωγή αποτελεί προγνωστικό δείκτη. Φάνηκε επίσης πως ο βαθμός συγκράτησης στο πρόγραμμα σχετίζεται τόσο με τον βαθμό κινητοποίησης όσο και με την παροχή συμβουλευτικής πάνω σε ευρύ φάσμα θεμάτων, ενώ άτομα με σοβαρά προβλήματα έλαβαν λιγότερη συμβουλευτική, λόγω δυσχερειών στην σχέση τους με τον θεραπευτή⁷⁸. Παράλληλα, τα άτομα με υψηλότερη κινητοποίηση ανέπτυξαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και δέσμευση στην θεραπεία και αυτά τα άτομα παρακολουθούσαν προγράμματα που παρείχαν περισσότερες υπηρεσίες, τόσο ιατρικές, όσο και ψυχοκοινωνικές και είχαν σταθερές συμβουλευτικές συνεδρίες⁷⁹. Η συμμετοχή μεταθεραπευτικά σε ομάδες αυτοβοήθειας συσχετίστηκε ισχυρά με θετικά

αποτελέσματα περισσότερο από την παροχή συμβουλευτικής εντός των προγραμμάτων, όπως είχε δείξει η T.O.P.S.⁸⁰.

Η σημασία της συγκράτησης στην θεραπεία φάνηκε από ότι όσοι έμεναν πάνω από ένα έτος σε θεραπεία υποκατάστασης είχαν 4 φορές μικρότερη πιθανότητα να κάνουν εβδομαδιαία χρήση ηρωίνης από όσους διέκοψαν πριν συμπληρωθούν 3 μήνες θεραπείας⁷⁷, ενώ τα άτομα που παρέμειναν περισσότερο στη θεραπεία παρακολουθούσαν προγράμματα με ευρύ φάσμα υπηρεσιών, είχαν καλύτερη σχέση με τον θεραπευτή τους εμφάνιζαν μεγάλη ικανοποίηση ως προς το πρόγραμμα⁸¹. Ο μέσος χρόνος παραμονής στις μονάδες υποκατάστασης ήταν 12 μήνες, ενώ στις θεραπευτικές κοινότητες εσωτερικής και εξωτερικής διαμονής μόνο 3 μήνες. Η διαφορά είναι σημαντικότερη εάν αναλογιστούμε πως τα προγράμματα μεθαδόνης στις Η.Π.Α. την εποχή εκείνη χορηγούσαν μικρές δόσεις μεθαδόνης (στοιχείο που σχετίζεται άμεσα αρνητικά με την συγκράτηση) και τα μισά τουλάχιστον από αυτά είχαν σαν στόχο την πλήρη αποχή, δηλαδή ο συνολικός χρόνος θεραπείας ήταν κάτω από 24 μήνες. Οι διαφορές παρέμεναν στατιστικά σημαντικές και μετά τον στατιστικό έλεγχο των διαφορών του πληθυσμού, δείχνοντας πως το εύρημα σχετίζεται με την δομή καθεαυτή και όχι με τον πληθυσμό⁷⁷. Σύμφωνα με τα πορίσματα της D.A.T.O.S., μεγαλύτερη πιθανότητα να παραμείνουν τα άτομα στην θεραπεία προδικάζουν η ύπαρξη υψηλού κινήτρου, νομική πίεση παραμονής στην θεραπεία, έλλειψη προβλημάτων με τον νόμο στο ιστορικό, ψυχολογική συμβουλευτική κατά την διάρκεια της θεραπείας και απουσία ψυχολογικών προβλημάτων, ιδίως Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας⁸².

Η Βρετανική National Treatment Outcome Research Study (N.T.O.R.S) μελέτησε την πρόοδο 1.075 ατόμων για διάστημα 5 ετών (1995- 2000) με επανεξέταση στο 1^ο, 2^ο και 4^ο-5^ο έτος. Η κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη σε ποσοστό 90%, όπως και στις ελληνικές συνθήκες. Τα ποσοστά αποχής για όλες τις ουσίες εκτός του κρακ και του αλκοόλ ελαττώθηκαν τόσο για εκείνους που παρακολούθησαν τις θεραπευτικές κοινότητες όσο και εκείνους που ακολούθησαν πρόγραμμα μεθαδόνης, ήδη από το πρώτο έτος, για να παραμείνουν κατόπιν στα ίδια επίπεδα, ή να μειωθούν περαιτέρω⁸³. Οι καταδίκες μειώθηκαν από το 34% στο 18%⁸⁴. Στους προερχόμενους από θεραπευτικές κοινότητες παρατηρήθηκε υποτροπή σε ποσοστό 60%, τις

περισσότερες φορές σύντομα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας⁸⁵. Η έρευνα συνέκρινε και την θεραπεία με μεθαδόνη μεταξύ εξειδικευμένων προγραμμάτων και χορήγησης από γενικούς ιατρούς, ανευρίσκοντας παρόμοια ποσοστά αποτελεσματικότητας στους 6 μήνες από την έναρξη της θεραπείας⁸⁶, συμπεραίνοντας πως η θεραπεία υποκατάστασης είναι δυνατή και με τους δύο τρόπους. Όπως και στην περίπτωση των αμερικανικών ερευνών, η νέα Βρετανική έρευνα D.T.O.R.S. σχεδιάσθηκε αξιοποιώντας την εμπειρία της N.T.O.R.S., αλλά δεν έχει δώσει ακόμη αποτελέσματα (www.dtors.org.uk).

Οι πολυκεντρικές έρευνες υπολόγισαν και την σχέση κόστους αποτελεσματικότητας. Στην T.O.P.S. υπολογίσθηκε πως το ετήσιο κόστος για κάθε ασθενή ήταν 2.000\$ το 1980, τόσο για τα προγράμματα μεθαδόνης, όσο και για τα προγράμματα εξωτερικής παραμονής, ενώ στις θεραπευτικές κοινότητες το αντίστοιχο κόστος ήταν 6.135\$ ανά κλίνη. Χρησιμοποιώντας ένα πλαίσιο μελέτης του κοινωνικού κόστους της χρήσης⁸⁷ η μελέτη έδειξε πως η θεραπεία μείωνε το οικονομικό κόστος από τις παράνομες δραστηριότητες και προκαλούσε ένα θετικό δείκτη κόστους οφέλους της τάξης του 1/4. Στην D.A.T.O.S το αντίστοιχο κόστος ήταν 3.285\$ για τις ανοικτές δομές και 26.280\$ για τις θεραπευτικές κοινότητες. Το κόστος των ανοικτών δομών και των προγραμμάτων μεθαδόνης ουσιαστικά μειώθηκε αν υπολογιστούν οι ισοτιμίες και αυτό έγινε μέσω περιορισμού της παροχής υπηρεσιών (όπως η συμβουλευτική). Θεραπευτικά, η μείωση αυτή αντισταθμίσθηκε από την χορήγηση μεγαλύτερων δόσεων μεθαδόνης. Ενώ το 69% των ασθενών της T.O.P.S. ελάμβανε κάτω από 30mg μεθαδόνη, κατά τα έτη που μελέτησε η D.A.T.O.S, όλα τα προγράμματα έδιναν μεγαλύτερες δόσεις μεθαδόνης, σε πιο χαλαρά πλαίσια, τα οποία περιελάμβαναν και χορήγηση δόσεων για το σπίτι⁸⁸. Αντίθετα οι θεραπευτικές κοινότητες, εστιάζοντας στην οριστική αποχή, κινήθηκαν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών μέσω της μείωσης της αναλογίας των ασθενών προς το προσωπικό, για το οποίο αυξήθηκαν παράλληλα οι προδιαγραφές (κατοχή master ή ανώτερου τίτλου σπουδών)⁷⁴. Η μελέτη N.T.I.E.S. συμπέρανε πως η θεραπεία είναι αποδοτική ως προς το κόστος, κοστίζοντας από 1.800\$ έως 6.800\$ ανά ασθενή, όταν το 1994 το κόστος της φυλάκισης ανερχόταν στα 18.300\$ κατ' έτος. Τα προγράμματα μεθαδόνης κόστιζαν 13\$ την ημέρα, με μέσο όρο διάρκειας 300 ημέρες και

συνολικό κόστος 3.900\$. Τα μη φαρμακευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής 15\$ την ημέρα, με μέσο όρο διάρκειας 120 ημέρες και συνολικό κόστος 1.800\$. Τα προγράμματα μεθαδόνης εντός των φυλακών 24\$ την ημέρα, με μέσο όρο διάρκειας 75 ημέρες και συνολικό κόστος 1.800\$. Οι θεραπευτικές κοινότητες μακράς παραμονής 49\$ την ημέρα, με μέσο όρο διάρκειας 140 ημέρες και συνολικό κόστος 6.800\$ και βραχείας παραμονής κόστιζαν 130\$ την ημέρα, με μέσο όρο διάρκειας 30 ημέρες και συνολικό κόστος 4.000\$. Το εύρημα πως ο τύπος της θεραπείας δεν σχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα κάνει τα ποσά αυτά άμεσα συγκρίσιμα⁷⁶. Η διαφορά στο κόστος μεταξύ των θεραπευτικών κοινοτήτων και των προγραμμάτων αποχής εξωτερικής παραμονής οδήγησε σε μια τροποποίηση των αναλογιών των προγραμμάτων αυτών στις Η.Π.Α.. Ενώ το 1975 οι θεραπευτικές κοινότητες αντιπροσώπευαν το 64% των δομών και τα ανοικτά προγράμματα το 27%, το 2005 τα ποσοστά αυτά ήταν 9% και 79% αντίστοιχα! Τα προγράμματα υποκατάστασης δεν παρουσίασαν αξιόλογη μεταβολή, κινούμενα από το 9% στο 12%⁵². Η έρευνα N.T.O.R.S. (National treatment Outcome Research Study), υπολόγισε πως για κάθε μία βρετανική λίρα (1£ = 1.5€) που δαπανάται στην θεραπεία υπάρχει επιστροφή περισσότερο από 3£ (€4.5) από μείωση της εγκληματικότητας και μόνο. Το συνολικό κόστος ενός έτους χρήσης υπολογίστηκε πως είναι 12.000.000 Αγγλικές λίρες⁸⁹. Η συνολική σχέση απόδοση/ επένδυση υπολογίστηκε από 18/1 έως 9,5/1 ανάλογα με το μοντέλο που εφαρμόσθηκε (Godfrey, 2004). Όσο ακριβή και να είναι η θεραπεία, η χρήση ουσιών και οι επιπτώσεις της κοστίζουν σαφώς περισσότερο.

Το Department of Substance Abuse Services (D.A.S.A) και το National Institute for Drug Addiction (NIDA) των Η.Π.Α. υπολόγισαν το ετήσιο κόστος διατήρησης ενός ατόμου εξαρτημένου από τα οπιοειδή στην Νέα Υόρκη το 1991 ως εξής (οι τιμές λαμβάνουν υπ' όψιν την σημερινή ισοτιμία): στο δρόμο άνευ θεραπείας 43.000\$ Η.Π.Α. (17.000\$ το 1991), στην φυλακή 43.000\$, σε πρόγραμμα εσωτερικής παραμονής 11.000\$, και σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη μόλις 2.400\$⁹⁰. Η Drugs Policy Alliance των Η.Π.Α. δέχεται το ποσό των 4.000\$ ως μέσο κόστος της θεραπείας με μεθαδόνη, υπολογίζοντας απόδοση 4-5\$ για κάθε 1\$ που επενδύεται σε αυτού του τύπου την θεραπεία⁹¹, με την φυλάκιση των χρηστών να κοστίζει

από 20.000\$ έως 40.000\$ ανά έτος⁹². Οι θεραπευτικές κοινότητες κοστίζουν αντίστοιχα από 13.000\$ έως 20.000\$ ανά έτος. Από το κόστος της μεθαδόνης μόνο το 5-10% οφείλεται στο φάρμακο προκειμένου για τα Αμερικανικά προγράμματα⁹³, επιτρέποντας την περαιτέρω μείωση του κόστους με την χορήγηση από γενικούς ιατρούς, μονάδες χαμηλών προδιαγραφών και φαρμακεία. Η D.A.S.A ανακοίνωσε πως η θεραπεία οδηγεί σε μείωση κατά 64% της εγκληματικότητας κατά της περιουσίας, 54% των συνολικών συλλήψεων, 63% των συλλήψεων για ναρκωτικά, 65% των επισκέψεων σε θαλάμους επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, 59% των εισαγωγών σε νοσοκομεία, 56% της χρήσης άλλων υπηρεσιών υγείας, 55% των εισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές, ενώ τα ποσοστά αυτά βελτιώνονται συνεχώς όταν η θεραπεία διαρκεί περισσότερο από ένα έτος. Ειδικά για την θεραπεία με μεθαδόνη, έχει υπολογισθεί πως αν όλοι οι εξαρτημένοι από οπιοειδή στις Η.Π.Α. συμμετείχαν σε θεραπεία υποκατάστασης, τα κέρδη από τις υπηρεσίες υγείας (κυρίως από αποφυγή 55.000- 70.000 νέων μολύνσεων από τον ιό HIV ανά έτος) θα ήταν της τάξης των 1.325.000.000\$ έως 1.750.000.000\$⁹⁴.

Οι ανασκοπήσεις Cochrane: Το Drugs and Alcohol Review Group του Cochrane Collaboration συντονίζει την διενέργεια συνεχιζόμενων συστηματικών ανασκοπήσεων (reviews) πάνω στην αποτελεσματικότητα διάφορων τύπου θεραπείας, οι οποίες βασίζονται στην μετανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (Randomised Controlled Trials R.C.T.) και κλινικών ελεγχόμενων δοκιμών (Clinical Controlled Trials C.C.T.) σε παγκόσμια κλίμακα. Η αξιοπιστία τέτοιου τύπου μεταanalύσεων θεωρείται η μέγιστη δυνατή, αν και συγκρίνοντας τις έρευνες υπάρχει απώλεια της λεπτομερούς πληροφορίας προς όφελος της κοινής συνισταμένης. Τα έως τώρα πορίσματα της κάθε ανασκόπησης για την θεραπεία υποκατάστασης είναι τα εξής (www.cochrane.org):

1. Η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι η πλέον εφαρμοζόμενη μέθοδος παγκοσμίως και η καλύτερα μελετημένη και τεκμηριωμένη. Η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι αποτελεσματική ως προς την μείωση της χρήσης ηρωίνης και την συγκράτηση στην θεραπεία. Σε σχέση με τις μη φαρμακευτικές θεραπείες εν γένει, η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι καλύτερη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την

- μείωση της χρήσης ηρωίνης και τον βαθμό συγκράτησης, αλλά όχι ως προς την μείωση της εγκληματικότητας⁹⁵.
2. Αν και η χορήγηση μεθαδόνης σε υψηλές δόσεις συνίσταται για την μείωση των παράνομων οπιοειδών, η θεσμικές ρυθμίσεις της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνης διαφέρουν ευρέως. Οι δόσεις από τα 60 έως 100mg ημερησίως είναι αποτελεσματικότερες των χαμηλότερων δόσεων στην μείωση της ηρωίνης και της κοκαΐνης κατά την διάρκεια της θεραπείας⁹⁶.
 3. Η βουπρενορφίνη δεν είναι ισχυρή όσο η μεθαδόνη και η ηρωίνη, τα αποτελέσματά της ωστόσο διαρκούν περισσότερο. Είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κάποιος από την βουπρενορφίνη από ότι από την μεθαδόνη, και μπορεί να λαμβάνεται κάθε δύο ημέρες. Η θεραπεία συντήρησης με βουπρενορφίνη είναι αποτελεσματική στην μείωση της ηρωίνης, αλλά όχι τόσο όσο η αντίστοιχη με μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη σε υψηλές δόσεις μπορεί ενδεχομένως να καταστείλει καλύτερα από την μεθαδόνη την χρήση ηρωίνης, αλλά η μεθαδόνη υπερτερεί στην συγκράτηση στην θεραπεία. Η βουπρενορφίνη σε χαμηλές δόσεις υπερτερεί του placebo στην συγκράτηση στην θεραπεία, αλλά μόνο σε υψηλές δόσεις υπερτερεί ως προς την μείωση της χρήσης ηρωίνης⁶⁰.
 4. Το LAAM μπορεί να είναι αποτελεσματικότερο στην μείωση της χρήσης ηρωίνης από την μεθαδόνη, αλλά σχετίζεται με ανεπιθύμητες ενέργειες, ορισμένες εκ των οποίων είναι απειλητικές για την ζωή. Μία δόση του LAAM διαρκεί για δύο με τρεις ημέρες. Το LAAM δεν είναι τόσο διαδεδομένο όσο η μεθαδόνη και ενδέχεται να αποσυρθεί από την αγορά, λόγω καρδιακών επιδράσεων (αφορά 10 περιπτώσεις παγκοσμίως καρδιακών αρρυθμιών και παράταση του διαστήματος QT). Το LAAM είναι αποτελεσματικότερο της μεθαδόνης, αλλά τα στοιχεία δεν είναι αρκετά ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για την ασφάλεια⁹⁷.
 5. Η μελέτη της χορήγησης συνταγογραφούμενης ηρωίνης δεν κατέληξε ακόμη σε οριστικά συμπεράσματα. Στις έως τώρα έρευνες συμπεριλαμβάνονται ασθενείς προερχόμενοι από προγράμματα μεθαδόνης, οι οποίοι δεν ωφελήθηκαν από αυτά. Η ανάλυση των δεδομένων συνεχίζεται¹⁹⁸.
 6. Η από του στόματος θεραπεία υποκατάστασης για τους χρήστες ενέσιμων

οπιοειδών μειώνει τις σχετιζόμενες με χρήση ουσιών συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για την μετάδοση του ιού HIV, αλλά έχει μικρό αποτέλεσμα στις σχετιζόμενες με την σεξουαλικότητα συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (χρήση προφυλακτικού). Οι χρήστες ενέσιμων οπιοειδών είναι ευπρόσβλητοι από τον ιό HIV, καθώς και άλλους αιματογενείς ιούς, τόσο ως αποτέλεσμα της συλλογικής χρήσης εξοπλισμού ενέσεων, όσο και σχετιζόμενων με την σεξουαλικότητα συμπεριφορών. Είναι σαφές πως η από του στόματος θεραπεία υποκατάστασης μειώνει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις σχετιζόμενες με χρήση ουσιών συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για την μετάδοση του ιού HIV αλλά και τις πραγματικές HIV μολύνσεις, αν και δεν κατέστη δυνατόν να υπολογισθεί το ακριβές ποσοστό της μείωσης αυτής. Τα συμπεράσματα αυτά είναι συμβατά με άλλες συστηματικές μελέτες⁹⁹.

7. Η αποτοξίνωση είναι απαραίτητη πριν την εισαγωγή σε μη φαρμακευτική θεραπεία, είτε μπορεί να αντιπροσωπεύει το πέρας μιας μακροχρόνιας θεραπείας υποκατάστασης. Η μεθαδόνη ανακουφίζει τα σημεία και τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου εξ αποσύρσεως οπιοειδών, χωρίς να φανούν διαφορές ανάμεσα στην μεθαδόνη και άλλους παράγοντες (α2 αδρενεργικοί αγωνιστές, άλλα οπιοειδή, χλωρδιαζεποξίδη) ως προς την αποτελεσματικότητα, αν και υπήρχαν διαφορές στα συμπτώματα. Τα στοιχεία από την βιβλιογραφία δεν είναι εύκολα συγκρίσιμα, καθώς τα προγράμματα διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Η πλειοψηφία των ασθενών υποτροπίασε μετά την αποτοξίνωση¹⁰⁰.
8. Η βουπρενορφίνη είναι αποτελεσματικότερη της κλονιδίνης και συγκρίσιμη με την μεθαδόνη για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου εξ αποσύρσεως οπιοειδών, ως προς την ελάττωση των στερητικών συμπτωμάτων, την συγκράτηση στην θεραπεία και την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν βουπρενορφίνη έχουν χαμηλότερη πιθανότητα να διακόψουν την θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, από ότι την κλονιδίνη, ιδίως σε αποτοξίνωση εξωτερικών ασθενών, αν και δεν υπάρχει διαφορά στην επίπτωση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Η βαρύτητα της απόσυρσης είναι παρόμοια για την βουπρενορφίνη και την μεθαδόνη, αλλά τα συμπτώματα υποχωρούν ταχύτερα με την βουπρενορφίνη¹⁰¹.

9. Οι α2 αδρενεργικοί αγωνιστές ανακουφίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου εξ αποσύρσεως οπιοειδών. Η κλονιδίνη χρησιμοποιείται ευρέως ως μη οπιοειδής εναλλακτική στην στέρηση των οπιοειδών. Όταν η απόσυρση ηρωίνης ή μεθαδόνης εκτελείται με την χρήση κλονιδίνης ή λοφεξιδίνης, αντί για την χρήση προοδευτικά μειούμενων δόσεων μεθαδόνης για διάστημα έως 10 ημερών, τα σημεία και συμπτώματα είναι παρόμοια, αλλά εμφανίζονται νωρίτερα. Η πιθανότητα περάτωσης της αποτοξίνωσης είναι παρόμοια. Η κλονιδίνη έχει περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από την χρήση προοδευτικά μειούμενων δόσεων μεθαδόνης (υπόταση, ζάλη, ξηροστομία, έλλειψη ενέργειας), ενώ η λοφεξιδίνη έχει μικρότερη επίδραση στην αρτηριακή πίεση από την κλονιδίνη, αλλά κατά τα άλλα είναι παρόμοια¹⁰².

Τέλος, μια ακόμη ενδιαφέρουσα μετανάλυση από 143 μελέτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας διάφορων τύπων υπολόγισε πως παράγοντες που σχετίζονται με θετικό αποτέλεσμα, δηλαδή αποχή από τις ουσίες και μείωση της εγκληματικότητας ήσαν η δεκαετία κατά την οποία έγινε η θεραπεία, η συμμετοχή του ερευνητή στην παροχή της θεραπείας, η «ωριμότητα» του προγράμματος, η αναλογία συμβούλων τοξικοεξάρτησης ανά ασθενείς, το χρονικό διάστημα της έκθεσης στην θεραπεία και η δόση της μεθαδόνης¹⁰³.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization (Ed) (2005). WHO Model List of Essential Medicines, 14th Edition, World Health Organization, Geneva
2. Herget, G. (2005). Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines, HIV AIDS Policy Law Rev. Dec;10(3):23-4.
3. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ed) (2010). Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν 2009: Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οικοπνευματωδών στην Ελλάδα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ), Αθήνα
4. Reitox National Focal Point (2009) NATIONAL REPORT (2008 data) TO THE EMCDDA, GREECE New Development, Trends and in-depth information on selected issues, University Mental Health Research Institute, Athens
5. Σπυροπούλου, Μ. & Κοντογεωργίου, Κ. (2005). Δείκτης Επικράτησης Μολυσματικών Ασθενειών (Δ.Ε.Μ.Α.) σε Χρήστες Ενέσιμων Ναρκωτικών, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία
6. Ward, R Mattick, W Hall (1998) Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Therapies. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, The Netherlands
7. Moody DE, Alburges ME, Parker RJ, Collins JM, Strong JM: The involvement of cytochrome (1997) P450 3A4 in the N-demethylation of L-alpha-acetylmethadol (LAAM), norLAAM, and methadone. Drug Metab Dispos 25:1347, 1997
8. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. (1998) Opioid dependence during pregnancy: Effects and management. Obstet Gynecol Clin North Am 25:139, 1998.
9. Humeniuk R, R Ali, J White, W Hall and M Farrell (2000). Proceedings of the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone. Monograph series no. 39. Adelaide, Australia. ISBN 0642415080.

- 10.Scottenfeld, R.S., and Kleber, H.D (1998). Opioid Agonists. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition on CD ROM, LW & W.
- 11.Dyer KR, White JM (1997): Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients. *Addiction* 92:1445
- 12.The Swiss Methadone Report (1996). Swiss Federal Office of Public Health, Switzerland; Addiction Research Foundation, Canada.
- 13.Leander JD. (1987) Buprenorphine has potent kappa opioid receptor antagonist activity. *Neuropharmacol* 26:1445-1447
- 14.Walsh SL, Preston KL, Stiger ML, Cone EJ and Bigelow GE. (1994) Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. *Clin Pharmacol Ther* 1994;55:569-580
- 15.Jasinski, D.R., Pevnick, J.S., Griffith, J.D. (1978). Human pharmacology and abuse potential of the analgesic Buprenorphine, *Arch Gen Psychiatry* 35:501-516
- 16.Pickworth WB, Johnson RE, Cone EJ. (1993) Subjective and physiologic effects of intravenous buprenorphine in humans. *Clin Pharmacol Ther* 1993;53:570-576
- 17.Greenwald MK, Johnson CE, Schuster CR. (1999) Opioid reinforcement in heroin-dependent volunteers during outpatient buprenorphine maintenance. *Drug Alc. Depend*, 56: 191-203, 1999
- 18.Fudala PJ, Jaffe JH, Dax EM, Johnson RE (1990) Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction, II. Effects of daily and alternate-day administration and abrupt withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 47:525, 1990.
- 19.Lintzeris, N., Clark, N., Muhleisen, P., Riter, A., Ali, R., Bell, J., Gowing, L., Hawkin, L., Edwards, H.S., Mattick, R.P., Monheit, B., Newton, I., Quigley, A., Whicker, S., White, J. (2001). Clinical guidelines: Buprenorphine treatment of heroin dependence, Commonwealth of Australia, Canberra
- 20.Lange WR, Fudala PJ, Dax EM and Johnson RE. (1990) Safety and side-effects of buprenorphine in the clinical management of heroin addiction. *Drug Alcohol dependence* 1990;26:19-28

21. Kobayasi K, Yamamoto Ta, Chiba K, Tani M, Shimada N, Ischzaki Ta, Kuroiwa Y. (1998) Human buprenorphine N-dealkylation iw catalyzed by cytochrome P450 3A4. *Drug Metab Dispo* 26:818-821, 1998
22. Walter DS and Inturrisi CE. (1995) Absortion, distribution, metabolism and excretion of buprenorphine in animals and humans. In Cowan A and Lewis JW, eds; *Buprenorphine: Combating drug abuse with a unique opioid*. Wiley-Liss, 1995:113-135
23. Nocon, J.J. (2006). Buprenorphine in pregnancy: the advantages, *Addiction*. Apr;101(4):608.
24. Reynaud M, Tracqui A, Petit G, Potrd D, Courty P. (1998) Six deaths linked to misuse of buprenorphine-benzodiazepine compination. *Am J Psychiatry* 155:448-449, 1998
25. Bickel WK, Amass L. (1995) Buprenorphine treatment of opioid dependence: a review. *Exp Clin Psychopharmacol* 1995 Nov;3(4):477-89.
26. Casadonte PP. (2001) Applied Pharmacology and clinical use of buprenorphine. Announcement at 2001; ASAM's 32nd Annual Medical Scientific Conference.
27. KENO
28. Gal TJ. (1989) Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression. *Clin Pharmacol Ther* 45:66-71, 1989
29. Thorn SE, Rawal N, Wennhager M. (1988) Prolonged respiratory depression caused by sublingual buprenorphine. *Lancet*, January 23, 1988
30. Strain, E. C., Walsh, S. L. Preston, K. L. Liebson, I. A., and Bigelow, G. E. (1997). The effects of buprenorphine in buprenorphine-maintained volunteers. *Psychopharmacology*, 129, 329-338.
31. Mello NK, Mendelson JH, Lukas SE, Gastfriend DR, Teoh SK, Holman BL. (1993) Buprenorphine treatment of opioid and cocaine abuse: clinical and preclinical studies. *Harv Rev Psychiatry* 1993;1(3):168-83.
32. Eissenberg T, Greenwald MK, Johnson RE, Liebson IA, Bigelow GE and Stitzer ML. (1996) Buprenorphine's physical dependence potential: antagonist-precipitated withdrawal in humans. *J pharmacol Exp Ther* 1996;276:449-459
33. McNicholas, L, Howell, E.F. (2001). Buprenorphine Clinical Practice Guidelines

34. Stoller KB, Bigelow GE, Walsh SL, Strain EC. (2001) Effects of buprenorphine-naloxone in opioid dependent humans. *Psychopharmacol* 2001;154:230-242
35. Strain EC, Stoller K, Walsh SL, Bigelow GE. (2000) Effects of buprenorphine versus buprenorphine/naloxone tablets in non dependent opioid abusers. *Psychopharmacology* 2000, 148:374-383
36. Center for Substance Abuse Treatment- CSAT (1999). Using Buprenorphine for Office-Based Treatment of Opiate Addiction, Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA)
37. Novick, D.M., Richman, B.L., Friedman, J.M., Friedman, J.E., Fried, C., Wilson, J.P., Townley, A., & Kreek, M.J. (1993). The medical status of methadone maintenance patients in treatment for 11-18 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 235-245
38. Κοκκώλης Κ. (2006) Επιλογή Μεταξύ Φαρμακευτικών Και Μη Φαρμακευτικών Θεραπευτικών Προσεγγίσεων Για Την Αντιμετώπιση Της Ουσιοεξάρτησης Στην Ελλάδα, Τομέας Κοινωνικής Εργασίας Boston College, ΚΕ.Θ.Ε.Α, Τομέας Κοινωνιολογίας Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Τομέας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου California, San Diego: Μεταπτυχιακό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα «Διοίκηση και κοινωνικός σχεδιασμός στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Κοινωνικός σχεδιασμός και κοινωνική πολιτική» Διπλωματική Εργασία
39. Fudala. P.J. & O' Brien, C.P. (2005). Buprenorphine for the Treatment of the Opioid Addiction, in Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B., Langrod, J.G. (Eds). *Substance Abuse: a comprehensive textbook*, 4th ed., Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 634-640.
40. ΚΕΝΟ
41. Υπουργική Απόφαση (2002). Άδεια χορήγησης ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης από τον Οργανισμό Καταπολέμησης Ναρκωτικών, 16/10/02 Αριθμ. Υ5γ/Γ.Π. οικ. 100847
42. Υπουργική Απόφαση (2002). Χορήγηση της ουσίας Βουπρενορφίνη από Γενικά Νοσοκομεία σε εξαρτημένα από οπιούχα άτομα, 18/10/02 Αριθμ. Υ5γ/Γ.Π. οικ. 102480
43. Kokkolis, K. (2004). Integration of Substance Abuse Treatment in the Greek National Health System, Announcement in European

- Association of Substance Abuse Research (EASAR) Meeting, Kea, Greece
44. Ball, J. C., & Ross, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment, Springer-Verlag, New York
45. Strain, E.C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., & Stitzer, M.L. (1999). Moderate-vs high dose methadone in the treatment of opioid dependence. A randomized trial, Journal of the American Medical Association, 281, 1000-1005.
46. Strain, E.C. (Ed). (2001). Use of Buprenorphine in the Pharmacologic Management of Opioid Dependence: A Curriculum for Physicians, Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services
47. Dole, V.P., & Nyswander, M.E. (1965). A medical treatment of diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride, Journal of the American Medical Association, 193, 646-650.
48. Gearing, F.R., Schweitzer, M.D. (1974) An epidemiological evaluation of long term methadone maintenance treatment for heroin addiction, Am. J. epidemiol 100(2): 101-112
49. Joseph, H., Stancliff, S., Langrod, J. (2000). Methadone Maintenance Treatment: A Review of Historical and Clinical Issues, The Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 67 Nos. 5&6 October/November
50. Dole, V.P., Joseph, H. (1978). Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance, Ann N Y Acad Sci;311:181-9.
51. National Institutes of Health (1997). Consensus Development Statement: Effective Medical Treatment of Heroin Addiction. National Institutes of Health: Bethesda, Maryland.
52. McLellan, A.T. (2006). Re-Considering Addiction Treatment: Quality, Accountability and Outcomes in a Chronic Care Perspective, Presentation, Παρουσίαση σε ημερίδα Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ): «Στάσεις και αντιλήψεις της κοινής γνώμης για τα ναρκωτικά και την απεξάρτηση» 16/1/06

53. Hartel, D.M., Schoenbaum, E.E., Selwyn, P.A., Kline, J., Davenny, K., Klein, R.S., Friedland, G.H. (1995). Heroin use during methadone maintenance treatment: The importance of methadone dose and cocaine use, *American Journal of Public Health*, 85, 83-88.
54. D'Aunno, T.D., & Vaughn, T.E. (1992). Variations in methadone treatment practices. *Journal of the American Medical Association*, 267, 253-258.
55. Caplehorn, J. R., Dalton, M. S., Haldar, F., Petrenas, A. M., & Niset, J. G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose, *Substance Use and Misuse*, 31, 177-196.
56. Metzger, D.S., Woody, G.E., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Druley, P., Navaline, H., DePhilippis, D., Stolley, P., & Abrutyn, E. (1993). Human Immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in-and out-of-treatment: An 18 month prospective follow-up, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6, 1049-1056.
57. Health Canada (Ed) (2002). Literature review: Methadone Maintenance Treatment, Health Canada, Ottawa, Ontario
58. Mello, N.K., Mendelson, J.H., Kuenle, J.C. (1982). Buprenorphine effects on human heroin self –administration: an operant analysis, *J Pharmacol Exp Ther*, 223:30-39
59. Ling, W., Charuvastra, C., Collins, J.F., Batki, S., Brown, L.S. Jr., Kintaudi, P., Wesson, D.R., McNicholas, L., Tusel, D.J., Malkerneker, U., Renner, J.A. Jr., Santos, E., Casadonte, P., Fye, C., Stine, S., Wang, R.I.H., Segal, D. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: A multicenter, randomized clinical trial. *Addiction* 93:475
60. Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C., Davoli, M. (2007), Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
61. Johnson, R.E., Chutuaape, M.A., Strain, E.C., Walsh, S.L., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E. (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence, *The New England Journal of Medicine* Nov:1290-1297

62. Mattick RP, Ali R, White JM, O'Brien S, Wolk S, Danz C. (2003), Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients, *Addiction*, 2003 Nov;98(11):1633-4.
63. Bickel, W.K., Amass, L., Crean, J.P. and Higgins, S.T. (1995). Triple buprenorphine maintenance doses maintain opioid-dependent outpatients for 72 hours with minimal withdrawal. *NIDA Research Monograph Series*, 153:161
64. Fudala P.J., Bridge P., Herbert S., Williford W.O., Chiang N.C., Jones K., Collins J., Raisch D., Casadonte P., Goldsmith J., Ling W., Malkerneker U., McNicholas L., Renner J., Stine S., Tusel D. (2003) Office-Based Treatment of Opiate Addiction with a Sublingual-Tablet Formulation of Buprenorphine and Naloxone, *N Engl J Med* 2003; 349:949-958, September 4, 2003
65. Cheskin, L.J., Fudala, P.J., Johnson, R.E., (1994) A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids, *Drug Alcohol Depend* Oct;36(2):115-21.
66. Nigam AK, Ray R, Tripathi BM. Buprenorphine in opiate withdrawal : a comparison with clonidine. *J Subst Abuse Treatment* 1993;10 :391-394
67. Kosten, T.R., Kleber, H.D. (1988). Buprenorphine detoxification from opioid dependence: A pilot study. *Life Sciences* 42:635-641
68. Amass, L., Bickel, W.K., Higgins, S.T., Hughes, J.R. (1994). A preliminary investigation of outcome following gradual or rapid buprenorphine detoxification, *J Addict Dis* 13(3):33-45.
69. Sees, K.L., Kevin, L., Delucchi, K.L., Masson, C., Rosen, A., Clark, H.W., Robillard, H., Banyas, P., Hall, S.M. (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: A randomized controlled trial, *JAMA* 283:1303-1310.

70. National Institute on Drug Abuse- NIDA (Ed). (2009). Principles of Drug Addiction Treatment: a research based guide NIH No. 99-4180 National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD
71. Bickel, W.K., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E, Liebson, I.A., Jasinski, D.R. and Johnson, R.E. (1988). A clinical trial of buprenorphine: comparison with methadone in the detoxification of heroin addicts, Clin Pharmacol Ther 43:72-78
72. Verster, A. & Bunning, E (2005). Buprenorphine: Critical Questions Examined, © Quest for Quality BV, Euro-Metwork, Amsterdam, The Netherlands
73. Simpson, D.D. & Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse, an overview of the DARP research program. Adv Alcohol Subst Abuse, 2:7-29
74. Hubbard, R.L. (2005). Evaluation and Outcome of Treatment, in Lowinson, P. Ruiz, & R. Millman (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 786-804). Williams & Wilkins, Baltimore
75. Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Hardwood, H.J., Canavaugh, E.R. & Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: A National study of effectiveness, Chapel Hill: University of North Carolina Press
76. Greenfield, L., (1999). Methadone Treatment Outcomes in the National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES), National Evaluation Data Services (NEDS), Center for Substance Abuse Treatment, CSAT, SAMHSA)
77. Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J., & Etheridge, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), Psychology of Addictive Behaviors, 11, 261-278.
78. Joe, G.W., Simpson, D.D. & Broome, K.M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS, Drug and Alcohol Dependence, 57:113-125

79. Broome, K.M., Simpson, D.D. & Joe, G.W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS, Drug and Alcohol Dependence, 57:127-135
80. Etheridge, R.M, Craddock, S.J., Hubbard, R.L. et al. (1999). The relationship of counseling and self help participation to patient outcomes in DATOS, Drug Alcohol Dependence, 57: 99-112
81. Simpson, D.D., Joe, G.W. & Brown, B.S. (1997). Treatment retention and follow- up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), Psychology of Addictive Behaviors, 11(4):294-307
82. Mueller, M.D & Wyman, J.R. (1997). Study sheds new light on the state of drug abuse treatment nationwide, NIDA Notes Vol 12 No 5 Sept- Oct National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD
83. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction. Mar 98(3):291-303.
84. Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D., Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up, Drug Alcohol Depend. Sep 1;79(3):295-302. Epub 2005 Mar 26.
85. Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses, Addiction. Oct;97(10):1259-67.
86. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Strang, J. (1999). Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study, Br J Gen Pract. Jan;49(438):31-4.
87. Harwood, H.J., Hubbard, R.L., Collins, J.J. et al. (1988). The costs of crime and the benefits of drug abuse treatment: a cost benefit analysis using TOPS data, NIDA Res Monogr 86,209-235
88. Hubbard, R.L, Allison, M., Bray, R.M. et al. (1983). An overview of client

- characteristics, treatment services, and during treatment outcomes for outpatient methadone clinics in the Treatment Outcome Prospective Study (TOPS), in Cooper, J.R., Altman, F. Brown, B.S. et al. (Eds) Research on the treatment of narcotic addiction. Treatment research monograph series, DHHS publication no (ADM) 83-1281, pp 714-751, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD
89. Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Godfrey, C. (1998). Economic burden of drug dependency. Social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study, Br J Psychiatry. Aug;173:160-5.
 90. International Forum (1994). The National Methadone Conference 1994, National Institute of Drug Abuse (NIDA). Methadone Maintenance Treatment Research in the United States. Rockville, MD.
 91. Lindesmith Center (1997). Research brief: Methadone maintenance treatment, New York, NY.
 92. Criminal Justice Institute (Ed). (1995). The Corrections Yearbook: Instant Answers to Key Questions in Corrections, Criminal Justice Institute, New York.
 93. Institute of Medicine (Ed) (1995). Federal Regulation of Methadone Treatment. National Academy Press, 162. Washington, DC.
 94. Verster, A., Buning, E., (2003). Information for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence, Euromethwork, Amsterdam
 95. Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
 96. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opiod dependence, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright

- © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
97. Clark, N., Lintzeris, N., Gijssbers, A., Whelan, G., Dunlop, A., Ritter, A., Ling, W. (2002). LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence, the Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
98. Ferri, M., Davoli, M., Perucci, C.A. (2010). Heroin maintenance for chronic heroin dependents, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 32, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
99. Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan L.E., Ali, R. (2007). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection, the Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
100. Amato, L., Davoli, M., Minozzi, S., Ali, R., Ferri, M. (2008). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
101. Gowing, L., Ali, R., White, J. (2008). Buprenorphine for the management of opioid withdrawal, the Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3, Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
102. Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM (2008). Alpha-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2 Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
103. Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E. (2000). Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Subst Use Misuse*, Oct-Dec, 35(12-14):1931-65.

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΛΑΧΙΣΤΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ EQUUS****Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS****Contract nr. JLS/2010/DPIP/PR/1023 – 30-CE-0336534/00-50****Final report**

A. Uchtenhagen, M. Schaub

Research Institute for Public Health and Addiction

A WHO collaborating center affiliated to Zurich University

4.12.2011**a. Προδιαγραφές Πρόληψης****Πρόληψη: Δομικές Προδιαγραφές των Υπηρεσιών**

P 01 Ηθικές Αρχές: Προσκόλληση σε ηθικές αρχές (για παράδειγμα η υπηρεσία οφείλει να προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών, να προσφέρει υπηρεσίες και παρεμβάσεις που έχουν σαφή οφέλη για τον ασθενή, να μην προσφέρει υπηρεσίες και παρεμβάσεις για τις οποίες υπάρχουν δεδομένα πως μπορεί να βλάψουν τον ασθενή (πχ να αυξήσει την χρήση ουσιών, να στιγματιστεί))

P 02 Πολιτικές και Νομοθεσία: Για την εκτέλεση των υπηρεσιών και παρεμβάσεων απαιτείται αναφορά στις σχετικές με τις τοξικές ουσίες πολιτικές και την νομοθεσία

P 03 Τακτική συνεργασία με άλλες υπηρεσίες: Ο οργανισμός συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες και ιδρύματα κατ' αντιστοιχία με την πολύ-υπηρεσιακή φύση της πρόληψης χρήσης τοξικών ουσιών (κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας, υπηρεσίες ποινικής δικαιοσύνης, υπηρεσίες εκπαίδευσης)

P 04 Οικονομικές ανάγκες: Θα πρέπει να παρέχεται μια σαφής και ρεαλιστική ανάλυση κόστους. Οι παρεχόμενοι πόροι θα πρέπει να είναι επαρκείς ώστε να καλύψουν το κόστος.

P 05 Εσωτερικοί πόροι και δυνατότητες: Πρέπει να είναι επαρκώς διαθέσιμοι για την κάθε εφαρμογή (παράδειγμα, ανθρώπινοι, τεχνολογικοί, οικονομικοί πόροι).

P 06 Σύσταση του προσωπικού: Οι ειδικότητες και τα προσόντα του προσωπικού να είναι επαρκή για την υπηρεσία (ρόλοι του προσωπικού, αριθμός, επίπεδο εκπαίδευσης)

P 07 Υποστήριξη του προσωπικού: Τα μέλη του προσωπικού υποστηρίζονται στο έργο τους όπως αρμόζει

Πρόληψη: Διαδικασιακές Προδιαγραφές των Υπηρεσιών/ Παρεμβάσεων

P 08 Ηθικές Προδιαγραφές: Προσκόλληση σε ηθικές προδιαγραφές (η παρέμβαση υλοποιείται μόνο όταν υπάρχει σαφής ανάγκη γι αυτήν, υπάρχουν διαδικασίες που εξασφαλίζουν την ενημερωμένη συγκατάθεση και την εμπιστευτικότητα, την προστασία των εξυπηρετούμενων και του προσωπικού, και η πληροφόρηση σχετικά με τις τοξικές ουσίες και τις σχετιζόμενες συμπεριφορές είναι ακριβής όποτε χορηγείται)

P 09 Διαδικασίες Αξιολόγησης: Λεπτομερείς και ποικίλες πληροφορίες σχετικά με την χρήση ουσιών στην κοινότητα, τον πληθυσμό- στόχο και το περιβάλλον που μας ενδιαφέρει θα πρέπει να συλλέγονται μέσω πρωτογενών ή δευτερογενών ερευνών (πχ τύποι ουσιών που χρησιμοποιούνται, ποσοστά χρήσης και τάσεις)

P 10 Διαδικασίες Αξιολόγησης: Πρέπει να αξιολογείται η κουλτούρα του πληθυσμού- στόχου (1. Σχέση με χρήση ουσιών, 2. Σχέση με τις δραστηριότητες της υπηρεσίας/ παρέμβασης)

P 11 Διαδικασίες Αξιολόγησης: Πρέπει να αξιολογούνται άλλα συναφή χαρακτηριστικά του πληθυσμού- στόχου/ κοινότητας/ περιβάλλοντος (πχ πεπιοθήσεις, στάσεις, επικίνδυνες συμπεριφορές, εγκληματικότητα, κοινωνική θέση, διαθεσιμότητα ουσιών)

P 12 Διαδικασίες Αξιολόγησης: Πρέπει να αξιολογείται η ετοιμότητα του πληθυσμού- στόχου/ κοινότητας/ περιβάλλοντος για την υπηρεσία/ παρέμβαση που θα εφαρμοστεί (πχ πηγές αντίδρασης ή υποστήριξης)

P 13 Διαδικασίες Αξιολόγησης: Πρέπει να αξιολογούνται τα κενά στην υφιστάμενη παροχή υπηρεσιών

P 14 Εμπλοκή ενδιαφερομένων: Όλοι οι σχετικοί με την υπηρεσία/ παρέμβαση ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να εμπλέκονται στην ανάπτυξη της και την εφαρμογή της όπως αρμόζει (πχ πληθυσμός- στόχος, άλλες υπηρεσίες)

P 15 Παρατεταμένη εφαρμογή: Στρατηγική πρόληψης της χρήσης ουσιών ή ευρύτερης προαγωγής υγείας σε βάθος χρόνου (όλες οι δραστηριότητες είναι μέρος μιας μακρόχρονης στρατηγικής)

P 16 Καθορισμός των στόχων: Οι στόχοι της υπηρεσίας/ παρέμβασης είναι ειδικοί, ρεαλιστικοί και ενημερωμένοι από την αξιολόγηση των διαδικασιών (πχ ποιοι τύποι ουσιών ή συμπεριφορών στοχεύονται)

P 17 Σχεδιασμός υπηρεσίας/ παρέμβασης: Η υπηρεσία/ παρέμβαση βασίζεται σε μία επιστημονική αντίληψη (θεωρητικό μοντέλο) των σχετιζόμενων με την χρήση συμπεριφορών και αλλαγών συμπεριφοράς)

P 18 Σχεδιασμός υπηρεσίας/ παρέμβασης: Η υπηρεσία/ παρέμβαση βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα (βασίζεται στα ευρήματα καινοτόμων ή υφιστάμενων βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων των επιστημονικών δεδομένων για την αποτελεσματικότητα, είτε σε επαγγελματική εμπειρία όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμες ανασκοπήσεις)

P 19 Σχεδιασμός υπηρεσίας/ παρέμβασης: Οι υπηρεσίες/ παρεμβάσεις εξατομικεύονται αναλόγως των ατομικών και πληθυσμιακών χαρακτηριστικών (πχ γλώσσα, δραστηριότητες, μηνύματα, χρόνο, αριθμό συμμετεχόντων)

P 20 Σχεδιασμός υπηρεσίας/ παρέμβασης: Πρέπει να οριστούν κριτήρια τερματισμού της υπηρεσίας/ παρέμβασης (πχ επίτευξη στόχων, συμπλήρωση υποχρεωτικού αριθμού συνεδριών, αριθμός συμμετεχόντων που προσεγγίσθηκε, διάρκεια της παρέμβασης).

P 21 Σχεδιασμός υπηρεσίας/ παρέμβασης: Οι δραστηριότητες της υπηρεσίας/ παρέμβασης είναι εφαρμόσιμες και εσωτερικά συνεπείς, (πχ οι δραστηριότητες συνδέονται με τους στόχους, ο πληθυσμός- στόχος επιλέγεται αναλόγως της αξιολόγησης αναγκών, ο πληθυσμός- στόχος είναι προσβάσιμος, η εγκατάσταση είναι κατάλληλη και λειτουργική)

P 22 Προσαρμοστικότητα: Οι υφιστάμενες δραστηριότητες (πχ προγράμματα εγχειριδίων, μοντέλα υπηρεσιών που έχουν υλοποιηθεί αλλού) προσαρμόζονται αναλόγως με τις διαφορές μεταξύ των αρχικών και των πραγματικών καταστάσεων (πχ χαρακτηριστικά πληθυσμού- στόχου)

P 23 Εκπαίδευση και ανάπτυξη προσωπικού: Όσοι υλοποιούν την υπηρεσία/ παρέμβαση (πχ μέλη προσωπικού, δάσκαλοι, γονείς, πρώην χρήστες) έχουν τις ικανότητες που απαιτούνται για μία επιτυχημένη υλοποίηση

P 24 Στρατολόγηση: Οι συμμετέχοντες ή οι συμμετέχουσες μονάδες (πχ σχολεία, κοινότητες) προέρχονται από τον καθορισμένο πληθυσμό- στόχο

P 25 Υλοποίηση: Υπάρχει ένα γραπτό συστηματικό σχέδιο του προγράμματος (πχ που συμπεριλαμβάνει τα κύρια στοιχεία και διαδικασίες της υπηρεσίας/ παρέμβασης, εκτίμηση κινδύνου και σχέδια αντιμετώπισης ευκαιριακών καταστάσεων)

P 26 Υλοποίηση: Η υλοποίηση παρακολουθείται και αναγνωρίζονται οι αναγκαίες προσαρμογές (πχ ανασκόπηση των πρωταρχικών αποτελεσμάτων και των δεδομένων της διαδικασίας, του σχεδίου του προγράμματος, των πόρων)

P 27 Υλοποίηση: Η υπηρεσία/ παρέμβαση υλοποιείται ανάλογα με το σχέδιο του προγράμματος και προσαρμόζεται αναλόγως των ευρημάτων της παρακολούθησης

P 28 Αξιολόγηση διαδικασίας: Η υλοποίηση τεκμηριώνεται και επεξηγείται (αποτυχίες και παρεκκλίσεις από το αρχικό σχέδιο, εμπλοκή του πληθυσμού-στόχου, δραστηριότητες, υλοποίηση της υπηρεσίας/ παρέμβασης, χρήση των οικονομικών, ανθρωπίνων και υλικών πόρων)

P 29 Διάδοση: Μία γραπτή και σαφής περιγραφή της υπηρεσίας/ παρέμβασης είναι (έστω και μερικώς) διαθέσιμη στις σχετικές ομάδες (πχ τους συμμετέχοντες) πριν και/ή κατά την διάρκεια της υπηρεσίας/ παρέμβασης

P 30 Διάδοση: Η πληροφόρηση για την υπηρεσία/ παρέμβαση διαδίδεται σε μια κατάλληλη μορφή (πχ ενημέρωση για επιστημονικά ευρήματα, αναφορά στους χρηματοδότες, ανατροφοδότηση στους συμμετέχοντες) στο τέλος της υπηρεσίας/ παρέμβασης

Πρόληψη: Προδιαγραφές Αποτελεσμάτων σε Επίπεδο Συστήματος

P 31 Στόχος της παρέμβασης: Μειωμένη χρήση ουσιών (η πρόληψη πρέπει να στοχεύει στην αποχή, την καθυστέρηση χρήσης ουσιών, την ελαττωμένη χρήση ουσιών και/ή την πρόληψη της εξάρτησης)

P 32 Αποτίμηση: Πρέπει να εκτελείται μία κατάλληλη αποτίμηση ως τμήμα της υπηρεσίας/ παρέμβασης (πχ αποτίμηση αποτελέσματος, αποτίμηση διαδικασιών)

P 33 Αποτίμηση: Η υπηρεσία/ παρέμβαση συνεχίζεται στην βάση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την παρακολούθηση ή την αποτίμηση

b. Προδιαγραφές Θεραπείας/ Αποκατάστασης

Θεραπεία/ Αποκατάσταση: Δομικές Προδιαγραφές των Υπηρεσιών

TR 01 Προσβασιμότητα: Τοποθεσία (η υπηρεσία πρέπει να είναι προσβάσιμη με δημόσια μέσα μεταφοράς)

TR 02 Φυσικό Περιβάλλον: Επαρκής χώρος για τις δραστηριότητες της υπηρεσίας (πχ διαθέτει ξεχωριστά δωμάτια για ατομική συμβουλευτική)

TR 03 Φυσικό Περιβάλλον: Ασφάλεια (η υπηρεσία είναι εξοπλισμένη για αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων όπως πχ διαχείριση μιας υπερδοσολογίας, φωτιάς ή επιθετικής συμπεριφοράς στις εγκαταστάσεις)

TR 04 Ενδεικτικά Κριτήρια: Διάγνωση (η θεραπευτική ένδειξη γίνεται πάντοτε στην βάση μίας διάγνωσης)

TR 05 Εκπαίδευση Προσωπικού: Βασική εκπαίδευση (τουλάχιστον το μισό προσωπικό έχει δίπλωμα ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής εργασίας ή ψυχολογίας)

TR 06 Σύνθεση Προσωπικού: Διακλαδικότητα: (πχ η υπηρεσία απασχολεί μια πολυκλαδική ομάδα που αποτελείται τουλάχιστον από 3 ειδικότητες)

Θεραπεία/ Αποκατάσταση: Διαδικασιακές Προδιαγραφές σε Υπηρεσιακό (TRs) και Παρεμβατικό (Tri) Επίπεδο

TR 07 Προδιαγραφές Αξιολόγησης: Το ιστορικό χρήσης ουσιών, οι διαγνώσεις και το θεραπευτικό ιστορικό θα πρέπει να αξιολογηθούν

TR 08 Προδιαγραφές Αξιολόγησης: Η σωματική κατάσταση και η κοινωνική κατάσταση θα πρέπει να αξιολογηθούν

TR 09 Προδιαγραφές Αξιολόγησης: Η ψυχιατρική κατάσταση θα πρέπει να αξιολογηθεί

TR 10 Εξατομικευμένο Θεραπευτικό Πλάνο: (τα θεραπευτικά πλάνα θα πρέπει να δημιουργούνται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή)

TR 11 Ενημερωμένη Συγκατάθεση: (Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και να συμφωνούν με ένα προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα ή πλάνο ή μια αλλαγή στο θεραπευτικό πλάνο πριν την έναρξη της θεραπείας ή της αλλαγής)

TR 12 Γραπτό Ιστορικό: (Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων, το πλάνο των παρεμβάσεων, οι προσδοκώμενες αλλαγές και τα απροσδόκητα

συμβάντα θα πρέπει να καταγράφονται πλήρως και χρονολογημένα για κάθε ασθενή σε ένα Ιστορικό/ φάκελο ασθενούς)

TR 13 Εμπιστευτικότητα των πληροφοριών: (Τα δεδομένα του ιστορικού είναι εμπιστευτικά και προσβάσιμα αποκλειστικά από το προσωπικό που εμπλέκεται στην θεραπεία του ασθενούς)

TR 14 Κανονική συνεργασία με άλλες υπηρεσίες: (Όταν μια υπηρεσία δεν είναι εξοπλισμένη να αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες ενός δεδομένου ασθενή, μία άλλη κατάλληλη υπηρεσία είναι διαθέσιμη για παραπομπή)

TR 15 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού: (Το προσωπικό ενημερώνεται τακτικά σχετικά με νέα δεδομένα του γνωστικού του πεδίου)

Θεραπεία/ Αποκατάσταση: Προδιαγραφές Αποτελεσμάτων σε Επίπεδο Συστήματος

TR 16 Στόχος: Σταθεροποίηση/ Βελτίωση της υγείας (η θεραπεία πρέπει να στοχεύει σε βελτιώσεις ή σταθεροποίηση της υγείας)

TR 17 Στόχος: Κοινωνική σταθεροποίηση/ Ενσωμάτωση (η θεραπεία πρέπει να στοχεύει σε κοινωνική σταθεροποίηση ή ενσωμάτωση)

TR 18 Στόχος: Ελάττωση της χρήσης ουσιών (η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην ελάττωση της χρήσης ουσιών πχ βοηθώντας τον ασθενή να μειώσει την χρήση ή να απέχει από παράνομες ή μη συνταγογραφούμενες ψυχοτρόπες ουσίες)

TR 19 Παρακολούθηση της αξιοποίησης των υπηρεσιών: (Οι υπηρεσίες θα πρέπει να αναφέρουν περιοδικά την πληρότητα των θεραπευτικών θέσεων ή κλινών)

TR 20 Παρακολούθηση των εξαγωγών: (πχ ο λόγος των κανονικών προς τις μη κανονικές εξαγωγές και τα ποσοστά συγκράτησης θα πρέπει να ελέγχονται περιοδικά)

TR 21 Εσωτερική αξιολόγηση: (Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προβαίνουν κανονικά σε μία εσωτερική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων τους)

TR 22 Εξωτερική αξιολόγηση: (Οι υπηρεσίες θα πρέπει να επιτρέπουν κανονικά μία εξωτερική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων τους από έναν ανεξάρτητο εξωτερικό αξιολογητή)

c. Προδιαγραφές Μείωσης της Βλάβης

Μείωση της Βλάβης: Δομικές Προδιαγραφές των Παρεμβάσεων

HR 01 Προσβασιμότητα: Τοποθεσία και ωράριο λειτουργίας (οι υπηρεσίες πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Το κόστος ουδέποτε πρέπει να είναι εμπόδιο σε μία υπηρεσία)

HR 02 Προσόντα του προσωπικού: Ελάχιστα προσόντα (το προσωπικό πρέπει να διαθέτει προσόντα και η διαδικασία πρέπει να είναι διαφανής)

HR 03 Κριτήρια ενδείξεων: Ηλικιακά όρια (1. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι κατάλληλες για κάποια ηλικιακή ομάδα και το προσωπικό εκπαιδευμένο ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτής της ηλικιακής ομάδας, 2. Δεν πρέπει να υπάρχουν ηλικιακά όρια στις υπηρεσίες μείωσης της βλάβης)

Μείωση της Βλάβης: Διαδικασιακές Προδιαγραφές των Παρεμβάσεων

HR 04 Διαδικασίες αξιολόγησης: Εκτίμηση επικινδύνων συμπεριφορών (οι επικίνδυνες συμπεριφορές του ασθενούς/ εξυπηρετούμενου αξιολογούνται)

HR 05 Διαδικασίες αξιολόγησης: Πλήρης εκτίμηση αναγκών και ιεράρχηση (πχ 1. Μείωση της βλάβης της ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών και, 2. Ελάττωση των χρησιμοποιημένων συριγγών σε δημοσίους χώρους κλπ)

HR 06 Διαδικασίες αξιολόγησης: Κατάσταση του ασθενούς/ εξυπηρετούμενου (αξιολογείται η υγεία του ασθενούς/ εξυπηρετούμενου)

HR 07 Ενημερωμένη Συγκατάθεση: (οι ασθενείς/ εξυπηρετούμενοι πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες για τις διαθέσιμες επιλογές υπηρεσιών και να συμφωνούν με ένα προτεινόμενο σχήμα ή πλάνο προ της έναρξης της παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις δεν πρέπει να βασίζονται σε μία γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση αλλά σε διαφανείς πληροφορίες σχετικά με όλες τις προσφερόμενες υπηρεσίες)

HR 08 Εμπιστευτικότητα των πληροφοριών: (τα στοιχεία των ασθενών/ εξυπηρετούμενων είναι εμπιστευτικά και προσβάσιμα αποκλειστικά από το προσωπικό που εμπλέκεται στην παρέμβαση ή το σχήμα που σχετίζεται με τον ασθενή/ εξυπηρετούμενο)

HR 09 Εξατομικευμένο Θεραπευτικό Πλάνο: (τα σχήματα και σχέδια των παρεμβάσεων και καθορίζονται εξατομικευμένα, αναλόγως των αναγκών του ασθενούς/ εξυπηρετούμενου)

HR 10 Κανονική συνεργασία με άλλες υπηρεσίες: (Όταν μια υπηρεσία δεν είναι εξοπλισμένη να αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες ενός δεδομένου ασθενή/ εξυπηρετούμενου, μία άλλη κατάλληλη υπηρεσία είναι διαθέσιμη για παραπομπή)

HR 11 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού: (Το προσωπικό ενημερώνεται τακτικά σχετικά με νέα δεδομένα του πεδίου δράσης του)

HR 12 Διαβούλευση με την γειτονιά/ κοινότητα: (αποφυγή της ενόχλησης και σύγκρουσης με άλλα άτομα γύρω από την υπηρεσία)

Μείωση της Βλάβης: Προδιαγραφές Αποτελεσμάτων σε Επίπεδο Συστήματος

HR 13 Στόχος: Ελαττωμένες επικίνδυνες συμπεριφορές (μείωση των ανασφαλών ενέσεων, ανασφαλούς χρήσης ουσιών και ανασφαλούς γενετήσιας δραστηριότητας)

HR 14 Στόχος: Παραπομπές (οι θεραπευτικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προετοιμασμένες να παραπέμπουν τους ασθενείς/ εξυπηρετούμενους σε άλλες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές/ θεραπευτικές/ νομικές υπηρεσίες εφόσον είναι αναγκαίο και υπάρχει συμφωνία)

HR 15 Εσωτερική αξιολόγηση: Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προβαίνουν κανονικά σε μία εσωτερική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων τους)

HR 16 Εξωτερική αξιολόγηση: (Οι υπηρεσίες θα πρέπει να επιτρέπουν κανονικά μία εξωτερική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων τους από έναν ανεξάρτητο εξωτερικό αξιολογητή)

[ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ](#)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

ΚΑΤ' ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΑΙΤΗΣΕΙΣ, ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΓΙΑ ΚΑΤ' ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΛΟΓΟΥΣ

1) Κατ' εξαίρεση στα Π.Υ. εισάγονται όσοι/ες:

1. Έχουν ηλικία άνω των 55 ετών (απαραίτητο δικαιολογητικό: επικυρωμένη φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας).
2. Είναι γονείς ανήλικου τέκνου (έως 16 ετών), με την προϋπόθεση ότι δεν έχουν στερηθεί την επιμέλεια του τέκνου.
3. Είναι συγγενείς πρώτου βαθμού η αδέρφια ή σύζυγοι μελών που παρακολουθούν τα Π.Υ.
4. Γυναίκες σε κύηση 2^{ου}–3^{ου} τριμήνου (απαραίτητα δικαιολογητικά: γνωμάτευση ιατρού και υπερηχογράφημα).
5. Πάσχουν από κακοήθες νόσημα.
6. Πάσχουν από ενεργό φυματίωση.
7. Πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό αιμοκάθαρση.
8. Πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη υπό ινσουλινοθεραπεία.
9. Φέρουν προσθετική καρδιακή βαλβίδα ή πάσχουν από βαλβιδοπάθεια (όσο αφορά στην πρόπτωση μιτροειδούς μόνο εφ' όσον αυτή συνοδεύεται από βαθμό ανεπάρκειας της μιτροειδούς), (απαραίτητα δικαιολογητικά: ιατρική γνωμάτευση και υπερηχογράφημα καρδιάς – triplex).
10. Έχουν υποβληθεί σε ετερόλογη μεταμόσχευση ζωτικού οργάνου (π.χ. ήπατος, νεφρού, καρδιάς, πνευμόνων, μυελού των οστών).
11. Υποτροπίασαν μετά από:
 - i. α. επιτυχή ολοκλήρωση της αποτοξίνωσής τους ή
 - ii. β. αποφοίτησής τους από το πρόγραμμα Κοινωνικής Επανένταξης ή
 - iii. γ. παρακολούθηση τουλάχιστον για έξι (6) μήνες του προγράμματος της Κοινωνικής Επανένταξης.
12. Παρουσιάζουν ένα από τα κάτωθι:
 - i. α. συλλοίμωξη HCV / HBV ο ιολογικός έλεγχος θα πρέπει να γίνει 2 φορές σε διάστημα 6 μηνών για να επιβεβαιώνει την χρόνια ηπατίτιδα B (HBSsAg) θετικό
 - ii. β. συλλοίμωξη HBV / HDV ή
 - iii. γ. ιστολογικά ευρήματα συμβατά με βαθμό ίνωσης ≥ 3 (κατά την κλίμακα Ishak) ή ≥ 2 (κατά την κλίμακα METAVIR)
 - iv. δ. κίρρωση ήπατος (ανεξάρτητα από την αιτιολογία) διαπιστωμένη ιστολογικά και επί ιατρικής αντένδειξης, διαγνωσμένη ενδοσκοπικά ή/και κλινικοεργαστηριακά.

13. Επιπροσθέτως εισάγονται κατ' εξαίρεση όσοι παρουσιάζουν ποσοστό αναπηρίας > 67% με βάση τον «κανονισμό εκτίμησης βαθμού αναπηρίας B-819», της τοξικοεξάρτησης μη υπολογιζομένης και λαμβανομένων υπ' όψιν των περιορισμών για τους πάσχοντες από ψυχιατρική νόσο, οι οποίοι αναφέρονται στην Υπ. Απ. Υ5γ/Γ.Π. οικ.100847 (ΦΕΚ 1343/Β/16.10.2002).

14. Παρουσιάζουν οροθετικότητα HIV.

Σημείωση 1^η (Για όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις υγείας)

Τα απαραίτητα ιατρικά δικαιολογητικά πρέπει να έχουν εκδοθεί από Δημόσιο Νοσοκομείο και την αντίστοιχη με την πάθηση κλινική του Νοσοκομείου, να είναι πρόσφατα και πρωτότυπα και να έχουν υπογραφή Διευθυντή ή Επιμελητή Α' ή ειδικευμένου ιατρού με επικυρωμένο το γνήσιο της υπογραφής καθώς και τα στοιχεία ΑΜΚΑ και ΑΜ ΤΣΑΥ του ιατρού.

Για την περίπτωση 1 (ηλικία άνω των 55 ετών), κατατίθεται **ως δικαιολογητικό** η επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας του ασθενούς.

Για την περίπτωση 4 κατατίθεται **ως δικαιολογητικό** πέραν της ιατρικής γνωμάτευσης και υπερηχογράφημα.

Σημείωση 2^η (αναφέρεται στην περίπτωση 2)

Το δικαίωμα της κατ' εξαίρεση εισαγωγής ισχύει για **μια μόνο φορά** και εάν ο γονέας προσκομίσει στο Κέντρο Υποδοχής της περιοχής του τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, σε περίπτωση που το ζευγάρι – γονείς ζουν μαζί, και ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου.

2. Σε περίπτωση διαζυγίου, γνήσιο αντίγραφο διαζυγίου και αντίγραφο επιμέλειας τέκνου – τέκνων.

3. Αν το ζευγάρι είναι σε διάσταση, ένορκη βεβαίωση από το Ειρηνοδικείο ότι το ζευγάρι βρίσκεται σε διάσταση και ότι έχει την επιμέλεια ο ενδιαφερόμενος που αιτείται την κατ' εξαίρεση εισαγωγή.

4. Γίνονται δεκτές αιτήσεις και κατ' εξαίρεση εισαγωγής γονέων (πατέρων) με παιδί εκτός γάμου, οι οποίοι προσκομίζουν στην επιτροπή των κατ' εξαίρεση εισαγωγών το πρωτότυπο της συμβολαιογραφικής πράξης αναγνώρισης και την ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου καθώς και ιδιωτικό συμφωνητικό των γονέων στο οποίο συμφωνείται η από κοινού άσκηση της γονικής μέριμνας η επικυρωμένο αντίγραφο αμετάκλητης δικαστικής απόφασης με την οποία ο πατέρας ανέλαβε την άσκηση της γονικής μέριμνας η την επιμέλεια. Σε περίπτωση θανάτου της μητέρας προσκομίζεται αντίγραφο πράξης θανάτου αυτής

Σημείωση 3^η (αναφέρεται στην περίπτωση 3)

Τα **δικαιολογητικά** τα οποία κατατίθενται στην επιτροπή των κατ' εξαίρεση εισαγωγών από τα ενδιαφερόμενα άτομα είναι:

Πρωτότυπη και πρόσφατης έκδοσης βεβαίωση παρακολούθησης του Προγράμματος Υποκατάστασης του συγγενούς του ενδιαφερόμενου, η οποία εκδίδεται από την Μονάδα στην οποία αυτός/η είναι εγγεγραμμένος/η, και πρωτότυπο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο

προκύπτει η συγγένεια. Επίσης προσκομίζεται υπεύθυνη δήλωση των ενδιαφερομένων για κατ'εξαίρεση ένταξη στο Π.Υ, στην οποία αναφέρεται ότι συγκατοικούν με τον συγγενή τους μέλος του προγράμματος. Το δικαίωμα κατ'εξαίρεση εισαγωγής λόγω συγγένειας ισχύει μόνο για μία φορά

Σημείωση 4^η (αναφέρεται στις περιπτώσεις 12β και 12γ)

Τα δικαιολογητικά τα οποία ζητούνται εκδίδονται από την Κοινωνική Επανεένταξη.

2) Γενικές παρατηρήσεις περί των εισαγωγών για κατ' εξαίρεση λόγους.

Προϋπόθεση κατάθεσης δικαιολογητικών για αξιολόγησή τους από την Επιτροπή των κατ' εξαίρεση εισαγωγών είναι να έχει κατατεθεί από το εξαρτημένο άτομο αίτηση για εισαγωγή του στο Π.Υ. ΟΚΑΝΑ και να έχει λάβει αριθμό προτεραιότητας στη Λίστα Αναμονής.

Το εξαρτημένο άτομο, ή άλλο επίσημα εξουσιοδοτημένο από αυτό άτομο, καταθέτει στο Κέντρο Υποδοχής όλα τα απαραίτητα για την περίπτωση δικαιολογητικά και άλλα σχετικά έγγραφα, καθώς και την σχετική αίτηση για κατ' εξαίρεση εισαγωγή, λαμβάνει δε από το Κέντρο αριθμό πρωτοκόλλου για την κατ' εξαίρεση αίτηση την οποία υποβάλλει.

Όλα τα έγγραφα διαβιβάζονται **άμεσα** από το Κέντρο Υποδοχής στην Επιτροπή, για την αξιολόγησή τους.

3) Ειδικές παρατηρήσεις περί των Εισαγωγών και Επαισειςαγωγών για κατ' εξαίρεση λόγους.

1. Για λόγους υγείας τα εξαρτημένα άτομα δικαιούνται να επανεισαχθούν στο Π.Υ. μετά από νέα αίτηση και νέα κατάθεση των απαιτούμενων δικαιολογητικών μετά το πέρας ενός τριμήνου από την ημερομηνία εξόδου από τη Μονάδα τους.

2. Επανεισαγωγή του ίδιου ασθενή για τον ίδιο λόγο συγγένειας ή συζυγικής σχέσης δεν επιτρέπεται.

3. Σε περίπτωση που προκύπτει γάμος ενός μέλους του Π.Υ. με ένα μη μέλος του Π.Υ., μπορεί να εισαχθεί στο Π.Υ. μετά την πάροδο 6 μηνών από την τέλεση του γάμου.

4. Επανεισαγωγή του ίδιου ασθενή λόγω ανήλικου τέκνου (μέχρι 16 ετών) δεν επιτρέπεται.

4) Διαδικασία εισαγωγής σε Μονάδα του Π.Υ. των ασθενών που έχει εγκριθεί η κατ' εξαίρεση αίτησή τους.

Μετά την αξιολόγηση των κατ' εξαίρεση αιτήσεων από την επιτροπή των κατ' εξαίρεση εισαγωγών και την έγκριση του Πρακτικού της Επιτροπής από το Γενικό Διευθυντή του ΟΚΑΝΑ, διαβιβάζεται στο Κέντρο Υποδοχής για υλοποίηση

Το Κέντρο Υποδοχής καλεί τα εξαρτημένα άτομα που έχει εγκριθεί η κατ' εξαίρεση αίτησή τους να συμμετέχουν στην πρώτη Ομάδα Προεισαγωγής που θα πραγματοποιηθεί μετά την έγκρισή τους.

προκειμένου να ενταχθούν σε Μονάδα του Π.Υ. Έχουν προτεραιότητα έναντι όλων των άλλων ασθενών της Λίστας Αναμονής. Υπουργική απόφαση (αριθμ.Υ5Γ/γ.Π.οικ.100847 14-10-2002)

Το εγκεκριμένο Πρακτικό της Επιτροπής και τα ιατρικά δικαιολογητικά αποστέλλονται από το Κέντρο Υποδοχής μαζί με τον φάκελο του ασθενούς στην Μονάδα εισαγωγής του.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών ΓΕΦΥΡΑ

Εισαγωγή

Το Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης αντιμετωπίζει το σωματικό στερητικό σύνδρομο που εμφανίζεται μετά τη διακοπή της μακρόχρονης χρήσης οπιούχων ουσιών.

Μέθοδος αντιμετώπισης της σωματικής αποτοξίνωσης

1. Η χορήγηση της ουσίας μεθαδόνη και της ουσίας βουπρενορφίνη έχει ως στόχο την αντιμετώπιση του σωματικού στερητικού συνδρόμου των θεραπευόμενων του Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης.
2. Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα χορηγούνται στο πλαίσιο αυτής της θεραπευτικής διαδικασίας, η οποία διέπεται από την αντίληψη ότι η σωματική αποτοξίνωση αποτελεί ένα πρώτο βήμα πριν την εντατική θεραπεία ψυχικής απεξάρτησης και πρέπει επομένως απαραίτητα να συνδυάζεται με ψυχοκοινωνικού τύπου υποστήριξη.
3. Το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Π.Γ.Ν. Πατρών-Ρίου παρέχει στους συμμετέχοντες τη κατάλληλη νοσηλευτική και φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα με την επιστημονική τεκμηρίωση προβλέπεται η χορήγηση (κατά ανώτατο για ένα διάστημα τριών μηνών) υποκατάστατης ουσίας (μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης) προκειμένου:
 - να κατασταλούν τα οξέα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου των μακροχρόνιων χρηστών οπιούχων ουσιών,
 - να επιτευχθεί η σωματική αποτοξίνωση και
 - να διευκολυνθεί η ομαλή παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Στόχοι του Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης

1. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων του οξέως σωματικού στερητικού συνδρόμου.
2. Η σωματική αποτοξίνωση με ασφάλεια και αξιοπρέπεια και η επίτευξη της αποχής από τη χρήση οπιούχων.
3. Η παραπομπή στις δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τους γενικούς και εξειδικευμένους ελέγχους σωματικής υγείας (τεστ

ηπατίτιδας, AIDS κλπ) και τον αρχικό έλεγχο της ψυχικής υγείας με τη χρήση έγκυρων διαγνωστικών εργαλείων.

4. Η εξασφάλιση ψυχιατρικής αξιολόγησης για τις περιπτώσεις εκείνες που από την προηγούμενη διαδικασία αρχικής εκτίμησης προκύπτουν ενδείξεις διπλής διάγνωσης – ψυχιατρικής συννοσηρότητας.
5. Η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας και σε διαδικασίες ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής.
6. Η συμβουλευτική με στόχο την κινητοποίηση για ένταξη σε ενδεδειγμένο πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης.
7. Ο περιορισμός των παραβατικών συμπεριφορών και η σταθεροποίηση και βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων.

Κριτήρια ένταξης

Η εφαρμογή του Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης εντάσσεται στο πλαίσιο λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού του Δικτύου Θεραπευτικών Υπηρεσιών ΓΕΦΥΡΑ και ΚΕΘΕΑ–ΟΞΥΓΟΝΟ. Οι υποψήφιοι για το Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης θα πρέπει να ανταποκρίνονται στα ήδη ισχύοντα κριτήρια ένταξης των στεγνών προγραμμάτων. Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει:

1. να αποδέχονται τους τρεις απαραίτους κανόνες λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων:
 - απαγορεύεται η χρήση ουσιών και η διακίνησή τους στο χώρο,
 - απαγορεύονται οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των μελών,
 - απαγορεύεται η χρήση βίας, σωματικής ή λεκτικής και η απειλή χρήσης βίας.
2. να έχουν αίτημα θεραπείας
3. να προσέρχονται καθημερινά και εθελοντικά στον Συμβουλευτικό Σταθμό του στεγνού προγράμματος
4. να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία μεταξύ 18-40 ετών, με έμφαση κυρίως στις μικρότερες ηλικίες
5. να μην έχουν σοβαρή ψυχοπαθολογία που δεν μπορεί να υποστηριχτεί σε πλαίσιο στεγνού προγράμματος απεξάρτησης
6. να διαθέτουν ένα στοιχειώδες οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο:
 - δέχεται και έχει τη δυνατότητα να λειτουργήσει υποστηρικτικά στη θεραπευτική διαδικασία,
 - έχει τη δυνατότητα να θέσει όρια σε σχέση με τη χρήση ,
 - δεν περιλαμβάνει άλλα μέλη της οικογένειας που κάνουν χρήση ουσιών στο χώρο διαμονής του υποψήφιου αλλά και η οικογένεια δεν επικυρώνει τη χρήση.

Προκειμένου να διερευνηθούν τα παραπάνω κριτήρια θα πραγματοποιηθούν ατομικές συναντήσεις με τον ενδιαφερόμενο και την οικογένειά του και θα γίνεται λήψη ατομικού, οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού.

Μεθοδολογία επιλογής υποψηφίων

Οι υποψήφιοι προς ένταξη χρήστες στο Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης θα προέρχονται από δύο πηγές:

1. από τους ανθρώπους που ήδη προσεγγίζουν το ΔΘΥ ΓΕΦΥΡΑ ή το ΚΕΘΕΑ-ΟΞΥΓΟΝΟ για θεραπεία και δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν τα στερητικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να διακόπτουν τη θεραπεία και
2. από την λίστα αναμονής του Εξωτερικού Ιατρείου Ουσιοεξαρτήσεων Π.Γ.Ν.Πατρών-Ρίου.
3. Από ήδη θεραπευόμενους του Εξωτερικού Ιατρείου Ουσιοεξαρτήσεων Π.Γ.Ν.Πατρών-Ρίου, εφόσον το επιθυμούν, εμπίπτουν στα κριτήρια ένταξης και η προσέλευση νέων θεραπευόμενων το επιτρέπει.

Για τους υποψήφιους που θα έλθουν από το Ρίο θα ακολουθούνται τα εξής βήματα:

1. Θα πραγματοποιηθεί συνάντηση μεταξύ του προσωπικού των τριών μονάδων και θα διερευνηθούν τα ιστορικά των ανθρώπων που έχουν κάνει αίτηση για τη χορήγηση υποκατάστατου. Θα επιλεγούν άτομα που έχουν τα χαρακτηριστικά που προαναφέραμε.
2. Στην συνέχεια θα κληθούν για ατομική συνάντηση στη Μονάδα του Ρίου με συμμετέχοντες δύο θεραπευτές - έναν από κάθε μονάδα, όπου θα τους γίνεται η πρόταση. Σε περίπτωση που δεχθούν θα ορίζεται η νέα συνάντηση στον Συμβουλευτικό Σταθμό του στεγνού προγράμματος.
3. Έπειτα και εφόσον προσέλθει ο υποψήφιος στο στεγνό πρόγραμμα:
 - θα ενημερώνεται για το πλαίσιο λειτουργίας του Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης,
 - θα ζητείται η συμμετοχή της οικογένειας,
 - θα υπογράφει το συμβόλαιο αποδοχής των όρων και
 - θα εντάσσεται στο καθημερινό πρόγραμμα του Συμβουλευτικού Σταθμού.
4. Η ένταξη στο Συμβουλευτικό Σταθμό του στεγνού προγράμματος προτείνεται να γίνει πριν την χορήγηση, προκειμένου να γίνεται περαιτέρω αξιολόγηση του περιστατικού.

Τρόπος συνεργασίας μεταξύ των Μονάδων

Ο χρήστης που θα ενταχθεί στο Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης θα αποτοξινώνεται με υποκατάστατα, που θα χορηγούνται στο Ρίο, ενώ

παράλληλα θα συμμετέχει υποχρεωτικά στη δομή του Συμβουλευτικού Σταθμού του στεγνού προγράμματος, που θα του παρέχει:

- ατομική και ομαδική συμβουλευτική
- συμβουλευτική στις οικογένειες (γονείς, αδέρφια κλπ.)
- συμμετοχή στις δημιουργικές δραστηριότητες του Συμβουλευτικού Σταθμού.

Το πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης είναι καθημερινό. Ο εξαρτημένος θα συμμετέχει στον Συμβουλευτικό Σταθμό καθημερινά Δευτέρα έως και Παρασκευή -στις ώρες λειτουργίας του - προκειμένου να κινητοποιηθεί για συνέχιση της θεραπείας του στο στεγνό πρόγραμμα.

Ταυτόχρονα, τρεις φορές εβδομαδιαίως θα μεταβαίνει στη Μονάδα του Ρίου, όπου θα του γίνεται η χορήγηση. Πριν τη χορήγηση θα πραγματοποιούνται εξετάσεις ούρων στο στεγνό πρόγραμμα και το προσωπικό του στεγνού προγράμματος οφείλει να ενημερώσει το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Π.Γ.Ν.Πατρών-Ρίου, ότι το μέλος λειτουργεί σύμφωνα με το συμβόλαιο θεραπείας του.

Διάρκεια

Η ανώτατη διάρκεια του προγράμματος ορίζεται στους τρεις (3) μήνες, χρόνος που μπορεί να συντομευτεί, με απόφαση της θεραπευτικής ομάδας. Με την ολοκλήρωση του Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης το μέλος υποχρεούται να ενταχθεί στη φάση της κυρίως θεραπείας της κοινότητας του στεγνού προγράμματος. Σε διαφορετική περίπτωση διακόπτει από το πρόγραμμα.

Η προσπάθεια, επί αποτυχίας της πρώτης, μπορεί να επαναληφθεί έξι (6) μήνες μετά και εφ' όσον η προσέλευση νέων μελών στο πρόγραμμα το επιτρέπει. Η επανάληψη της προσπάθειας μπορεί να γίνει μέχρι και δύο (2) φορές συνολικά.

Δυναμικότητα

Επειδή πιθανολογείται μία μαζική προσέλευση μελών για το Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης που εμπεριέχει τον κίνδυνο αλλοίωσης του χαρακτήρα του ΔΘΥ ΓΕΦΥΡΑ και ΚΕΘΕΑ-ΟΞΥΓΟΝΟ, ως στεγνά θεραπευτικά προγράμματα κρίνεται απαραίτητο για το πρώτο έτος λειτουργίας, το οποίο και θα αξιολογηθεί, να συμμετάσχουν έως 30-40 άτομα, δηλαδή 5-10 άτομα ανά τρίμηνο στην κάθε δομή. Εφόσον δημιουργούνται κενές θέσεις, αυτές θα καλύπτονται από τον κατάλογο αναμονής του Προγράμματος Υποκατάστασης, έτσι ώστε να συμπληρώνεται ο επιθυμητός αριθμός των 5-10 ατόμων. Στην περίπτωση που ο θεραπευόμενος διακόψει τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα την θέση του θα παίρνει ο επόμενος υποψήφιος.

Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης

Εφόσον ο υποψήφιος επιλεγεί να συμμετάσχει στο πρόγραμμα, θα εντάσσεται στο ισχύον πρόγραμμα του Συμβουλευτικού Σταθμού που περιλαμβάνει:

- Ομαδική Συμβουλευτική
- Ατομική Συμβουλευτική
- Ομάδες Πρόληψης Υποτροπής
- Ομάδες Προγράμματος Οικογένειας
- Επιπλέον, χορήγηση υποκατάστατου.

Συμβόλαιο

Τα μέλη πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα θα υπογράφουν υποχρεωτικά ένα συμβόλαιο. Η μη υπογραφή του συμβολαίου αφαιρεί αυτόματα το δικαίωμα συμμετοχής στο πρόγραμμα. Το συμβόλαιο είναι το παρακάτω.

[Επιστροφή](#)

Συμβόλαιο συμμετοχής στο Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης

Πάτρα,/..../....

1. Στο Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών ΓΕΦΥΡΑ και στο ΚΕΘΕΑ-ΟΞΥΓΟΝΟ ισχύουν οι παρακάτω **απαράβατοι κανόνες**:
 - απαγορεύεται η χρήση ουσιών αλλά και η διακίνησή τους στο χώρο του προγράμματος,
 - απαγορεύονται οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των μελών,
 - απαγορεύεται η χρήση βίας, σωματικής ή λεκτικής καθώς και η απειλή χρήσης βίας.
2. Υποχρεούμαι να συμμετέχω στο Συμβουλευτικό Σταθμό καθημερινά, καθώς και στη χορήγηση τη συμφωνηθείσα ώρα.
3. Σε περίπτωση που υπερβώ τις δύο αδικαιολόγητες απουσίες από τον Συμβουλευτικό Σταθμό, αυτό σημαίνει αυτόματα τη διακοπή μου από το πρόγραμμα.
4. Δεν θα κάνω παράλληλη χρήση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας.
5. Θα πραγματοποιούνται τακτικοί και έκτακτοι έλεγχοι ούρων προκειμένου να διαπιστωθεί αν κάνω παράλληλη χρήση ουσιών. Άρνησή μου να πραγματοποιηθεί ουροληψία, για οποιονδήποτε λόγο, σημαίνει αυτόματα τη διακοπή μου από το πρόγραμμα.
6. Εφόσον είμαι εγγεγραμμένος στη λίστα αναμονής του προγράμματος υποκατάστασης και διακόψω, επιστρέφω εκ νέου στη λίστα αναμονής για υποκατάσταση, διατηρώντας το αριθμό που είχα, πριν ενταχθώ στο Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης.
7. Εάν για οποιονδήποτε λόγο διακόψω είτε αυτοβούλως είτε λόγω παραβίασης του Συμβολαίου θα έχω ξανά δικαίωμα συμμετοχής στο πρόγραμμα αποτοξίνωσης μετά από έξι μήνες και μόνο για μία φορά ακόμα.
8. Η συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης (ΠΣΑ) και μετά τη λήξη του τριμήνου, δεν θεμελιώνει κανένα επιπλέον δικαίωμα σχετικά με τη συμμετοχή μου στο Π.Υ. πέραν αυτών που είχα πριν την ένταξή μου στο Π.Σ.Α.
9. Το Συμβόλαιο αυτό είναι αδιαπραγμάτευτο και αποδέχομαι του όρους του ανεπιφύλαχτα.

Όνοματεπώνυμο:	
Υπογραφή:	

Περιεχόμενα

Προκειμένου να κατευθυνθείτε άμεσα στην ενότητα που σας ενδιαφέρει, χρησιμοποιήστε τον συνδυασμό πλήκτρων “CTRL + Αριστερό Click” στο πρόγραμμα Word ή Αριστερό Click απευθείας στον Adobe Reader.

<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u>	<u>03</u>
<u>Πρόλογος της Προέδρου του ΟΚΑΝΑ</u>	<u>05</u>
<u>Πρόλογος του Αντιπροέδρου του ΟΚΑΝΑ</u>	<u>07</u>
<u>Εισαγωγή</u>	<u>13</u>
<u>Πλαίσιο Λειτουργίας</u>	<u>31</u>
<u>Διάγραμμα Ροής</u>	<u>33</u>
 <u>Κεφάλαιο 1. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών</u>	<u>35</u>
<u>Α΄. Υπηρεσία Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού</u>	<u>35</u>
<u>Β΄. Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης</u>	<u>37</u>
<u>Γ΄. Δομές Συνταγογράφησης</u>	<u>39</u>
<u>Δ΄. Κοινωνική Επανένταξη</u>	<u>41</u>
<u>Ε΄. Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης</u>	<u>43</u>
<u>ΣΤ΄. Θεραπευτικές Μονάδες εντός των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων</u>	<u>45</u>
<u>Ζ΄. Δομές Υψηλής Ανεκτικότητας</u>	<u>47</u>
<u>Η΄. Δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης</u>	<u>49</u>
<u>Θ΄. Εξωτερικές Δομές:</u>	<u>51</u>
 <u>Κεφάλαιο 2. Οι φάσεις της θεραπείας</u>	<u>53</u>
<u>0. Φάση Προεισαγωγής</u>	<u>57</u>
<u>1. Φάση Εισαγωγής</u>	<u>59</u>
<u>2. Φάση Αποκατάστασης</u>	<u>65</u>
<u>3. Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας</u>	<u>71</u>
<u>4. Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης</u>	<u>75</u>
<u>5. Φάση Ιατρικής Συντήρησης</u>	<u>79</u>
<u>6. Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας</u>	<u>83</u>

Κεφάλαιο 3.	95
<u>Α΄. Νομοθετικό Πλαίσιο</u>	95
<u>Β΄. Ο Χώρος, ο Χρόνος και το Υλικό</u>	107
<u>Γ΄. Έμψυχο Υλικό</u>	113
<u>Δ΄. Θεραπευτικά Εργαλεία</u>	125
 Κεφάλαιο 4. Αρχές Καλής Κλινικής Πρακτικής	131
<u>Α΄. Αντενδείξεις για τη Θεραπεία Υποκατάστασης</u>	131
<u>Β΄. Επιλογή φαρμάκου υποκατάστασης</u>	133
<u>Γ΄. Τα βήματα της Θεραπείας Υποκατάστασης</u>	135
<u>Δ΄. Διαδικασία της Χορήγησης</u>	139
<u>Ε΄. Ο Τοξικολογικός Έλεγχος</u>	143
<u>ΣΤ΄. Οι Δόσεις για το Σπίτι (Take-Home)</u>	147
<u>Ζ΄. Διακοπές της θεραπείας</u>	159
<u>Η΄. Υποτροπές</u>	161
<u>Θ΄. Εκούσια και ακούσια απομάκρυνση από το Πρόγραμμα</u>	163
<u>Ι΄. Συγκράτηση στη θεραπεία</u>	169
<u>ΙΑ΄. Συμβουλευτική, διαχείριση περιστατικών, συμπεριφορικές θεραπείες και ψυχοθεραπεία</u>	173
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	187
<u>Ξενόγλωσση</u>	189
<u>Ελληνική</u>	195
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 197	
<u>I Θεραπευτικό Συμβόλαιο</u>	199
<u>II Θεραπευτικό Πλάνο</u>	201
<u>III Μεθαδόνη και βουπρενορφίνη στη θεραπεία υποκατάστασης</u>	207
<u>IV Κατάλογος ελαχίστων ποιοτικών προδιαγραφών EQUUS</u>	251
<u>V Κατ' εξαίρεση αιτήσεις, εισαγωγές και επανεισαγωγές</u>	259
<u>VI Πλαίσιο Λειτουργίας Προγράμματος Σωματικής Αποτοξίνωσης</u>	263
<u>VII Εθνικοί Εκπαιδευτές Δικτύου QPCN</u>	269



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

2012

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ