****

|  |
| --- |
| **Εντυπο ΥΠΟΒΟΛΗς ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ**  **προγραμματων ΘΕΡΑΠΕΙΑς**  **Για τα ατομα που αντιμετωπιζουν προβληματα ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ τις ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗσ ΚΑΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ** |
|  |

**Α. ΜΕΡΟΣ**

**Γενικές Πληροφορίες:**

**1.** Ημερομηνία:..................................................................

**2.** Ονομασία Προγράμματος:...................................................................................

**3.** Διεύθυνση:...........................................................................................................

**4.** Τηλ.:...................................... fax:..........................email:.....................................

**5.** Ημερομηνία Έναρξης του Προγράμματος:...........................................................

**6.** Πρόσωπο Επαφής / Επιστημονικά Υπεύθυνος Θεραπευτικής Δομής:......................................................................................................................

**7**. Νομικό καθεστώς:

⁯ ΜΚΟ/ Εθελοντικός Οργανισμός

⁯ Δημόσιος Οργανισμός

⁯ Ιδιωτικός/ Κερδοσκοπικός Οργανισμός

⁯ Ιδιωτικός/ Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός

⁯ Άλλη:..........................................................

**8.** Είδος Προγράμματος:

⁯ Ανοικτή Τηλεφωνική Γραμμή

⁯ Εξωτερική Δομή για Εφήβους

⁯ Συμβουλευτικό Κέντρο

⁯ Εξωτερική Δομή Ψυχολογικής Απεξάρτησης

⁯ Εσωτερική Δομή Ψυχολογικής Απεξάρτησης

⁯ Εσωτερική Δομή Σωματικής Αποτοξίνωσης

⁯ Εξωτερική Δομή Υποκατάστασης

⁯ Κέντρο Άμεσης Πρόσβασης

⁯ Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης

⁯ Πρόγραμμα στις Φυλακές

**Β. ΜΕΡΟΣ**

**Βασικές Αρχές Βέλτιστης Πρακτικής**

**9.** **Προσβασιμότητα**

**9.1.** Σημειώστε κατά πόσο το πρόγραμμα σας (α) κάνει και (β) δέχεται παραπομπές με βάση τον πίνακα που ακολουθεί:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Φορείς | Κάνει | Δέχεται |
| Ιατροί του ιδιωτικού τομέα | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Νοσοκομεία | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Κλειστές θεραπευτικές κοινότητες | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Εξωτερικές Δομές Ψυχ. Απεξάρτησης | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Εσωτερικές Δομές Ψυχ. Απεξάρτησης | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Εσ. Δομές Σωματικής Αποτοξίνωσης | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Εξωτερικές Δομές Υποκατάστασης | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Κέντρα Άμεσης Πρόσβασης | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Υπηρεσία Καταπολέμησης Ναρκωτικών | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Φυλακές | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Στρατός | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Άλλες Υπηρεσίες:  Διευκρινίστε:...................  ........................................  ........................................  ........................................ | ⁯ Ναι ⁯ Όχι | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |

**9.2.** Υπάρχει οποιαδήποτε οικονομική επιβάρυνση στα άτομα που εντάσσονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα;

⁯ Ναι

Εξηγήστε:..............................................................................................................

⁯ Όχι

**9.3.** Ποιες είναι οι ώρες λειτουργίας του Προγράμματος;

..............................................................................................................................

**9.4.** Ποια η δυναμικότητα του προγράμματος;

……………………………………………………………………………………………

**9.5.** Η τοποθεσία των εγκαταστάσεων του προγράμματος είναι εύκολα προσβάσιμη; (π.χ. διαθεσιμότητα συγκοινωνίας)

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**9.6.** Περιγράψτε τα κριτήρια εισδοχής (eligibility criteria) και τα κριτήρια αποκλεισμού από το πρόγραμμα:

**10. Στοχοθέτηση Ειδικών Υπο-ομάδων**

**10.1. Σημειώστε σε ποιες από τις πιο κάτω ομάδες προσφέρονται υπηρεσίες από το θεραπευτικό πρόγραμμα:**

⁯ Γυναίκες

⁯ Έφηβους

⁯ Χρήστες με παιδιά

⁯ Μέλη της Οικογένειας

⁯ Μετανάστες

⁯ Μακροχρόνιους χρήστες/ σοβαρά εξαρτημένα άτομα

⁯ Χρήστες διεγερτικών ουσιών (όπως η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες κ.α.)

⁯ Χρήστες κάνναβης

⁯ Χρήστες αλκοόλ

⁯ Άτομα με συννοσηρότητα

⁯ Άτομα στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης

⁯ Άλλες ομάδες: ..............................................................................................

**10.2.** Περιγράψτε εν συντομία τα εξειδικευμένα προγράμματα/παρεμβάσεις που προσφέρονται στις πιο πάνω ομάδες.

**11. Αξιολόγηση του ατόμου**

**11.1.** Το άτομο που προσεγγίζει το θεραπευτικό πρόγραμμα αξιολογείται;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

**11.2.** Παρακαλώ σημειώστε κατά πόσο αξιολογούνται τα πιο κάτω:

* Ιστορικό χρήσης Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯
* Μολυσματικές Ασθένειες Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯
* Επικίνδυνη Συμπεριφορά Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯
* Ψυχικά Προβλήματα Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯

* Προβλήματα υγείας Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯
* Οικογενειακές και Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

διαπροσωπικές σχέσεις

* Επαγγελματική κατάσταση Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯
* Νομικά Προβλήματα και Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯

παραβατική συμπεριφορά

* Κίνητρο για αλλαγή/ Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯

κίνητρο για θεραπεία

* Άλλα .................................................................................................................

**11.3.** Αναφέρετε τα εργαλεία αξιολόγησης του ατόμου και επισυνάψτε τυχόν εργαλεία που έχουν διαμορφωθεί από το πρόγραμμα:

11.4. Περιγράψετε τον τρόπο εφαρμογής για το καθένα από τα πιο κάτω απαιτούμενα εργαλεία καλής πρακτικής: 1) EuropASI, 2) Σύστημα Υποβολής Παραπόνων των Θεραπευόμενων, 3) Ηλεκτρονικό Αρχείο Παρακολούθησης

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**12. Θεραπευτικός Σχεδιασμός**

**12.1.**  Το πρόγραμμα συμπεριλαμβάνει ατομικό θεραπευτικό σχέδιο;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

**12.2**. Καθορίζεται Ατομικός Συντονιστής για κάθε άτομο;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

**12.3.** Περιγράψτε εν συντομία τις αρμοδιότητες του Ατομικού Συντονιστή σε σχέση με τη διαχείριση του περιστατικού:

**12.4.** Το πρόγραμμα δίνει έμφαση στη μεταθεραπευτική φροντίδα του κάθε ατόμου;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Εξηγήστε:............................................................................................................

**13. Θεραπευτική Δέσμευση**

* 1. Πόσο χρονικό διάστημα, μετά την πρώτη επαφή, χρειάζεται για την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα; ..............................................................................................................................
  2. Σημειώστε τους λόγους σε σχέση με το διάστημα που μεσολαβεί από το αίτημα θεραπείας μέχρι την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα.

⁯ Λίστα Αναμονής

⁯ Προετοιμασία για εισδοχή

⁯ Ιατρικές/ Νομικές Εκκρεμότητες

⁯ Άλλο: ...........................................................................................................

* 1. Προσφέρονται παρεμβάσεις ενίσχυσης κινήτρων;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

Εξηγήστε: ......................................................................................................

**13.4.** Το άτομο συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτικό σχεδιασμό;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

**14. Παρακολούθηση και αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος**

**14.1.** Το πρόγραμμα έχει αξιολογηθεί όσον αφορά:

α) στο σχεδιασμό του ⁯ Ναι, εσωτερική αξιολόγηση

⁯ Ναι, εξωτερική αξιολόγηση

⁯ Όχι

β) στη διαδικασία ⁯ Ναι, εσωτερική αξιολόγηση

⁯ Ναι, εξωτερική αξιολόγηση

⁯ Όχι

γ) στο αποτέλεσμα; ⁯ Ναι, εσωτερική αξιολόγηση

⁯ Ναι, εξωτερική αξιολόγηση

⁯ Όχι

Εάν όχι, παρακαλώ εξηγείστε ..............................................................................

..............................................................................................................................

**14.2.** Αναφέρατε το φορέα που πραγματοποίησε την αξιολόγηση (και εσωτερική και εξωτερική, εφόσον ισχύει) και παραθέσετε βιογραφικά σημειώματα όπου ισχύει

**14.3.** Εάν δεν πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση του προγράμματος, προγραμματίζεται να γίνει μελλοντικά;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**14.4.** Πόσο συχνά αξιολογείται το πρόγραμμα;

..............................................................................................................................

**14.5.** Χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα εργαλεία για την αξιολόγηση;

⁯ Ναι

Εξηγήστε: .............................................................................................................

⁯ Όχι

**15. Προσωπικό**

**15.1.** Πόσα άτομα από τις παρακάτω ειδικότητες εργάζονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα;

Πλήρης Απασχόληση Μερική Απασχόληση

Ψυχίατροι ⁯ ⁯

Άλλης ειδικότητας ιατροί ⁯ ⁯

Ψυχολόγοι ⁯ ⁯

Νοσηλευτές ⁯ ⁯

Ψυχιατρικοί Νοσηλευτές ⁯ ⁯

Λειτουργοί Τοξικοεξάρτησης ⁯ ⁯

Εργοθεραπευτές ⁯ ⁯

Δραματοθεραπευτές/

Θεραπευτές μέσω τέχνης ⁯ ⁯

Κοινωνικοί Λειτουργοί ⁯ ⁯

Άλλες ειδικότητες

Διευκρινίστε: ...................................... ⁯ ⁯

**15.2.** Το προσωπικό κατέχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εξειδίκευση ανάλογη με τις υπευθυνότητες του;

............................................................................................................................................................................................................................................................

(Παρακαλούμε επισυνάψτε τα σχετικά βιογραφικά σημειώματα)

**15.3.** Ο αριθμός του προσωπικού που απαρτίζει το πρόγραμμα θεωρείται επαρκής;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Περιγράψτε που υπάρχουν ελλείψεις ...................................................................

..............................................................................................................................

**15.4.** Επισυνάψτε το οργανόγραμμα το οποίο διασαφηνίζει το διοικητικό, θεραπευτικό και άλλο προσωπικό.

**15.5.** Πόσο συχνά και πού πραγματοποιούνται εκπαιδεύσεις ή/και μετεκπαιδεύσεις του προσωπικού; Παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομέρειες.

**15.6.** Διασφαλίζεται εποπτεία για το προσωπικό;

⁯ Ναι, εσωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική και εσωτερική εποπτεία

⁯ Όχι

**15.7.** Πόσο συχνά πραγματοποιούνται εποπτείες:

Εσωτερικές ..........................................................

Εξωτερικές ..........................................................

**15.8.** Πραγματοποιούνται κλινικές συναντήσεις της ομάδας του προσωπικού;

⁯ Ναι Κάθε πόσο ...................................................................................

⁯ Όχι

**15.9.** Με ποιους τρόπους διασφαλίζεται η ψυχική σταθερότητα και υγεία του προσωπικού;

**16. Κώδικας Δεοντολογίας**

**16.1.** Περιγράψτε τη φιλοσοφία της θεραπευτικής δομής.

**16.2.** Περιγράψτε τους γενικούς και ειδικούς στόχους της θεραπευτικής δομής

**16.3.** Υπάρχουν κανονισμοί λειτουργίας του προγράμματος;

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι

**16.4** Υπάρχουν καταγεγραμμένα και αναρτημένα τα δικαιώματα και οι ευθύνες των ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα και του προσωπικού;

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι

**16.5.** Το άτομο πληροφορείται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του πριν την υπογραφή του συμβολαίου για την εισδοχή του στο πρόγραμμα;

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι

**16.6.** Το προσωπικό και η δομή εφαρμόζουν τον Κώδικα Δεοντολογίας που περιγράφεται στον Οδηγό Θεραπείας (ΑΣΚ, 2010);

⁯ Ναι

⁯ Όχι, εξηγήστε: ..........................................................................................

**17. Κτιριακές Εγκαταστάσεις**

**17.1.** Πως διασφαλίζεται η ασφάλεια του χώρου από εξωγενείς παράγοντες; (π.χ. εισδοχή στο χώρο παράνομων ουσιών, φύλαξη υποκαταστάτων κλπ.)

**17.2.** Οι κτιριακές εγκαταστάσεις του προγράμματος περιλαμβάνουν τα πιο κάτω;

Ναι Όχι

Δωμάτιο για ατομική συμβουλευτική/ θεραπεία ⁯ ⁯

Δωμάτιο για ομαδική θεραπεία ⁯ ⁯

Χώροι για ψυχαγωγικές και άλλες

εναλλακτικές δραστηριότητες ⁯ ⁯

Δωμάτιο για εργοθεραπεία ⁯ ⁯

Χώρος άμεσης πρόσβασης/ Κοινόχρηστος χώρος ⁯ ⁯

Κουζίνα ⁯ ⁯

Χώροι Υγιεινής ⁯ ⁯

Δωμάτιο για ιατρική φροντίδα ⁯ ⁯

Δωμάτιο με Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές ⁯ ⁯

και πρόσβαση στο διαδίκτυο

Άλλα δωμάτια: ......................................................................................................

**17.3.** Έχει εξασφαλισθεί άδεια λειτουργίας από τον Έφορο Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (όπου ισχύει);

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**17.4.** Έχει εξασφαλισθεί άδεια λειτουργίας με βάση τους «περί Στεγνών για Ηλικιωμένους και Αναπήρους Νόμους του 1991 έως 1994» (όπου ισχύει);

⁯ Ναι

⁯ Όχι

18. Προσωπικά Δεδομένα

Έχουν ακολουθηθεί οι ενδεδειγμένες διαδικασίες για σκοπούς τήρησης του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου; Παρακαλώ περιγράψτε τους σχετικούς μηχανισμούς.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Γ ΜΕΡΟΣ**

Με βάση τον τύπο του προγράμματος, συμπληρώστε τις ερωτήσεις που σας αφορούν.

**19. ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ**

**19.1.** Η Υπηρεσία σας είναι εγγεγραμμένη και λειτουργεί σύμφωνα με τα κριτήρια ενός αναγνωρισμένου οργανισμού; (όπως ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός FESAT)

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Εξηγήστε: ............................................................................................................

**19.2.** Περιγράψτε τη διαφωτιστική εκστρατεία που πραγματοποιείται σε σχέση με την ύπαρξη της γραμμής, εφόσον ισχύει.

**19.3.** Σε ποιες γλώσσες παρέχονται υπηρεσίες; ..............................................................................................................................

**19.4.** Ώρες και μέρες λειτουργίας της γραμμής:

..............................................................................................................................

**19.5.** Περιγράψτε πως διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα.

**20. ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ**

**20.1.** Σημειώστε κατά πόσο προσφέρονται τα πιο κάτω:

Ναι Όχι

Ατομική ψυχοεκπαίδευση ⁯ ⁯

Ομαδική ψυχοεκπαίδευση ⁯ ⁯

Ατομική συμβουλευτική ⁯ ⁯

Ομαδική συμβουλευτική ⁯ ⁯

Ατομική ψυχοθεραπεία ⁯ ⁯

Ατομικές και ομαδικές συναντήσεις

με στόχο την προσωπική ανάπτυξη ⁯ ⁯

Εναλλακτικές μορφές θεραπείας ⁯ ⁯

Ομάδες δημιουργικής απασχόλησης

και εναλλακτικών δραστηριοτήτων ⁯ ⁯

Επανασύνδεση των νέων με την

εκπαιδευτική ή επαγγελματική τους ζωή ⁯ ⁯

**20.2.** Σημειώστε ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες προσφέρονται στους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας:

Ναι Όχι

Ψυχοεκπαίδευση ⁯ ⁯

Συμβουλευτική ⁯ ⁯

Ομαδική θεραπεία ⁯ ⁯

Οικογενειακή θεραπεία ⁯ ⁯

Εναλλακτικές μορφές θεραπείας ⁯ ⁯

Συμβουλευτική και στήριξη σε οικογένειες, των

οποίων τα παιδιά δεν έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα ⁯ ⁯

**20.3.** Περιγράψτε τη θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθεί η δομή (π.χ. συστημική, γνωσιο-συμπεριφοριστικό μοντέλο, ψυχοδυναμικό μοντέλο).

**21. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

**21.1.** Σημειώστε ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες προσφέρονται:

Ναι Όχι

Ενημέρωση και καθοδήγηση για θέματα

Θεραπείας και υφιστάμενων δομών ⁯ ⁯

Συμβουλευτική για ανάπτυξη κινήτρων ⁯ ⁯

Προετοιμασία και παραπομπή για ένταξη σε θεραπεία ⁯ ⁯

Παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης ⁯ ⁯

Συμβουλευτική στήριξη οικογένειας ⁯ ⁯

**22. ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

**22.1.** Με ποια συχνότητα απαιτείται η συμμετοχή του ατόμου στο εξωτερικό πρόγραμμα; Με ποια κριτήρια καθορίζεται η συχνότητα συμμετοχής του ατόμου;

**22.2.** Ποιος είναι ο ρόλος του Ατομικού Συντονιστή στη διαχείριση του περιστατικού και με ποια συχνότητα πραγματοποιούνται οι συνεδρίες με το άτομο;

**22.3.** Περιγράψετε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες που περιλαμβάνει το Πρόγραμμα και επισυνάψτε το εβδομαδιαίο πρόγραμμα (όπου αυτό ισχύει)

**22.4.** Κατά τη φάση της ολοκλήρωσης ή διακοπής της θεραπείας καταρτίζεται από τη θεραπευτική δομή, ένα σχέδιο μεταθεραπευτικής φροντίδας; Εξηγήστε.

**22.5.** Ποια θεραπευτική προσέγγιση ακολουθεί το Πρόγραμμα σας; (π.χ. Θεραπευτικών Κοινοτήτων, προγραμμάτων τύπου «12-Βήματα» , κ.α.). Εξηγήστε.

**22.6.** Αν το πρόγραμμα ακoλουθεί τη φιλοσοφία των Ανοιχτών Θεραπευτικών Κοινοτήτων, είναι εγγεγραμμένο και λειτουργεί σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**22.7.** Το Πρόγραμμα σας έχει τη μορφή του «Εντατικού Ημερήσιου Προγράμματος»;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**Εάν ναι, απαντήστε τα πιο κάτω:**

* + 1. Ποια είναι τα προδιαγεγραμμένα κριτήρια παρακολούθησης του προγράμματος;
    2. Το χρονοδιάγραμμα του προγράμματος είναι συγκεκριμένο και προκαθορισμένο; Περιγράψτε.

**23. ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

**23.1.** Σε ποιο από τα κάτω είδη εσωτερικών δομών ανήκει το πρόγραμμά σας (μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις):

⁯ Εσωτερικά προγράμματα για τη χρήση παράνομων ουσιών.

⁯ Εσωτερικά προγράμματα για τη χρήση νόμιμων ουσιών (φάρμακα, αλκοόλ).

⁯ Εσωτερικά προγράμματα θεραπείας εστιασμένα σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ομάδων (π.χ. για εγκύους που κάνουν χρήση ουσιών, χρήστες με ηπατικά προβλήματα, χρήστες με σοβαρή και επίμονη ψυχική ασθένεια).

⁯ Ξενώνες ημιαυτόνομης διαβίωσης στους οποίους το άτομο μπορεί να παραμείνει αφού συμπληρώσει ένα μέρος της θεραπείας σε μια κλειστή μονάδα.

**Αν το Πρόγραμμά σας ανήκει στις τρεις πρώτες κατηγορίες, απαντήστε τα πιο κάτω:**

**23.2.** Τα άτομα για να ενταχτούν στο πρόγραμμα πρέπει να έχουν προηγουμένως λάβει υπηρεσίες Συμβουλευτικών Σταθμών – προετοιμασίας ή υπηρεσίες αποτοξίνωσης; Εξηγήστε.

**23.3.** Ποια θεραπευτική προσέγγιση ακλουθεί το Πρόγραμμα σας; (π.χ. Θεραπευτικών Κοινοτήτων, προγραμμάτων τύπου «12-Βήματα» , κ.α.). Εξηγήστε.

**23.4.** Αν το πρόγραμμα ακολουθεί τη φιλοσοφία των Κλειστών Θεραπευτικών Κοινοτήτων είναι εγγεγραμμένο και λειτουργεί σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**23.5.** Κατά τη φάση της ολοκλήρωσης ή διακοπής της θεραπείας καταρτίζεται από τη θεραπευτική δομή, ένα σχέδιο μεταθεραπευτικής φροντίδας; Εξηγήστε.

**23.6.** Περιγράψετε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες που περιλαμβάνει το Πρόγραμμα και επισυνάψτε το εβδομαδιαίο πρόγραμμα.

**Αν το πρόγραμμα σας ανήκει στην τέταρτη κατηγορία (ξενώνες), απαντήστε τα πιο κάτω:**

**23.7.** Ποια είναι τα κριτήρια για παραμονή των ατόμων στους ξενώνες;

**23.8.** Ποιος ο μέγιστος δυνατός χρόνος παραμονής στον ξενώνα;

**23.9.** Τα άτομα που μένουν στους ξενώνες συνεχίζουν να ακολουθούν το θεραπευτικό σχέδιο και να συμμετέχουν σε μια σειρά από θεραπευτικές και μη θεραπευτικές υπηρεσίες στήριξης; Εξηγήστε.

**24. ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ**

**24.1.** Ποιες από τις πιο κάτω υπηρεσίες παρέχονται:

⁯ **Αποτοξίνωση:** Αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου (από νόμιμες ή παράνομες ουσίες) με τη χορήγηση φάρμακων.

⁯ **Σταθεροποίηση σε Θεραπεία με Υποκατάστατα:**  Σταθεροποίηση του ατόμου σε υποκατάστατα με τη χορήγηση οπιοειδών φάρμακων όπως είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

**24.2.** Η φαρμακευτική αγωγή πραγματοποιείται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας; (βλ. Guidelines for the Psychosocial assisted pharmacological Treatment of opioid dependence, WHO, 2009)

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**24.3.** Ποιες από τις παρακάτω παρεμβάσεις παρέχονται;

⁯ 24-ωρη ιατρική επίβλεψη και ιατρική περίθαλψη έκτακτης ανάγκης για χρήστες ουσιών σε περιπτώσεις που σχετίζονται με την υπερδοσολογία

⁯ Αξιολόγηση σωματικής και ψυχικής υγείας

⁯ Ειδικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης της υποτροπής και της ανάπτυξης κινήτρων

⁯ Εξετάσεις για μολυσματικές ασθένειες ή εμβολιασμός

⁯ Άλλες παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης, π.χ. ψυχοεκπαίδευση

⁯ Εναλλακτικές δραστηριότητες ή ψυχαγωγικού τύπου

⁯ Προγραμματισμός της μεταθεραπευτικής φροντίδας του ατόμου μετά το εξιτήριο από τη θεραπεία μέσω της προετοιμασίας για την παραπομπή σε κλειστό ή άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, της διασφάλισης κατάλληλων παραπομπών στις γενικές υπηρεσίες υγείας ή τις κοινωνικές υπηρεσίες.

**25. ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**25.1.** Τι είδος φαρμακευτικής αγωγής παρέχεται;

**25.2.** Περιγράψτε τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις που προσφέρονται για α) θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα και β) θεραπεία αποτοξίνωσης

**25.3.** Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (βλ. Guidelines for the Psychosocial assisted pharmacological Treatment of opioid dependence, WHO, 2009)

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**25.4.** Το άτομο συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική αγωγή που του παρέχεται;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Διευκρινίστε τις διαδικασίες

**25.5.** Ποιες από τις ποιο κάτω παρεμβάσεις παρέχονται;

⁯ εργαστηριακές εξετάσεις για μολυσματικές ασθένειες

⁯ εμβολιασμός

⁯ αντιμετώπιση πιθανών ιατρικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρήση

⁯ παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης

⁯ παρεμβάσεις για αντιμετώπιση αναγκών ψυχικής υγείας

⁯ παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αποχή π.χ. ομάδες αμοιβαίας στήριξης

⁯ στήριξη για απόκτηση κατάλληλης στέγης, απασχόλησης, ευκαιριών εκπαίδευσης και κατάρτισης και φροντίδα των παιδιών

**26.ΚΕΝΤΡΑ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ**

* 1. Ποιες από τις πιο κάτω υπηρεσίες παρέχονται;

⁯ Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής φροντίδας

⁯ Υπηρεσίες ανταλλαγής συριγγών

⁯ Ιατρικές Υπηρεσίες

⁯ Υπηρεσίες Φροντίδας της Υγείας

* 1. Δώστε σύντομη περιγραφή των προγραμμάτων/παρεμβάσεων σας

1. **ΚΕΝΤΡΑ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

**27.1.** Ποια από τα πιο κάτω προγράμματα παρέχονται;

⁯ Πρόγραμμα Μείωσης της Βλάβης και Πρόγραμμα Φροντίδας της Υγείας

⁯ Πρόγραμμα Ψυχοεκπαίδευσης

⁯ Πρόγραμμα Ανάπτυξης Κινήτρων

⁯ Πρόγραμμα Αξιολόγησης – Παραπομπής

⁯ Ανοικτό Πρόγραμμα Απεξάρτησης

⁯ Ανοικτό Πρόγραμμα Επανένταξης

⁯ Πρόγραμμα Συντήρησης

⁯ Πρόγραμμα Υποκατάστασης

**27.2.** Δώστε σύντομη περιγραφή των διαδικασιών διαχείρισης περιστατικού.

**28. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ**

**28.1.** Ποιες από τις ποιο κάτω ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις παρέχει το πρόγραμμα;

⁯ Ατομική συμβουλευτική

⁯ Ομαδική συμβουλευτική

⁯ Ομάδες κινητοποίησης και ευαισθητοποίησης

⁯ Ομάδες προσωπικής ανάπτυξης

⁯ Ψυχοκοινωνική υποστήριξη

⁯ Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων

⁯ Νομική συμβουλευτική

⁯ Ψυχαγωγικές δραστηριότητες

⁯ Σεμινάρια για την προαγωγή της υγείας και οικογενειακή υποστήριξη

**28.2**. Ποιο θεραπευτικό μοντέλο ακολουθεί το πρόγραμμα;

**28.3. Τ**ο σωματικό σύνδρομο στέρησης αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**28.4**. Η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα συνεχίζεται εντός των φυλακών, όταν τα άτομα βρίσκονταν σε ένα τέτοιο πρόγραμμα πριν από τη φυλάκιση;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**28.5.** Παρέχεται μεταθεραπευτική φροντίδα;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**28.5.1**.Εάν ναι, περιγράψτε τις διαδικασίες.

**28.5.2.**Εάν ναι, η παρέμβαση συνεχίζεται για όσα άτομα αποφυλακίζονται;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**28.6.** Το προσωπικό είναι κατάλληλα καταρτισμένο στην παροχή πρακτικών μείωσης της βλάβης;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**28.7.** Ποιες από τις παρακάτω παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης παρέχονται;

⁯ Εμβολιασμός για Ηπατίτιδα Α και Β

⁯ Εξετάσεις για υιούς HIV και HCV και διαθεσιμότητα αντιρετροϊκής θεραπείας

⁯ Πληροφόρηση και εκπαίδευση σε ό,τι αφορά το θέμα των μεταδοτικών ασθενειών σε φυλακισμένους και προσωπικό

⁯ Παροχή προφυλακτικών με διασφάλιση της ανωνυμίας του ατόμου

⁯ Παροχή προγράμματος ανταλλαγής συριγγών εντός των φυλακών

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………

Υπογραφή: ………………………………………………...

Ημερομηνία: ……………………………………………….