****

|  |
| --- |
| **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 για Ανήλικους

⁯ Εσωτερική Δομή Ψυχολογικής Απεξάρτησης για Ενήλικες

⁯ Εσωτερική Δομή Σωματικής Αποτοξίνωσης

⁯ Δομή Φαρμακευτικά Υποβοηθούμενης Θεραπείας της Εξάρτησης με τη

χρήση υποκατάστατων οπιοειδών

⁯ Κέντρο Άμεσης Πρόσβασης

⁯ Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης

⁯ Πρόγραμμα στις Φυλακές

**Β. ΜΕΡΟΣ**

**Πρότυπα Ποιότητας Θεραπευτικών Προγραμμάτων**

Σημειώνεται ότι για την συμπλήρωση του πιο κάτω εντύπου μπορείτε να συμβουλευθείτε τον Οδηγό Θεραπείας της ΑΑΕΚ (2019).

**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 μέρες και ώρες λειτουργίας του Προγράμματος;

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

**9.5.** Σε ποιες γλώσσες παρέχονται οι υπηρεσίες; Υπάρχει δυνατότητα παροχής υπηρεσιών μεταφραστή όπου κρίνεται αναγκαίο;

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Εξηγήστε:

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

**9.8.** Περιγράψτε την εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού που πραγματοποιείται σε σχέση με το θεραπευτικό σας Πρόγραμμα

**10. Στοχοθέτηση Ειδικών Υπο-ομάδων**

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

⁯ Γυναίκες

⁯ Μετανάστες

⁯ Άτομα με συννοσηρότητα

⁯ Άτομα από το Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης

⁯ 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 ⁯

(με εργαστηριακές εξετάσεις)

* 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:

**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-υπηρεσίες συμβουλευτικής

⁯ Προετοιμασία για εισδοχή- υπηρεσίες αποτοξίνωσης

⁯ 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

Εξηγήστε:

1. **Περιγραφή Θεραπευτικού Προγράμματος**
   1. Περιγράψτε τη φιλοσοφία της θεραπευτικής δομής.
   2. Περιγράψτε τους γενικούς και ειδικούς στόχους της θεραπευτικής δομής

**14.3.** Περιγράψτε τη/τις θεραπευτική/ες προσέγγιση/εις που ακολουθεί η δομή (π.χ. συστημική, γνωσιο-συμπεριφοριστικό μοντέλο, ψυχοδυναμικό μοντέλο).

**14.4**.Περιγράψετε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες που περιλαμβάνει το Πρόγραμμα.

Επισυνάψτε το εβδομαδιαίο πρόγραμμα (όπου αυτό ισχύει)

**14.5.** Ποια είναι η χρονική διάρκεια του Προγράμματος; Περιγράψτε.

**14.6.** Με ποια συχνότητα απαιτείται η συμμετοχή του ατόμου στο Πρόγραμμα; Με ποια κριτήρια καθορίζεται η συχνότητα συμμετοχής του ατόμου;

**14.7.** Περιγράψετε τις παρεμβάσεις που προσφέρει το Πρόγραμμα στην οικογένεια ή στους σημαντικούς άλλους

1. **Κοινωνική Επανένταξη**
   1. Περιγράψετε τις παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης που προσφέρει το ίδιο το Πρόγραμμα ή που παρέχονται σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες.
   2. Αν μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέχεται η δυνατότητα παραμονής των ατόμων σε ξενώνες, ποιες θεραπευτικές και μη θεραπευτικές υπηρεσίες στήριξης συνεχίζουν να ακολουθούν τα άτομα στους ξενώνες;
2. **Συνέχεια της Φροντίδας**

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

**16.2.** Υπάρχει κάποιος μηχανισμός (εργαλείο ή διαδικασία) καταγραφής της πορείας των ατόμων εφόσον περάσει ένα χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωση ή διακοπή της θεραπείας; Περιγράψετε

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

**17.1.** 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

**17.2.** Αναφέρατε το φορέα που πραγματοποίησε την αξιολόγηση (και εσωτερική και εξωτερική, εφόσον ισχύει) και παραθέσετε τις σχετικές εκθέσεις.

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

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

⁯ Ναι

Εξηγήστε:

⁯ Όχι

**18. Προσωπικό**

**18.1.** 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: ...................................... ⁯ ⁯

**18.2.** Το προσωπικό κατέχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εξειδίκευση ανάλογη με τις υπευθυνότητες του; (Παρακαλούμε επισυνάψτε τα σχετικά βιογραφικά σημειώματα)

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Περιγράψτε που υπάρχουν ελλείψεις

**18.4.** Παρουσιάστε το οργανόγραμμα το οποίο διασαφηνίζει το διοικητικό, θεραπευτικό και άλλο προσωπικό. Επισυνάψτε το σχετικό έγγραφο.

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

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

⁯ Ναι, εσωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική και εσωτερική εποπτεία

⁯ Όχι

**18.7.** Πόσο συχνά πραγματοποιούνται εποπτείες:

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

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

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

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

⁯ Όχι

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

**19. Κώδικας Δεοντολογίας**

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

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι, εξηγήστε:

**19.2.** Περιγράψτε τη διαδικασία που ακολουθείται με τους θεραπευόμενους σε περίπτωση παραβίασης των όρων του θεραπευτικού κέντρου

**19.3.** 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, εξηγήστε:

**19.4.** Το προσωπικό και η δομή εφαρμόζουν τον Κώδικα Δεοντολογίας που περιγράφεται στον Οδηγό Θεραπείας (ΑΑΕΚ, 2019);

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι, εξηγήστε:

**20. Φυσικό Περιβάλλον**

**20.1.** Πως διασφαλίζεται η ασφάλεια του χώρου από εξωγενείς παράγοντες; (π.χ. εισδοχή στο χώρο παράνομων ουσιών).

**20.2**. Το Πρόγραμμα είναι προετοιμασμένο για τη διαχείριση έκτακτων αναγκών, (όπως π.χ. διαχείριση της υπερδοσολογίας, πυρκαγιάς ή επιθετικότητας στις εγκαταστάσεις); Αναφερθείτε σχετικά με το προσωπικό και τις εγκαταστάσεις.

**20.3.** 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: ......................................................................................................

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

**20.5.** Έχουν εξασφαλισθεί οι απαραίτητες κτηριακές άδειες για τη λειτουργία θεραπευτικών δομών εσωτερικής και εξωτερικής θεραπείας (σημειώστε √ όπου ισχύει);

Πιστοποιητικό Επιθεώρησης Κτιρίων Δημόσιας Χρήσης ⁯

Πιστοποιητικό καταλληλόλητας από την Πυροσβεστική Υπηρεσία ⁯

Υγειονομικό Πιστοποιητικό ⁯

Πιστοποιητικό ελέγχου της ηλεκτρικής εγκατάστασης ⁯

**21.Προσωπικά Δεδομένα και Τήρηση Αρχείου**

**21.1**. Έχουν ακολουθηθεί οι ενδεδειγμένες διαδικασίες εναρμόνισης με τον «περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού  Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμο του 2018»;

Περιγράψτε τους σχετικούς μηχανισμούς και τη διάχυση του έντυπου ενημέρωσης για τα προσωπικά δεδομένα (βλέπε σχετικό παράρτημα στον Οδηγό Θεραπείας ΑΑΕΚ 2019). Επισυνάψτε το σχετικό έγγραφο.

**21.2**. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, το θεραπευτικό σχέδιο, οι παρεμβάσεις, οι αναμενόμενες αλλαγές και τυχόν απρόβλεπτα γεγονότα τεκμηριώνονται πλήρως και ενημερώνονται γραπτώς για κάθε θεραπευόμενο ;

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Εξηγήστε:

**22.Φαρμακευτική Αγωγή (απαντήστε μόνο αν ισχύει)**

**22.1.** Τι είδος φαρμακευτικής αγωγής χορηγείται στο Πρόγραμμα;

**22.2.** Περιγράψτε τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις που προσφέρονται για:

α) Θεραπεία Αποτοξίνωσης

β) Φαρμακευτικά Υποβοηθούμενη Θεραπεία της Εξάρτησης με τη χρήση Υποκατάστατων Οπιοειδών

γ) Θεραπεία Πρόληψης Υποτροπής

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Διευκρινίστε τις διαδικασίες

**Επισυνάπτονται για σκοπούς εξέτασης της αίτησης:**

(Παρακαλώ σημειώστε με √ όπου ισχύει).

Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα Παρεμβάσεων

Εκθέσεις Αξιολόγησης του Προγράμματος

Βιογραφικά Σημειώματα Προσωπικού

Οργανόγραμμα Προσωπικού

Κανονισμοί Λειτουργίας του Προγράμματος

Δικαιώματα και Ευθύνες των Θεραπευόμενων

Κώδικας Δεοντολογίας Δομής και Προσωπικού

Έντυπο ενημέρωσης για τα Προσωπικά Δεδομένα

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………

Υπογραφή: ………………………………………………...

Ημερομηνία: ……………………………………………….