****

|  |
| --- |
| **Εντυπο ΥΠΟΒΟΛΗς ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ** **προγραμματων ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙσΜΑΤΟΣ** |

**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:..........................................................

Είδος Προγράμματος:

⁯ Ανοικτή Τηλεφωνική Γραμμή

⁯ Εξωτερική Δομή διακοπής του καπνίσματος για Εφήβους

⁯ Διαδικτυακή πλατφόρμα/εφαρμογή για διακοπή του καπνίσματος για Εφήβους

⁯ Εξωτερική Δομή διακοπής του καπνίσματος για Ενήλικες

⁯ Διαδικτυακή πλατφόρμα/εφαρμογή για διακοπή του καπνίσματος Ενήλικες

⁯ Συμβουλευτικός Σταθμός διακοπής του καπνίσματος για Ενήλικες

⁯ Ιατρείο διακοπής του καπνίσματος για Ενήλικες

**Β. ΜΕΡΟΣ**

**Πρότυπα Ποιότητας Θεραπευτικών Προγραμμάτων**

Σημειώνεται ότι για την συμπλήρωση του πιο κάτω εντύπου μπορείτε να συμβουλευθείτε τις Κλινικές Κατευθυντήριες Γραμμές για την Διακοπή του Καπνίσματος (2022) και τον Οδηγό Θεραπείας 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 |
| Εξειδικευμένη Υπηρεσία για τη διακοπή του καπνίσματος |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Εξειδικευμένη Υπηρεσία για την ουσιοεξάρτηση  |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |   ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Ιατροί / ψυχολόγοι του δημόσιου τομέα  |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Ιατροί / ψυχολόγοι του ιδιωτικού τομέα  |  |  |
| Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |   ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Άλλες Υπηρεσίες:Διευκρινίστε:........................................................................................................................................... |   ⁯ Ναι ⁯ Όχι |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |

**9.2.** Υπάρχει οποιαδήποτε οικονομική επιβάρυνση στα άτομα που εντάσσονται στο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

⁯ 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 Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος

**10. Στοχοθέτηση Ειδικών Υπο-ομάδων**

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

⁯ Γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού

⁯ Μετανάστες

⁯ Ανήλικα άτομα

⁯ Άτομα τρίτης ηλικίας

⁯ Άτομα με ψυχική συννοσηρότητα

⁯ Άτομα με άλλες ιατρικές παθήσεις, π.χ. καρδιοπάθεια, διαβήτης, πνευμονοπάθεια

⁯ 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 πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος αξιολογείται;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

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

* Ιστορικό χρήσης καπνού ή και άλλων ουσιών 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 ⁯
* Οικονομικά και

 Νομικά Προβλήματα Όχι ⁯ Πάντοτε ⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις ⁯

 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) Four Cs test, 2)Fagerstrom test for Nicotine Dependence, 3) CAGE questionnaire for smoking , 4) Σύστημα Υποβολής Παραπόνων των Θεραπευόμενων, 5) Ηλεκτρονικό Αρχείο Παρακολούθησης

**12. Θεραπευτικός Σχεδιασμός**

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

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

Εξηγήστε:

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

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

Εξηγήστε:

**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

⁯ Ιατρικές 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 Προγράμματος Διακοπής του Καπνίσματος**
	1. Περιγράψτε τη φιλοσοφία του προγράμματος και επισυνάψτε τα πρωτόκολλα που ακολουθεί το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος .
	2. Περιγράψτε τους γενικούς και ειδικούς στόχους του προγράμματος

**14.3.** Περιγράψτε τη/τις θεραπευτική/ες προσέγγιση/εις που ακολουθεί το πρόγραμμα (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. **Συνέχεια της Φροντίδας**

**15.1.** Κατά τη φάση της ολοκλήρωσης ή διακοπής της θεραπείας καταρτίζεται από το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος , ένα σχέδιο μεταθεραπευτικής φροντίδας για σκοπούς πρόληψης της υποτροπής; Εξηγήστε.

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

**16. Παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος**

**16.1.** 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 ναι, παρακαλώ εξηγείστε τους τρόπους αξιολόγησης. Εάν όχι, παρακαλώ εξηγείστε τους λόγους

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

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

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

⁯ Ναι

Εξηγήστε:

⁯ Όχι

**17. Προσωπικό**

**17.1.** Πόσα άτομα από τις παρακάτω ειδικότητες εργάζονται στο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

 Πλήρης Απασχόληση Μερική Απασχόληση

Ψυχίατροι ⁯ ⁯

 Πνευμονολόγοι ⁯ ⁯

Άλλης ειδικότητας ιατροί ⁯ ⁯

Ψυχολόγοι ⁯ ⁯

Νοσηλευτές ⁯ ⁯

Ψυχιατρικοί Νοσηλευτές ⁯ ⁯

Λειτουργοί εξαρτήσεων ⁯ ⁯

Άλλες ειδικότητες

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

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

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

Περιγράψτε που υπάρχουν ελλείψεις

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

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

**17.6.** Διασφαλίζεται εποπτεία για το προσωπικό; (Παρακαλούμε επισυνάψτε τα σχετικά βιογραφικά σημειώματα των ατόμων που παρέχουν εποπτεία)

⁯ Ναι, εσωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική και εσωτερική εποπτεία

⁯ Όχι

**17.7.** Πόσο συχνά πραγματοποιούνται εποπτείες:

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

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

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

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

⁯ Όχι

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

**18. Κώδικας Δεοντολογίας**

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

⁯ Ναι (Εξηγήστε ποιος κώδικας δεοντολογίας χρησιμοποιείται και επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι, εξηγήστε:

**18.2.** Περιγράψτε τη διαδικασία που ακολουθείται με τους θεραπευόμενους σε περίπτωση παραβίασης των όρων του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος

**18.3.** 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:

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

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι, εξηγήστε:

**19. Φυσικό Περιβάλλον**

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

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

 Ναι Όχι

Δωμάτιο για ατομική συμβουλευτική/ θεραπεία ⁯ ⁯

Δωμάτιο για ομαδική θεραπεία ⁯ ⁯

 Χώρος αναμονής/

 Κοινόχρηστος χώρος ⁯ ⁯

Κουζίνα ⁯ ⁯

Χώροι Υγιεινής ⁯ ⁯

Γραφείο προσωπικού ⁯ ⁯

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

**19.3.** Έχουν εξασφαλισθεί οι απαραίτητες κτηριακές άδειες για τη λειτουργία του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος(σημειώστε √ όπου ισχύει);

Πιστοποιητικό Επιθεώρησης Κτιρίων Δημόσιας Χρήσης ⁯

Πιστοποιητικό καταλληλόλητας από την Πυροσβεστική Υπηρεσία ⁯

Υγειονομικό Πιστοποιητικό ⁯

Πιστοποιητικό ελέγχου της ηλεκτρικής εγκατάστασης ⁯

**20.Προσωπικά Δεδομένα και Τήρηση Αρχείου**

**20.1**. 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.

**20.2**. 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:

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

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

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

α) Θεραπεία με Υποκατάστατα Νικοτίνης

β) Θεραπεία Πρόληψης Υποτροπής

γ) Θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή

δ) Εναλλακτική Θεραπεία

ε) Έλεγχος μονοξειδίου του άνθρακα

**Επισυνάπτονται για σκοπούς εξέτασης της αίτησης:**

(Παρακαλώ σημειώστε με √ όπου ισχύει).

[ ]  Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα Παρεμβάσεων

[ ]  Εκθέσεις Αξιολόγησης του Προγράμματος

[ ]  Βιογραφικά Σημειώματα Προσωπικού και Επόπτη

[ ]  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: ……………………………………………….