****

|  |
| --- |
| **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: ……………………………………………….