****

|  |
| --- |
| **Εντυπο ΥΠΟΒΟΛΗς ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ** **προγραμματων ΘΕΡΑΠΕΙΑς****Για τα ατομα που αντιμετωπιζουν προβληματα ΣΧΕΤΙΚΑ με την παθολογικη ενασχοληση με τα τυχερα παιχνιδια** |

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

**Β. ΜΕΡΟΣ**

**Βασικές Αρχές Βέλτιστης Πρακτικής**

**8.** **Προσβασιμότητα**

**8.1.** Σημειώστε κατά πόσο το πρόγραμμα σας δέχεται παραπομπές με βάση τον πίνακα που ακολουθεί:

|  |  |
| --- | --- |
| Φορείς |  |
| Ιατροί του ιδιωτικού τομέα   |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Νοσοκομεία  |   ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Αστυνομία  |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Φυλακές |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Στρατός |   ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Καζίνο ή πρακτορεία στοιχημάτων | ⁯ Ναι ⁯ Όχι |
| Άλλες Υπηρεσίες:Διευκρινίστε:........................................................................................................................................... |  ⁯ Ναι ⁯ Όχι |

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

⁯ Ναι

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

⁯ Όχι

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

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

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

……………………………………………………………………………………………

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

**9. Στοχοθέτηση Ειδικών Υπο-ομάδων**

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

⁯ Γυναίκες

⁯ Μέλη της Οικογένειας

⁯ Μετανάστες

⁯ Άτομα με συννοσηρότητα

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

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

**10. Αξιολόγηση του ατόμου**

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

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

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

**11. Θεραπευτικός Σχεδιασμός**

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

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

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

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

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

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

**12. Θεραπευτική Δέσμευση**

**12.1.** Πόσο χρονικό διάστημα, μετά την πρώτη επαφή, χρειάζεται για την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα; ..............................................................................................................................

**12.2.**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: ...........................................................................................................

**12.3**. Προσφέρονται παρεμβάσεις ενίσχυσης κινήτρων;

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

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

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

⁯ Ναι, πάντοτε

⁯ Σε κάποιες περιπτώσεις

⁯ Όχι

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

**13.1.** 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 ..............................................................................

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

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

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

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

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

⁯ Ναι

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

⁯ Όχι

**14. Προσωπικό**

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

 Πλήρης Απασχόληση Μερική Απασχόληση

Ψυχίατροι ⁯ ⁯

Άλλης ειδικότητας ιατροί ⁯ ⁯

Ψυχολόγοι ⁯ ⁯

Νοσηλευτές ⁯ ⁯

Ψυχιατρικοί Νοσηλευτές ⁯ ⁯

Εργοθεραπευτές ⁯ ⁯

Δραματοθεραπευτές ⁯ ⁯

Θεραπευτές μέσω τέχνης ⁯ ⁯

Κοινωνικοί Λειτουργοί ⁯ ⁯

Άλλες ειδικότητες

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

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

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

(Παρακαλούμε επισυνάψτε τα σχετικά βιογραφικά σημειώματα)

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

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

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

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

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

⁯ Ναι, εσωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική εποπτεία

⁯ Ναι, εξωτερική και εσωτερική εποπτεία

⁯ Όχι

**14.7.** Πόσο συχνά πραγματοποιούνται εποπτείες:

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

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

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

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

⁯ Όχι

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

**15. Κώδικας Δεοντολογίας**

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

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

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

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι

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

⁯ Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

⁯ Όχι

**15.5.** 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

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

⁯ Ναι

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

**16. Κτιριακές Εγκαταστάσεις**

**16.1.** Πως διασφαλίζεται η ασφάλεια του χώρου από εξωγενείς παράγοντες;

**16.2.** 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 ⁯ ⁯

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

**17. 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.

**18. ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ**

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

⁯ Ναι

⁯ Όχι

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

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

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

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

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

**18.5.** Περιγράψτε πως διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα.

**19. ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ**

**19.1.** 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 ⁯ ⁯

 Σύνδεση των νέων με την

εκπαιδευτική ή επαγγελματική τους ζωή ⁯ ⁯

**19.2.** 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 ⁯ ⁯

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

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

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

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

**20. ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ**

**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 ⁯ ⁯

 Σύνδεση με την

εκπαιδευτική ή επαγγελματική τους ζωή ⁯ ⁯

**20.2.** Σημειώστε ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες προσφέρονται στα άλλα μέλη της οικογένειας:

 Ναι Όχι

Ψυχοεκπαίδευση ⁯ ⁯

Συμβουλευτική ⁯ ⁯

Ομαδική θεραπεία ⁯ ⁯

Οικογενειακή θεραπεία ⁯ ⁯

Εναλλακτικές μορφές θεραπείας ⁯ ⁯

Συμβουλευτική και στήριξη σε οικογένειες, χωρίς δεν έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα ⁯ ⁯

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

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

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

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

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………

Υπογραφή: ………………………………………………...

Ημερομηνία: ……………………………………………….