

ΓΡΑΦΕΙΟ

01 ΣΕΠ. 2010



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
UNIVERSITY OF PELLOPONNESE

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



**Τα Προγράμματα Μεθαδόνης στην Ελλάδα
και ο Κοινωνικός Αποκλεισμός των
τοξικομανών
Ο Ρόλος του ΟΚΑΝΑ .**

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Στην κατεύθυνση
«ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘ. ΜΑΡΓΙΩΛΟΥ

Υπευθυνος
Ε.Σπυριδάκης Επίκουρος Καθηγητής

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2010

009599

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
ΜΕΘΑΔΟΝΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ.	
1.1.Η Μεθαδόνη.....	8
1.2.Η Βουπρενορφίνη.....	9
1.3.Ποιες είναι οι διαφορές Μεθαδονης και Βουπρενορφίνης;.....	10
1.4.Άλλοι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται σε θεραπείες Υποκατάστασης	11
1.5 Η Ιστορία της Θεραπείας Υποκατάστασης με Μεθαδόνη.....	12
1.6. Η Θεραπεία συντήρησης με Υποκατάστατα.....	13
1.7. Κατευθυντήριες γραμμές για τα Προγράμματα Μεθαδόνης.....	14
1.7.1.Κριτήρια Θεραπείας.....	14
1.7.2.Τύποι Προγραμμάτων Μεθαδόνης.....	14
1.7.3.Εκτίμηση.....	16
1.7.4.Θεραπευτικός Σχεδιασμός και Θεραπευτικός Στόχος (διάρκεια και δοσολογία).....	17
1.7.5.Εισαγωγή σε Πρόγραμμα.....	18
1.7.6. Προτάσεις Πρωτοκόλλου Αποτοξίνωσης:.....	21
1.7.7.Προτάσεις Προγραμμάτων Συντήρησης.....	22
1.7.8.Αποτοξίνωση από Θεραπεία Συντήρησης με Μεθαδόνη.....	23
1.7.9.Ειδικές Ομάδες και Πλαίσια.....	24
1.7.10.Επιπτώσεις από τη Θεραπεία Συντήρησης με Υποκατάστατα Οπιούχων.....	24
1.7.11. Πρακτικά Προβλήματα στην οργάνωση του Προγράμματος.....	26
<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
ΟΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ. ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.	
2.1. Κρατικοί Φορείς.....	30

2.1.1. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.....	30
2.1.2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Μονάδα Απεξάρτησης).....	30
2.1.3. Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, Τοξικομανών και Αλκοολικών).....	31
2.1.4. Υπουργείο Εργασίας [Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ)].....	31
2.2. Μη Κρατικοί Φορείς.....	32
2.2.1. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).....	32
2.2.2. Πρόγραμμα Κοινωνικής και Οικονομικής Επανάταξης Απεξαρτημένων Ατόμων <<ΘΗΣΕΑΣ>>.....	34
2.2.3. Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάταξης(ΣΚΕ).....	35
2.2.4. Σύνδεσμος Αποκατάστασης Τοξικομανών (ΣΑΤ).....	35
2.2.5. Σύλλογοι οικογένειας του ΚΕΘΕΑ.....	35
2.2.6. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ).....	36
2.2.7. Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Αθήνας (ΒΕΑ).....	37
2.2.8. Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών(ΔΣΑ).....	37
2.2.9. Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ).....	37
2.2.10. Ορθόδοξος Χριστιανική Εκκλησία της Ελλάδας.....	38
2.2.11. Η Βουλή των Ελλήνων.....	38
2.3. Τα Προγράμματα Μεθαδόνης στην Ελλάδα.....	38
2.3.1. Γενικά στοιχεία για τον ΟΚΑΝΑ.....	38
2.3.2. Οι Υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ.....	39
2.3.3. Η Πολιτική του ΟΚΑΝΑ για την πρόληψη.....	40
2.3.4. Τα Κέντρα Πρόληψης.....	41
2.3.5. Η Πολιτική του ΟΚΑΝΑ στη Θεραπεία.....	42
2.3.6. Κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού.....	44
2.3.7. Προϋποθέσεις ένταξης στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ.....	44
2.3.8. Κριτήρια κατ' εξαίρεση εισαγωγής στο Πρόγραμμα 2.3.10. Τα Στεγνά Θεραπευτικά Προγράμματα.....	45
2.3.9. Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ.....	47
2.3.10. Τα Στεγνά Θεραπευτικά Προγράμματα.....	48
2.3.11. Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης.....	53
2.3.12. Οι υπηρεσίες της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (ΜΑΒΥ).....	54
2.3.13. Η Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1031 του ΟΚΑΝΑ.Κέντρου Βοήθειας ΟΚΑΝΑ.....	55
2.3.14. Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων	55
2.3.15. Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης.....	56
2.3.16. Εθνικές και Διεθνείς Συνεργασίες.....	57
2.3.17. Η Χορήγηση της μεθαδόνης στις Ευρωπαϊκές Χώρες	58

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ.

3.1. Ο Ορισμός του Κοινωνικού Αποκλεισμού.	
Γενικά Στοιχεία για την έννοια του Κοινωνικού Αποκλεισμού.....	62
3.2. Τα χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Αποκλεισμού.....	63
3.3. Τοξικομανία και Κοινωνικός Αποκλεισμός.....	68
3.4. Τα Πεδία προβλημάτων των εξαρτημένων και ανεξαρτημένων ατόμων.....	71
3.4.1. Σωματική υγεία.....	71
3.4.2. Διαπροσωπικές σχέσεις.....	71
3.4.3. Στέγαση.....	72
3.4.4. Μόρφωση.....	73
3.4.5. Επαγγελματική κατάρτιση – Επαγγελματική αποκατάσταση.....	73
3.4.6. Κοινή γνώμη: στάσεις και συμπεριφορές της κοινωνίας.....	75
3.4.7. Προβλήματα με τον Νόμο Ναρκωτικές ουσίες και παραβατική συμπεριφορά.....	78

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

4.1. Γενικά Στοιχεία.....	80
4.2. Μέτρα για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού.....	82
4.3. Ο Ρόλος του ΟΚΑΝΑ στην Κοινωνική Επανάταξη των πρώην εξαρτημένων... ..	83
4.4. Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης.....	84
4.5. Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης.....	85
4.6. Προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής επανάταξης του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης.....	87
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	90
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	94

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ πολύ τον κ. Μάνο Σπυριδάκη, Λέκτορας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, επιβλέπων καθηγητής στην παρούσα διπλωματική εργασία, ο οποίος με την ενεργή συμβολή του και τις πολύτιμες γνώσεις του με στήριξε την προσπάθεια μου καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας .

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι πρώτες προσπάθειες για την αντιμετώπιση ουσιοεξάρτησης ξεκίνησαν στην Αμερική 1914(Λιάππας, 1999). Το 1919-1923 ιδρύθηκαν κλινικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στέρησης των οπιοειδών. Η συμμετοχή των χρηστών ήταν είτε εθελοντική είτε υποχρεωτική και μετά την σωματική απεξάρτηση εφαρμόζονταν ιδρυματικού τύπου θεραπευτική μεταχείριση. Το 1950-1960 έκαναν την εμφάνιση τους οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες από πρώην χρήστες που βασίζονταν στο μοντέλο Synanon και έδιναν έμφαση στην απόλυτη αποχή από ουσίες, ενώ το 1964 εγκρίθηκε στην Αμερική η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και η χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών ουσιών. Τότε άρχισαν να αναπτύσσονται και άλλου είδους θεραπευτικές μέθοδοι όπως ξενώνες, ειδικά κέντρα ημέρας για νέους κλπ.

Στην Ευρώπη η θεραπεία υποκατάστασης πρωτοεμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 για την αντιμετώπιση αυξανόμενης χρήσης οπιούχων (EMCDDA, 2000). Αυτός ο τρόπος θεραπείας των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων, θεωρήθηκε ιδιαίτερα αναγκαίος για την μείωση των συνεπαγομένων από τη χρήση βλαβών και κύρια κατά τη δεκαετία 1980, λόγω και της εξάπλωσης του AIDS. Σήμερα όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. χρησιμοποιούν θεραπείες υποκατάστασης και ο αριθμός των υποθεραπεία ατόμων αγγίζει, το 2000 τους 300.000. Το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης ήταν με μεθαδόνη (1968) η οποία εξακολουθεί να χρησιμοποιείται περισσότερο από κάθε άλλη ουσία. Ωστόσο κάποιες χώρες προτείνουν την υποκατάσταση της εξάρτησης με τη χρήση άλλων ουσιών όπως LAAM, βουπρενορφίνη, κλπ., ενώ ορισμένες άλλες όπως η Ελβετία προχώρησαν και στη συνταγογράφηση ηρωίνης.(Ζαραφωνίτου,2002)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ναρκωτικά αποτελούν μία πτυχή της κοινωνικής ζωής που απαιτεί δραστική αντιμετώπιση. Οι ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση άπτονται πολλών τομέων, και σε αυτούς συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, οι δικαστικές και αστυνομικές αρχές, οι φορείς παιδείας αλλά κι ο καθένας ατομικά.

Στην παρούσα εργασία περιλαμβάνονται τέσσερα κεφάλαια, μέσα από τα οποία επιχειρείται μια προσπάθεια προβολής του θέματος, μακριά από υπερβολές και δραματικούς τόνους, από νομική και κοινωνική σκοπιά.

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ολοκληρωμένη παρουσίαση, η οποία αναφέρει πλήρη στοιχεία για τη Μεθαδόνη, ως κύρια υποκατάστατη ουσία οπιοειδών καθώς και άλλων υποκατάστατων όπως είναι η βουπρενορφίνη, επίσης γίνεται εκτενής αναφορά στα οφέλη και τους κινδύνους που προκύπτουν από τη χορήγηση υποκατάστατων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ολοκληρωμένη παρουσίαση των Προγραμμάτων Μεθαδόνης στην Ελλάδα. Θα εξετάσουμε τις δομές που υπάρχουν και δραστηριοποιούνται στην χώρα μας, καθώς επίσης και τη διάκριση τους σε κρατικούς και μη κρατικούς φορείς όσο ν' αφορά τη νομική τους υπόσταση και τις υπηρεσίες που παρέχουν στους τοξικομανείς και το περιβάλλον τους. Ιδιαίτερη μνεία θα γίνει και στη θεραπευτική πολιτική. Έτσι σήμερα υπάρχουν στην Ελλάδα 26 αναγνωρισμένες θεραπευτικές ομάδες (πρώτη ήταν η «Ιθάκη», σημερινό ΚΕΘΕΑ. Η πλειονότητα των προγραμμάτων είναι «στεγνά». Τα παραπάνω είναι όσα προγράμματα (είτε εσωτερικής είτε εξωτερικής διαμονής στο θεραπευτικό κέντρο) γίνονται δίχως τη χορήγηση ουσιών. Στον αντίποδα βρίσκονται τα προγράμματα υποκατάστασης. Στόχος τους είναι είτε η απεξάρτηση είτε η μείωση της χρήσης (συνήθως επιδιώκεται το δεύτερο). Χορηγείται μεθαδόνη και παρέχεται παράλληλα και ψυχοκινητική υποστήριξη στους χρήστες. Κύριος φορέας των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι ο ΟΚΑΝΑ.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα δοθεί έμφαση στον Κοινωνικό Αποκλεισμό που αντιμετωπίζουν οι τοξικομανείς μέσα και έξω από τα προγράμματα. Θα μελετήσουμε τις κοινωνικές αντιλήψεις των ίδιων των τοξικομανών καθώς και των υπόλοιπων πολιτών για το πρόβλημα των ναρκωτικών. Επίσης, οι χρήστες αντιμετωπίζουν προβλήματα στέγασης, επαγγελματικής κατάρτισης και εμπειρίας, δυσκολίες στην εξεύρεση και διατήρηση μιας εργασίας. Θα διαπιστώσουμε ότι τα άτομα αυτά συνήθως έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και συναντούν εμπόδια στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αδιέξοδα στις κοινωνικές τους επαφές και αδυναμίες για δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου τους. Αντιμετωπίζουν επίσης, και ηθικά και νομικά προβλήματα κυρίως καταδίκες για ποινικά αδικήματα και επιβαρύνονται με άκριτο συχνά, κοινωνικό στιγματισμό.

Θα διαπιστώσουμε ότι όλα τα παραπάνω προβλήματα συχνά αποτελούν την αιτία οι τοξικομανείς να έρχονται αντιμέτωποι με ένα ιδιαίτερο είδος κοινωνικού αποκλεισμού προερχόμενο από τους πολίτες, τους επαγγελματίες υγείας και τους φορείς που οφείλουν να τους παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα ενημερωθούμε για τα μέτρα άρσης του Κοινωνικού Αποκλεισμού, τα οποία μπορεί η κοινωνία να εφαρμόσει με σκοπό να ανακουφίσει την ευάλωτη κοινωνική ομάδα των τοξικομανών και παρουσιάζονται και οι δομές του ΟΚΑΝΑ, οι οποίες βοηθούν ενεργά προς την κατεύθυνση αυτή.

Επίσης θα προσπαθήσουμε να βγάλουμε κάποια συμπεράσματα για την κοινωνική πραγματικότητα που έχει να αντιμετωπίσει ο εξαρτημένος κατά τη διάρκεια παρακολούθησης του Προγράμματος Απεξάρτησης.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι το φαινόμενο των ναρκωτικών είναι αρκετά σοβαρό για τις σύγχρονες κοινωνίες. Συνεπάγεται αυξημένη εγκληματικότητα, αποδιοργάνωση του κοινωνικού ιστού και αδυναμία των υπηρεσιών πρόνοιας να περιθάλψουν τους χρήστες. Συνεπώς οι ενέργειες της Πολιτείας πρέπει να είναι στοχευόμενες στην πρόληψη και να έχουν επιπλέον διεθνή χαρακτήρα, ώστε να πληγεί το φαινόμενο στη ρίζα του. Τα συμπεράσματα αυτά βασίζονται στη βιβλιογραφική έρευνα που προηγήθηκε.

Επίσης θα παρουσιάσουμε μια σειρά προτάσεων – παρεμβάσεων οι οποίες προέκυψαν μετά την αξιολόγηση των στοιχείων που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας. Οι προτάσεις μας κινούνται σε ένα σαφές πλαίσιο, που ορίζει προτεραιότητες, αξιοποιεί το ανθρώπινο δυναμικό και τους πόρους και περιορίζει τις πιθανότητες σύγκρουσης ή αλληλοεπικάλυψης μεταξύ των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του προβλήματος.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.

ΜΕΘΑΔΟΝΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ.

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μια κατάσταση ευφορίας ("ανέβασμα") που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από "πτώση". Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της

Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορία δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση.

1.1.Η ΜΕΘΑΔΟΝΗ.

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Στα οπιοειδή ανήκουν επίσης φυσικά και ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (οπιούχα, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η ηρωίνη). Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το αλκοόλ, η κάνναβη και οι βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnosedon και το Vulbegal). Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή.

Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι). Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων.

Τι προσφέρει η μεθαδόνη;

Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Πέραν αυτών επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι:

- Η μεθαδόνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης.
- Όσο διάστημα χρησιμοποιεί κάποιος μεθαδόνη διατηρεί την σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η μεθαδόνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη μεθαδόνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η μεθαδόνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).

1.2.Η ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ.

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να το καταπίνουμε ή να το μασούμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg.

Τι προσφέρει η Βουπρενορφίνη;

Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη.

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη, όπως:

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δεν θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης.

- Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα να είναι ελεύθερα.
- Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη και αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση.
- Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι:

- Η βουπρενορφίνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα ΘΠΥ.
- Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη βουπρενορφίνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η βουπρενορφίνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με βουπρενορφίνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).
- Όταν χρησιμοποιεί κανείς την βουπρενορφίνη μαζί με ηρωίνη, μεθαδόνη, ή άλλα οπιοειδή, μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα.

1.3. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ;

Η δράση των δυο αυτών φαρμάκων διαρκεί περίπου 24 ώρες με την προϋπόθεση ότι η χορήγηση μιας επαρκούς δόσης γίνεται σωστά, αλλά το καθένα δρα διαφορετικά:

- Η δράση της μεθαδόνης είναι αντίστοιχη με της μορφίνης και έχει αργή δράση μακράς διάρκειας. Η δόση της μεθαδόνης πρέπει να είναι αυστηρά καθορισμένη. Δεν πρέπει ταυτοχρόνως να γίνεται λήψη άλλων φαρμάκων, παραγώγων της μορφίνης,

διότι θα δράσουν αθροιστικά και θα υπάρξουν προβλήματα λήψης υπερβολικής δόσης και παρενεργειών.

• Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί το αίσθημα ευεξίας που προκαλεί η μεθαδόνη. Εγκαθίσταται στους υποδοχείς και εμποδίζει τη δράση της ηρωίνης και άλλων παραγώγων της μορφίνης. Δεν προκαλεί ευφορία και δεν προκαλεί καταστολή ακόμα και σε αυξημένες δόσεις και έτσι, ο κίνδυνος υπερβολικής δόσης είναι πολύ περιορισμένος όταν χρησιμοποιείται, χωρίς άλλα φάρμακα και με τον σωστό τρόπο.(ΟΚΑΝΑ, Πληροφορίες για θεραπεία με χρήση υποκατάστατων,2000).(Εντυπο του ΟΚΑΝΑ, Τα θεραπευτικά προγράμματα Υποκατάστασης,21).

1.4. Άλλοι Φαρμακολογικοί Παράγοντες που Χρησιμοποιούνται σε Θεραπείες Υποκατάστασης.

Η ουσία Levo alpha acetyl methadol(LAAM), όπως η μεθαδόνη, είναι ένα συνθετικό οπιούχο, το οποίο είναι αποτελεσματικό αν χορηγηθεί από το στόμα. Η LAAM και η μεθαδόνη έχουν σχεδόν την ίδια αποτελεσματικότητα όσον αφορά τη δυνατότητα μείωσης της παράνομης χρήσης ναρκωτικών, όμως η LAAM έχει πιο αργή εκδήλωση επίδρασης και μεγαλύτερη διάρκεια δράσης σε σύγκριση με τη μεθαδόνη, και μπορεί να χορηγηθεί ανά τρεις ημέρες, παράγοντας έτσι μεγαλύτερη ευελιξία κινήσεων για τους χρήστες, με μικρότερη ανάγκη για δόσεις χωρίς επιτήρηση και συνεπώς μικρότερη πιθανότητα αλλαγής της δόσης. Η LAAM χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ, αλλά στην Ευρώπη έχει αποσυρθεί από το θεραπευτικό στίβο, λόγω της ανησυχίας για πιθανές επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία.

Η διυδροκωδεΐνη χρησιμοποιείται σε ορισμένες χώρες για την αποτοξίνωση και τη θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα. Το βάμμα οπίου(λάβδανο) χρησιμοποιείται σε μερικές χώρες της Ασίας για την αντιμετώπιση της στέρησης από οπιούχα και, σε μικρότερο βαθμό, στη θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα. Τα διάφορα στοματικά σκευάσματα της μορφίνης, τα οποία έχουν σχεδιαστεί να παρέχουν αργή έκλυση(γνωστά επίσης ως σκευάσματα παρατεταμένης έκλυσης, ελεγχόμενης έκλυσης και χρονικά καθορισμένης έκλυσης) έχουν επίσης πιθανή αξία στη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα. Ωστόσο, πρέπει ακόμα να διενεργηθούν ελεγχόμενες μελέτες με την αποτελεσματικότητα των εν λόγω σκευασμάτων στη θεραπεία υποκατάστασης.

Η προσέγγιση παροχής διακετυλομορφίνης(ηρωίνης) με ιατρική συνταγή ως θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα οπιούχων έχει γίνει το αντικείμενο εκτενούς δημόσιας συζήτησης άλλα έχει γίνει σχετικά μικρή έρευνα. Εθνικά έργα στην Ολλανδία και την Ελβετία έχουν αξιολογήσει τη δυνατότητα υλοποίησης της χρήσης διακετυλομορφίνης κατόπιν ιατρικής συνταγής ως θεραπεία για ιδιαίτερα εξαρτημένα άτομα. Και στις δύο χώρες, οι ασθενείς που είχαν προηγουμένως αποτύχει στη θεραπεία με μεθαδόνη συμμετείχαν επιτυχώς στη θεραπεία με διακετυλομορφίνη. Η σχετική συμβολή στα αποτελέσματα της έρευνας της παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ως επακόλουθο της συνταγογράφησης διακετυλομορφίνης, πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω. Η προσέγγιση της συνταγογράφησης της διακετυλομορφίνης

είναι περίπλοκη και δαπανηρή, και έχει αξιολογηθεί μόνο σε χώρες με καλά αναπτυγμένα συστήματα θεραπείας. Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων αυτών φανερώνουν ότι στα ολοκληρωμένα συστήματα θεραπείας μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική λύση για μια μικρή μερίδα σοβαρά εξαρτημένων επί πολλά χρόνια ασθενών, για τους οποίους άλλες επιλογές θεραπείας δεν είχαν αποτέλεσμα. (Εγγραφο θέσης, Παγκόσμιος οργανισμός υγείας γραφείο των ηνωμένων εθνών για τα ναρκωτικά και το έγκλημα UNAIDS,14).

1.5. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ.

Η μεθαδόνη ως θεραπεία υποκατάστασης για την εξάρτηση από οπιούχα χρησιμοποιήθηκε πρώτα στη Βόρεια Αμερική, από τον Halliday, στο τέλος της δεκαετίας του 1950 στον Καναδά, και από τους Doyle και Nyswander τη δεκαετία του 1960 στις Η.Π.Α. (Fisher, 1999). Οι Doyle και Nyswander εισήγαγαν τη χορήγηση από το στόμα δόσεων συντήρησης του συνθετικού αυτού οπιοειδούς ως θεραπεία φαρμακευτικής υποκατάστασης για την εξάρτηση από οπιούχα. Οι Doyle και Nyswander κατέδειξαν ότι η εξάρτηση από τα οπιούχα ήταν “ μια βιολογική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από μια μόνιμη μεταβολική δυσλειτουργία” (Doyle και Nyswander, 1965, Ward και άλλοι, 1998). Υποστήριζαν ότι υψηλές ή ‘ανταγωνιστικές’ ημερήσιες δόσεις στοματικά χορηγούμενης μεθαδόνης αφαιρούσαν την πείνα για ηρωίνη και μπλόκαραν τα ευφορικά της αποτελέσματα, δίνοντας στο άτομο την ευκαιρία να βελτιώσει την κοινωνική του λειτουργικότητα επωφελούμενο από τις ψυχοθεραπευτικές και επανενταξιακές υπηρεσίες που πλαισίωναν το πρόγραμμα (Doyle και Nyswander, 1965, Ward και άλλοι, 1998).

Αφού αποδείχθηκε ότι μειώνει τη χρήση ηρωίνης και την εγκληματική δραστηριότητα, η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη έγινε γρήγορα η πιο συνηθισμένη μορφή θεραπείας υποκατάστασης για την εξάρτηση από τα οπιούχα. Από τη δεκαετία του '60 η μορφή της θεραπείας με μεθαδόνη διαφοροποιήθηκε σημαντικά τόσο στους στόχους όσο και στην δοσολογία και στην έκταση των βοηθητικών υπηρεσιών. Μέσα σε λίγα χρόνια ο θεραπευτικός στόχος τροποποιήθηκε από μακράς διάρκειας συντήρησης σε απεξάρτηση από όλα τα οπιοειδή, συμπεριλαμβανόμενης και της μεθαδόνης. Η μέση δοσολογία άλλαξε από υψηλή “ανταγωνιστική” δόση, όπως υποστήριζαν οι Doyle και Nyswander, σε πολύ χαμηλότερες δόσεις οι οποίες ήταν πιο πολιτικά αποδεκτές. Οι κλινικοί οι οποίοι έπρεπε να συμμορφωθούν με συγκεκριμένους γραφειοκρατικούς περιορισμούς και να συνταγογραφούν δόσεις που να αποτρέπουν τα στερητικά συμπτώματα, συχνά αδυνατούσαν να το καταφέρουν. Επιπλέον, εξαιτίας περικοπών στις χρηματοδοτήσεις, μέρος των βοηθητικών υπηρεσιών έπαψε να υπάρχει. Η αντιστροφή αυτής της τάσης ξεκίνησε με της επιδημίας του HIV/AIDS τη δεκαετία του '80 η οποία οδήγησε σε μια επανεκτίμηση των

δεδομένων για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη. Δόσεις χαμηλότερες των 60 mg θεωρήθηκαν αναποτελεσματικές.

Στην εποχή του AIDS μια πολιτική χαμηλών δόσεων μπορεί να αποδειχθεί μοιραία για το εξαρτημένο άτομο όπως και για τους/τις σεξουαλικούς συντρόφους του και τα παιδιά (Newman, 1998, Schuster, 1989). Σήμερα, είναι πολύ ισχυρή η πεποίθηση ότι κάποιοι ασθενείς χρειάζονται μακράς διάρκειας θεραπεία συντήρησης και αυτό γίνεται χωρίς να έχουν σοβαρές παρενέργειες (Annete Verster and Ernst Buning, Euro Methword, 2000).

1.6. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ.

Κοινή δήλωση των ΠΟΥ/ UNODC/ UNAIDS για τη θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα¹.

Η περίπλοκη κατάσταση της υγείας λόγω της εξάρτησης στα οπιούχα, η οποία συχνά απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία και περίθαλψη, συνδέεται με υψηλό κίνδυνο μόλυνσης από HIV, όταν τα οπιούχα λαμβάνονται με τη χρήση μολυσμένης ένεσης. Η θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά αποτελεί μία σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της ευεξίας και της κοινωνικής λειτουργίας των ανθρώπων με εξάρτηση στα οπιούχα, καθώς και για τη μείωση των κοινωνικών επιπτώσεων που έχει αυτή, καθώς και των επιπτώσεων στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της μόλυνσης από HIV. Καθότι δεν υπάρχει μία μόνο θεραπεία που να είναι αποτελεσματική για όλους τους ανθρώπους με εξάρτηση στα οπιούχα, πρέπει να υπάρχει επαρκής ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων. Η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες για την απεξάρτηση από οπιούχα. Μπορεί να μειώσει το βαρύ τίμημα της εξάρτησης από τα οπιούχα για τους χρήστες, τις οικογένειες αυτών και της κοινωνία εν γένει, μειώνοντας τη χρήση ηρωίνης, τους σχετικούς θανάτους, τις επικίνδυνες συμπεριφορές που συνδέονται με τον ιό HIV και την εγκληματική δραστηριότητα. Η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο των κοινωνικών προσεγγίσεων στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιούχα και την πρόληψη της μόλυνσης από HIV για τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN). Η παροχή της θεραπείας συντήρησης με υποκατάστατα - υπό την καθοδήγηση ερευνητικών αποδείξεων και την υποστήριξη από επαρκή αξιολόγηση, εκπαίδευση και διαπίστευση - θα πρέπει να θεωρείται ως μία σημαντική θεραπεία σε κοινωνίες με υψηλό δείκτη εξάρτησης στα οπιούχα, και ιδιαίτερα σε εκείνες όπου στα μέρη όπου γίνεται χρήση ενέσιμων οπιούχων οι XEN διατρέχουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV και άλλων αιματογενών ιών. (Εγγραφο θέσης, Παγκόσμιος οργανισμός υγείας γραφείο των ηνωμένων εθνών για τα ναρκωτικά και το έγκλημα UNAIDS, 14).

1. Στο παρόν έγγραφο, ο όρος «θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα» αναφέρεται στη θεραπεία που πληροί τα ακόλουθα κριτήρια: Οι παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία υποκατάστασης έχουν αξιολογηθεί διεξοδικά. Η θεραπεία χορηγείται από διαπιστευμένους επαγγελματίες στο πλαίσιο της αναγνωρισμένης ιατρικής πρακτικής, και υπάρχει κατάλληλη κλινική παρακολούθηση. (Εγγραφο θέσης, Παγκόσμιος οργανισμός υγείας γραφείο των ηνωμένων εθνών για τα ναρκωτικά και το έγκλημα UNAIDS, 2006, 14)

1.7. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ.

1.7.1.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Υπάρχουν δυο διεθνώς αναγνωρισμένα διαγνωστικά κριτήρια που καλύπτουν την τοξικοεξάρτηση: το ICD10 που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1992) και η 4η έκδοση του (DSM-IV) από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία το 1994. Λόγω της ευρωπαϊκής φύσης αυτών των οδηγιών, αναφερόμαστε στα πρώτα κριτήρια του ICD10 που ορίζουν το Σύνδρομο της Εξάρτησης ως εξής: "Μια ομάδα οργανικών, συμπεριφορικών και γνωστικών φαινομένων στα οποία η χρήση μιας ουσίας ή μιας τάξης ουσιών μπαίνουν σε υψηλότερη προτεραιότητα για ένα συγκεκριμένο άτομο από άλλες συμπεριφορές που είχαν κάποτε μεγαλύτερη αξία..." (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1998).

Η διάγνωση της ουσιοεξάρτησης δίνεται, εφ' όσον τον προηγούμενο χρόνο υπήρχαν τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα κριτήρια.

Ψυχολογικά:

- Ισχυρή επιθυμία ή καταναγκασμός για λήψη της ουσίας.
- Δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς σε ό,τι αφορά την έναρξη, τον τερματισμό ή το επίπεδο της χρήσης.

Οργανικά:

- Χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης με τη μη λήψη της ουσίας.
- Ανάπτυξη ανοχής και ανάγκη αύξησης της δόσης για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα.

Κοινωνικά:

- Σταδιακή παραμέληση εναλλακτικών ενδιαφερόντων / ευχαρίστησης και αύξηση του χρόνου που αναλώνει το άτομο για να νφ. να αποκτήσει την ουσία, να κάνει χρήση της ή να συνέλθει από τη δράση της.
- Επιμονή στη χρήση, παρά τις αρνητικές βλαβερές συνέπειες.

1.7.2. ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ.

Οι τύποι των προγραμμάτων μεθαδόνης ποικίλλουν από προγράμματα χαμηλών προδιαγραφών σε κάποιες χώρες σε υψηλών προδιαγραφών σε κάποιες άλλες.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΟΥ ΟΥΔΟΥ:

- Είναι εύκολο να εισέλθει κάποιος.
- Είναι προσανατολισμένα στη μείωση της βλάβης.
- Έχουν ως πρωταρχικό στόχο να απαλείψουν τα στερητικά συμπτώματα και την πείνα για ηρωίνη και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής.
- Προσφέρουν μια σειρά από θεραπευτικές επιλογές.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΨΗΛΟΥ ΟΥΔΟΥ:

- Είναι πιο δύσκολη η εισαγωγή / μπορεί να έχουν κριτήρια επιλεκτικής εισαγωγής.
- Είναι προσανατολισμένα στην απεξάρτηση(συμπεριλαμβάνεται και η απεξάρτηση από τη μεθαδόνη).
- Δεν διαθέτουν ευελιξία στις θεραπευτικές επιλογές.
- Υιοθετούν τακτικούς ελέγχους ούρων.
- Μη ευέλικτη πολιτική αποπομπής(η παράνομη χρήση οπιούχων δεν είναι ανεκτή).
- Υποχρεωτική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία.

Οι περισσότερες χώρες έχουν δει μια γρήγορη επέκταση στην παροχή υπηρεσιών υποκατάστασης, κυρίως στην Γαλλία, την Ελλάδα και σε κάποιες χώρες της Κεντρικής και της Ανατολικής Ευρώπης. Η γρήγορη επέκταση είναι ακόμα πιο προφανής σε χώρες όπως το Λουξεμβούργο, Φιλανδία και η Ελλάδα οι οποίες είχαν χαμηλότερα επίπεδα παροχών. Η ανάγκη της επέκτασης ήταν σε μεγάλο βαθμό η ανταπόκριση στην επιδημία του HIV/ AIDS μεταξύ των χρηστών. Ενώ οι περισσότερες χώρες αντιμετώπισαν λίγα προβλήματα σε αυτήν την περίοδο της ανάπτυξης, σε μερικές χώρες- μέλη είχε εκφραστεί κάποια ανησυχία. Αυτή αφορούσε την έλλειψη εκπαίδευσης και την ικανότητα ορισμένων κλινικών που συμμετείχαν στη συνταγογράφηση υποκατάστατων. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχονται από ειδικούς, συμπεριλαμβανομένων των γενικών γιατρών και των φαρμακοποιών (Dpt. Of Health UK guidelines, 1999, Farrell και άλλοι, 1999). Υπάρχει, επίσης, ανησυχία για τον έλεγχο της συνταγογράφησης και τον κίνδυνο της πιθανής διαφυγής της μεθαδόνης στη μαύρη αγορά (Farrell και άλλοι, 1999).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Διεθνούς Συμβουλίου Ελέγχου για τα Ναρκωτικά των Ενωμένων Εθνών(INCB/UN,1999), το 1997 κατασκευάστηκαν παγκοσμίως 9.742 κιλά μαθαδόνης και 8.321 κιλά καταναλώθηκαν.

Υπολογίζεται ότι περίπου 300.000 άνθρωποι είναι σε προγράμματα μεθαδόνης στην Ευρώπη, 180.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες και 20.000 στη Αυστραλία. Υπάρχουν

πολλές χώρες στον κόσμο όπου λειτουργούν διαφορετικοί τύποι υποκατάστασης. Ωστόσο το μεγάλο μέρος της θεραπείας με μεθαδόνη γίνεται στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία. Υπάρχουν γενικές εκτιμήσεις ότι περίπου μισό εκατομμύριο βρίσκονται σε αυτό το είδος υποκατάστασης παγκοσμίως.(Farrell και άλλοι,1999, Parrin,1999).

Σε κάποιες χώρες υπάρχουν περισσότερα άτομα σε θεραπεία υποκατάστασης αλλά όχι με μεθαδόνη. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, το 1997 υπήρχαν μόνο 5000 άτομα στη μεθαδόνη και 25000 στη βουπρενορφίνη. Η μεθαδόνη συνταγογραφείτο μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα, ενώ κάθε γιατρός μπορούσε να συνταγογραφεί βουπρενορφίνη. Αυτό σημαίνει ότι το πλαίσιο της βουπρενορφίνης είναι πολύ πιο ευέλικτο από αυτό της μεθαδόνης(Lebeau,1997).

Σε όλη την Ευρώπη υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση ως προς το ποιος μπορεί να συνταγογραφεί μεθαδόνη για τη θεραπεία της οπιοεξάρτησης. Κάποιες χώρες, όπως η Δανία, η Φιλανδία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Σουηδία έχουν συγκεντρώσει τη θεραπεία σε μεθαδόνη σε εξειδικευμένα κέντρα με μικρή ανάμειξη των γενικών γιατρών. Άλλες, όπως η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γερμανία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία και η Μεγάλη Βρετανία έχουν μια λιγότερο συγκεντρωτική δομή με γενικούς γιατρούς και εξειδικευμένα κέντρα.

Οι περισσότερες Ανατολικοευρωπαϊκές χώρες έχουν εφαρμόσει κάποιο τύπο θεραπευτικών προγραμμάτων με μεθαδόνη και τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν με πιλοτική μορφή ή ως υπηρεσία μιας μόνο θεραπείας. Στην Ουγγαρία, οι ψυχίατροι και οι γενικοί γιατροί συνταγογραφούν μεθαδόνη σε ατομική βάση, αν και έχουν ετοιμαστεί νέες οδηγίες για τις θεραπευτικές υπηρεσίες. (Annete Verster and Ernst Buning,Euro Methword, 2000).

1.7.3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ.

Προτού ξεκινήσει οποιαδήποτε μορφή θεραπείας με μεθαδόνη, είναι αναγκαίο να οριστεί, εάν ο ασθενής είναι όντως χρήστης οπιούχων καθώς και να καθοριστεί η παρουσία και η σοβαρότητα της οπιοεξάρτησης. Ο κλινικός οφείλει να έχει ο ίδιος μια προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή, να κάνει μια παθολογική και ψυχιατρική εξέταση και μια ανάλυση ούρων. Η τελική απόφαση για το τύπο της θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνεται εξατομικευμένα στη βάση των αναγκών του ασθενή και των επιλογών που διαθέτει ο κλινικός. Προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα επιτυχές θεραπευτικό πρόγραμμα, ο κλινικός ή ο εκτιμητής, απαιτείται να πληροφορήσει τον ασθενή για όλο το φάσμα των θεραπευτικών επιλογών. Θα πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής θα αντιμετωπιστεί με την πλέον κατάλληλη για τις ανάγκες του θεραπεία.

Επιπλέον, όταν αρχίζει η λήψη μεθαδόνης ή ψυχοδραστικών υποκατάστατων, ο κλινικός θα πρέπει να παρέχει στον ασθενή λεπτομερή πληροφόρηση για τη θεραπεία, για τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου καθώς και τις δυνητικές κοινωνικές επιπτώσεις(όπως η μακροχρόνια εξάρτηση και η αυξανόμενη ανοχή).

Η ανάλυση ούρων μπορεί να είναι βοηθητική στην επιβεβαίωση της χρήσης οπιούχων, οπωσδήποτε, όμως, αυτό θα πρέπει να μελετάται προσεκτικά. Μπορεί να ενθαρρύνει τη χρήση οπιούχων πριν από μια εκτίμηση. Επιπλέον, μπορεί να επιβεβαιώνει τη χρήση οπιούχων, αλλά δεν παρέχει καμία πληροφόρηση σχετικά με την έκταση της χρήσης ή της εξάρτησης. Η κύρια χρησιμότητα του μπορεί να είναι το να καθορίζει τη χρήση άλλων υποκατάστατων που χρησιμοποιούνται επί του παρόντος από τη χρήση (Ward et al, 1998).

1.7.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ).

Αν και αυτές οι οδηγίες δεν μπορούν να τροποποιήσουν τους πιθανούς τοπικούς περιορισμούς στις θεραπευτικές δυνατότητες, μπορεί να τονιστεί ότι η διεθνής βιβλιογραφία, όπως, επίσης, και η διαχρονική εμπειρία σε διαφορετικά μέρη στον κόσμο, υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της διαθεσιμότητας χώρου για ατομική θεραπευτική εκτίμηση και σχεδιασμό. Περιορισμοί στη διαθεσιμότητα των χώρων, στη δοσολογία και τη διάρκεια ή τον τύπο θεραπείας, είναι αντιπαραγωγικοί στην αποτελεσματική θεραπεία των οπιοεξαρτημένων ασθενών. Η λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία των πελατών θα πρέπει να βασίζεται, όσο είναι δυνατόν, σε μια σφαιρική εκτίμηση του τι θα αποδώσει για αυτό το άτομο, και σε μια αξιόπιστη πληροφόρηση σχετικά με το τι αποδίδει (Preston, 1996). Η απόφαση του ποια θεραπεία θα προσφερθεί βασίζεται στο ποια θεραπεία είναι διαθέσιμη τοπικά, στην πρότερη ιστορία του πελάτη, στη τρέχουσα κατάσταση, στο κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και στις εκφρασμένες επιθυμίες. Η απόφαση βασίζεται, επίσης, στην άποψη του κλινικού για την απαιτούμενη βαθμίδα δομής, καταγραφής και υποστήριξης.

Το 1990, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εισηγήθηκε μια σταθερή ορολογία για τη θεραπεία με μεθαδόνη που χωρίστηκε σε τέσσερις κατηγορίες:

- Βραχυπρόθεσμη αποτοξίνωση: ελάττωση δόσης σε ένα μήνα ή λιγότερο.
- Μακροπρόθεσμη αποτοξίνωση: ελάττωση δόσης σε περισσότερο από ένα μήνα.
- Βραχυπρόθεσμη συντήρηση: σταθερή συνταγογράφηση για έξι μήνες ή λιγότερο.
- Μακροπρόθεσμη συντήρηση: σταθερή συνταγογράφηση για περισσότερο από έξι μήνες.

(Βλέπε Preston, 1996, σελ. 94-97 για μια εκτεταμένη περιγραφή των ενδείξεων και αντενδείξεων αυτών των τεσσάρων κατηγοριών της θεραπείας με μεθαδόνη).

Η χρήση οπιούχων και η εξάρτηση είναι συνδεδεμένες με μια ποικιλία ιατρικών, νομικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Ένα άτομο είναι κατάλληλο για θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη εάν οι ατομικές και κοινωνικές βλάβες που συνδέονται με τη χρήση οπιούχων είναι πιθανό να μειωθούν από την εισαγωγή του στη θεραπεία. Τα επιπρόσθετα προβλήματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ήδη από την αρχή, είτε από το πρόγραμμα μεθαδόνης αυτό καθαυτό ή διαμέσου παραπομπής σε κατάλληλη υπηρεσία.

1.7.5.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.

Υπάρχουν διάφορες μορφές μεθαδόνης. Η πλέον διαδεδομένη μορφή είναι η γρή 1mg/1ml διαλύματος, την οποία θα δεχτούμε εδώ σαν πρότυπο. Ο υπολογισμός της σωστής δόσης έναρξης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες:

- Ότι η σωστή δόση ποικίλει σύμφωνα με το θεραπευτικό στόχο.
- Ότι η παράνομη ηρωίνη διαφέρει σε καθαρότητα από περιοχή σε περιοχή και από χρόνο σε χρόνο.
- Ότι η μεθαδόνη είναι ένα μακράς δράσης οπιοειδές.
- Ότι η υπερβολική μεθαδόνη μπορεί να είναι μοιραία, αλλά, η ανεπαρκής μεθαδόνη είναι απίθανο να είναι αποτελεσματική.

Ξεκινώντας τον ασθενή σε μια πολύ υψηλή δόση μεθαδόνης, αυτό μπορεί να προκαλέσει τοξίκωση και θάνατο. Ωστόσο, υπάρχει κάποιος κίνδυνος σύμφυτος με τη χορήγηση μιας δόσης μεθαδόνης που είναι πολύ χαμηλή, στο ότι ίσως συμβούν στερητικά φαινόμενα. Η εμπειρία των στερητικών συμπτωμάτων μπορεί να παρακινήσει τους ασθενείς να αναζητήσουν ανακούφιση από άλλες πηγές, όπως για παράδειγμα παράνομα οπιοειδή και βενζοδιαζεπίνες. Ο συνδυασμός μεθαδόνης με άλλα υποκατάστατα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τοξίκωση και θάνατο. Επιπλέον, κάποιοι ασθενείς μπορεί να μεταβολίζουν τη μεθαδόνη πολύ γρήγορα και μπορεί, επίσης, να είναι σε κίνδυνο στερητικών και αυτοθεραπείας (Humeniuk et al, 2000). Υπάρχουν στοιχεία ότι άτομα που ξεκινούν θεραπεία διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα από ότι πριν την είσοδό τους στη θεραπεία (Carlehorn, 1999).

Εφόσον η οπιοεξάρτηση έχει επιβεβαιωθεί σε ένα ασθενή, χρειάζεται να εκτιμηθεί η ανοχή και η δόση της μεθαδόνης. Ο συνήθης τρόπος, να καθοριστεί η ανοχή, είναι από την κλινική εκτίμηση του ιατρικού ιστορικού και του ιστορικού χρήσης του ασθενούς κατά τη παρουσίαση. Η ακρίβεια της κλινικής εκτίμησης ίσως βελτιωθεί από τη χρήση ενισχυτικών αποδείξεων όπως η εξέταση των φλεβών για

σημεία ενδοφλέβιας χρήσης οπιούχων ή η εξέταση ούρων. Η καλή επικοινωνία με τον ασθενή είναι ζωτική στο να επιτευχθεί η απαραίτητη πληροφόρηση. Είναι σημαντικό να διατίθεται αρκετός χρόνος για την κλινική συνέντευξη, όπως, επίσης και να υπάρχει επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες που πιθανόν ο ασθενής έχει δει.

Ο απόλυτος όρος για ένα επιτυχημένο ξεκίνημα της θεραπείας με μεθαδόνη είναι να δοθεί στον ασθενή η σχετική πληροφόρηση η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Η καθυστέρηση 2 με 4 ωρών πριν η μεθαδόνη να έχει το μέγιστο αποτέλεσμα.
- Η συσσώρευση της μεθαδόνης με την πάροδο του χρόνου έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη δράση να συμβαίνει μετά από 3 με 5 ημέρες ή και περισσότερο, ακόμα και όταν η δόση παραμένει σταθερή.
- Οι κίνδυνοι από την πολυχρήση κατά τη διάρκεια της θεραπείας με μεθαδόνη, ειδικά άλλων οπιοειδών, κοκαΐνης, βενζοδιαζεπινών και αλκοόλης.
- Η συνεργεία με φάρμακα που λαμβάνονται ταυτόχρονα με τη μεθαδόνη που μπορεί να προκαλούν ή να αναστέλλουν τα επίπεδα συγκέντρωσης της μεθαδόνης.

Ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια μπορεί να βοηθήσουν στην αναγνώριση ασθενών με υψηλότερο κίνδυνο τοξίκωσης από μεθαδόνη:

- Να είναι η πρώτη επαφή με το συγκεκριμένο κλινικό και με το ιατρικό ιστορικό και το ιστορικό της χρήσης ασαφές.
- Είναι σε υψηλό κίνδυνο για πολυχρήση.
- Ο βαθμός της νευροπροσαρμογής είναι αβέβαιος.
- Υπάρχει κίνδυνος για υπερβολική δόση μεθαδόνης ή άλλων ουσιών.
- Έχουν ένα κλινικά σημαντικό αναπνευστικό πρόβλημα.
- Έχουν ένα κλινικά σημαντικό ηπατικό πρόβλημα
- Τους έχουν πρόσφατα χορηγηθεί φάρμακα που αναστέλλουν τη λειτουργία του CYP3A4 ένζυμο.

Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να επανεκτιμούνται κάθε 2-4 ώρες για τις πρώτες τρεις με πέντε δόσεις μεθαδόνης έτσι ώστε να αναγνωριστούν σημάδια και

συμπτώματα τοξίκωσης από μεθαδόνη και δεν πρέπει να αυξηθεί η δόση τους για τις πρώτες 2-4 ημέρες (Humeniuk et al, 2000).

Συστήνεται η χορήγηση της μεθαδόνης να αρχίζει το πρωί και κατά προτίμηση στην αρχή της εβδομάδας, έτσι ώστε το μέγιστο ποσοστό της συγκέντρωσης της μεθαδόνης στο αίμα να επέλθει όταν η κλινική είναι ανοιχτή ώστε να μπορεί να επιληφθεί του όποιου προβλήματος. Σκοπός της εισαγωγής στο πρόγραμμα είναι η εξαφάνιση των στερητικών συμπτωμάτων. Γενικά, η συνιστάμενη αρχική δόση είναι μεταξύ 10-30mg. Σε περίπτωση που η ανοχή σε οπιοειδή είναι υψηλή, η συνηθισμένη δόση είναι μεταξύ 25-40mg. Όταν η αρχική δόση είναι χαμηλή είναι σημαντικό να έχει κανείς τον ασθενή υπό παρακολούθηση για 1-2 ώρες και εάν εμφανιστούν στερητικά συμπτώματα να χορηγήσει επιπρόσθετες μικρές δόσεις.

Την πρώτη εβδομάδα που ένας εξωτερικός ασθενής εισάγεται στο σχήμα αποτοξίνωσης θα πρέπει κανείς να βλέπει τον ασθενή καθημερινά έως ότου εγκατασταθεί μια σταθερή δοσολογία. Όταν απαιτείται η αύξηση της δόσης κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας αυτή θα πρέπει να γίνεται με μια μέγιστη ημερήσια αύξηση των 5-10mg και όχι πάνω από 20mg μέσα σε 1 εβδομάδα από την αρχική δόση. Για μια μεγαλύτερη περίοδο αποτοξίνωσης και για θεραπεία συντήρησης, συστήνεται η αύξηση της δόσης να μην ξεπερνάει τα 20mg την εβδομάδα και συνολικά τα 60-120mg. Ο χρόνος σταθεροποίησης ενός ασθενή στη θεραπεία μπορεί να φτάσει τις 6 εβδομάδες και περισσότερο.

Οι παρενέργειες της μεθαδόνης εμφανίζονται στη νευροφυτική και ψυχολογική περιοχή. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν: αυξημένη εφίδρωση, δυσκοιλιότητα, διαταραχές στον ύπνο, τη σεξουαλική διάθεση και τη συγκέντρωση. Τέτοιες ανεπιθύμητες παρενέργειες μπορεί να συνεχιστούν για μεγαλύτερες περιόδους στη θεραπεία, αλλά πιο συχνά μένουν χωρίς ιατρικές επιπτώσεις. Γενικά, αυτές οι παρενέργειες επηρεάζουν λιγότερους από 20% των ατόμων (Swiss Methadone Report, 1996).

Η θεραπεία με μεθαδόνη με πλήρη ανοχή και σταθερές δόσεις δεν επιβαρύνει συνήθως την ικανότητα οδήγησης. Ωστόσο, πριν την έκδοση ή την επανέκδοση άδειας οδήγησης, θα πρέπει να γίνεται προσεκτικός έλεγχος για να καθοριστεί εάν η κατάσταση του πελάτη είναι σταθερή κατά πόσο, δηλαδή, υπάρχουν πιθανότητες υποτροπής και κατά πόσο γίνεται κατανάλωση ή κατάχρηση άλλων ουσιών. Κυρίως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η παράλληλη χρήση αλκοόλ και άλλων φαρμάκων, (π.χ. βενζοδιαζεπίνες). (Swiss Methadone Report, 1996). Ιστορικά, η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη ήταν η πρώτη και εξακολουθεί να είναι η καλύτερη μορφή θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών στην Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη. Ωστόσο με τα χρόνια συνταγογραφείται ολοένα και περισσότερο ως μέρος θεραπείας αποτοξίνωσης.

Τα προγράμματα αποτοξίνωσης παρέχουν ελεγχόμενη απομάκρυνση από την εξάρτηση από οπιοειδή, με μεθαδόνη συχνά συνδυασμένη και με άλλα φάρμακα) με στόχο να ελαχιστοποιήσουν τα συμπτώματα στέρησης. Μετά το μέγιστο σημείο του στερητικού συνδρόμου, το φάρμακο υποκατάστασης (μεθαδόνη) μειώνεται σταδιακά. (Annete Verster and Ernest Buning, Euro Methwork 2000, OKANA)

1.7.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ:

Μετά από μια ολοκληρωμένη αναφορά της διαθέσιμης έρευνας και κλινικής εμπειρίας, ο Ward και οι συνάδελφοι δηλώνουν "... είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι η αποχή είναι μόνο μια διαθέσιμη επιλογή για τον ασθενή και ότι η επίτευξη με άλλους τρόπους πληρότητας στη ζωή του, ενώ παρακολουθεί το πρόγραμμα συντήρησης, είναι μια άλλη".

Στη περίοδο σταθεροποίησης, το πρωτόκολλο μείωσης θα πρέπει να ενεργοποιείται μόνο όταν ο ασθενής συνεχίζει να απέχει από τη χρήση ηρωίνης. Αφού σταθεροποιηθεί ο ασθενής, και έχει κάνει και άλλες αλλαγές στον τρόπο ζωής του μπορεί να επιχειρηθεί ένα επίσημο πρωτόκολλο μείωσης του φαρμάκου. Η συμμόρφωση θα διατηρηθεί μόνο εάν και ο ασθενής και ο γιατρός συμφωνήσουν ότι ένα σχήμα μείωσης είναι επιθυμητό. Αν ένα σχήμα μείωσης εκτελεστεί αντίθετα από τις επιθυμίες του ασθενή, αναμένεται η συμμόρφωση να είναι χαμηλή. Επομένως, εάν ο ασθενής δεν πρόκειται να είναι πλήρως σύμφωνος, είναι καλύτερα να συνεχίσουμε με το υπάρχον, σταθερό σχήμα.

Μετά από μια περίοδο σταθεροποίησης, η καθημερινή δόση μπορεί να μειωθεί για παράδειγμα κατά 5mg το δεκαπενθήμερο. Μερικοί κλινικοί προτείνουν, ότι εάν η δόση σταθεροποίησης είναι πάνω από 120mg, η δόση να μειώνεται κατά 20mg το μήνα. Η μείωση της δόσης πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα της πρώτης εβδομάδας και κατόπιν να διατηρηθεί σταθερή για τις επόμενες τρεις εβδομάδες. Εάν οι δόσεις κυμαίνονται μεταξύ 60-120mg, η δόση μπορεί να μειωθεί σύμφωνα με την προηγούμενη διαδικασία κατά 10mg το μήνα. Για ασθενείς που η ημερήσια δόση είναι 30-40mg, μπορεί να μειωθεί κατά 5mg το μήνα.

Οι οδηγίες της Μεγάλης Βρετανίας προτείνουν να λαμβάνουμε υπόψη μας τα ακόλουθα:

Σταθερότητα σε μια θεραπεία υποκατάστασης προσφέρει τη δυνατότητα στο να ανακαλύψει και να επισημάνει κανείς αυτά τα προβλήματα που οδήγησαν στη χρήση ουσιών. Μπορεί να χρειαστούν ημέρες ή και μήνες μέχρι ένας χρήστης να φτάσει σε ένα στάδιο όπου μπορεί να επιτευχθεί η μείωση της συνταγογραφούμενης ουσίας.

Πολλοί ασθενείς, παρόλο που ζητούν αποτοξίνωση, είναι πιο κατάλληλοι για θεραπεία συντήρησης. Οι θεραπευτικές επιλογές θα πρέπει να διερευνηθούν με ιδιαίτερη ευαισθησία μαζί με τον ασθενή, και κύριος στόχος θα πρέπει να είναι να μεγιστοποιηθεί όσο μπορεί περισσότερο το κέρδος του ασθενή σε υγεία.

Αναλαμβάνοντας μια τακτική κλινική ανασκόπηση, σε τουλάχιστον τριμηνιαία βάση, όλων των μακροχρόνιων ασθενών, θα εξασφαλίσουμε ότι τα πιθανά οφέλη της αποτοξίνωσης θα μπορούν πάντα να επανεξετάζονται. Ο καλύτερος συντονισμός των τοπικών υπηρεσιών μπορεί να βοηθήσει στο να γίνουν οι συντηρούμενοι με μεθαδόνη ασθενείς καθαροί από ουσίες (UK Guideline, 1999: p47).

1.7.7.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ.

Η έρευνα συνιστά ότι η πλειοψηφία των ατόμων χρειάζεται 60-120mg/ημέρα. Παρόλο που κάποια άτομα μπορούν να συντηρηθούν επιτυχώς με χαμηλότερες δόσεις, ένα μέσο εξαρτημένο από ηρωίνη άτομο θα πάρει λιγότερη ηρωίνη και θα παραμείνει περισσότερο στη θεραπεία αν συντηρηθεί με μεγαλύτερες παρά με χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης. Σε περιπτώσεις που οι υψηλές ημερήσιες δόσεις αποτύχουν στο να αποτρέψουν τα στερητικά στη διάρκεια του 24ώρου κύκλου δοσολογίας, πρέπει να ελεγχθεί αν το άτομο παίρνει παράλληλα ουσίες ενζυμοεπαγωγικές ή αν το άτομο μεταβολίζει τη μεθαδόνη με γρηγορότερο ρυθμό από ότι ο μέσος όρος, τότε θα χρειαστούν υψηλότερες δόσεις μεθαδόνης (Humeniuk et al,2000,Preston,1996, Ward et al, 1998).

Παρόλο που η πλειοψηφία των ασθενών μπορεί να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά με μια ημερήσια δοσολογία 60-120mg, δεν υπάρχουν αντικειμενικές πληροφορίες (συμπεριλαμβανομένων και των συγκεντρώσεων της μεθαδόνης στο πλάσμα) για να σταθεροποιήσουμε την κατάλληλη ημερήσια δοσολογία σε έναν ασθενή. Η αναζήτηση της γνώμης του ασθενή για τη δόση της μεθαδόνης μπορεί να έχει θετική επίδραση στη θεραπεία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο συναισθηματικού άγχους ή με διαταραχές προσωπικότητας τύπου A ή με σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας πρέπει να συντηρούνται με υψηλότερες παρά με χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης. Πρέπει να δοθεί προσοχή στις υψηλές δοσολογίες όταν συσχετίζονται με εξάρτηση από αλκοόλ ή από βενζοδιαζεπίνες. Ωστόσο, πρέπει κανείς να σκεφτεί ότι οι παραπάνω εξαρτήσεις μπορεί να είναι αποτέλεσμα χαμηλής δοσολογίας της μεθαδόνης. Σε αυτή τη περίπτωση η δόση σταθεροποίησης πρέπει να επανεξεταστεί (Maremmani & Shinderman, 2000).

Έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς μπορούν υπεύθυνα να χειριστούν τα δικά τους επίπεδα δοσολογίας της μεθαδόνης και ότι αυτό μπορεί να έχει θετική επίδραση στο αποτέλεσμα της θεραπείας τους. Αρχικά, οι ασθενείς μπορεί να χρειάζεται να εξετάζονται από το γιατρό τους τουλάχιστον κάθε 15 ημέρες, αργότερα όμως, αν σταθεροποιηθούν, τουλάχιστον 1 φορά το μήνα. Μια πιο ακριβής επανεκτίμηση μπορεί να είναι χρήσιμη κάθε 3 μήνες ώστε να εξεταστεί τι έχει επιτευχθεί και να τεθούν νέοι στόχοι. Τα τυχαία τεστ ούρων μπορούν να είναι βοηθητικά, π. χ. τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο. Τα συνυπάρχοντα σωματικά, κοινωνικά, ψυχιατρικά και νομικά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατό περισσότερο.

Αν, για οποιοδήποτε λόγο, οι ασθενείς χάσουν δόσεις μεθαδόνης, πρέπει να γίνει επανεκτίμηση της τοξίκωσης και των στερητικών πριν ξεκινήσει ξανά η χορήγηση της μεθαδόνης. Αν ο ασθενής δεν πήρε μεθαδόνη για 3 ημέρες, ίσως είναι κατάλληλη η μείωση της δόσης μιας και η ανοχή του ίσως έχει μειωθεί. Σε περιπτώσεις που ασθενής απέχει για 5 ημέρες και πάνω μια πλήρης εκτίμηση απαιτείται πριν ξεκινήσει ξανά η χορήγηση μεθαδόνης. (Humeniuk et al,2000,Preston,1996, Ward et al, 1998).

1.7.8.ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ.

Η αποτοξίνωση από συντήρηση με μεθαδόνη εισάγει στερητικό σύνδρομο. Λόγω της σχετικά αργής εξάλειψης της ημιζωής της μεθαδόνης και λόγω του ότι συσσωρεύεται η μεθαδόνη στον ιστό του σώματος κατά τη διάρκεια της συντήρησης, το στερητικό σύνδρομο από την ουσία αυτή είναι μεγαλύτερης διάρκειας από αυτό των βραχείας δράσης οπιοειδών όπως η ηρωίνη και η μορφίνη. Ωστόσο, λέγεται επίσης ότι το στερητικό σύνδρομο από τη μεθαδόνη είναι λιγότερο έντονο. Προκειμένου να αποφευχθεί ή να μειωθεί το άγχος του πελάτη είναι ζωτικής σημασίας το να δοθούν ξεκάθαρες και ακριβείς πληροφορίες για το τι πρόκειται να συμβεί. Τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι όσο πιο αργός είναι ο ρυθμός μείωσης των δόσεων, τόσο το καλύτερο.

Παρόλα αυτά, όπως όλες οι άλλες αποφάσεις που αφορούν το θεραπευτικό πλάνο, έτσι και αυτό μπορεί καλύτερα να τεθεί ατομικά, σε συμβουλευτική με τον πελάτη. Μια εκδοχή είναι η μείωση των δόσεων να γίνεται "τυφλά" μιας και κάποιοι άνθρωποι προτιμούν να μη ξέρουν λεπτομέρειες για αυτή τη διαδικασία προκειμένου να αποφύγουν το άγχος ή τις επιδράσεις της προσδοκίας. Η υποστηρικτική συμβουλευτική επίσης θεωρείται σημαντικό τμήμα της εξόδου από τη συντήρηση με μεθαδόνη και θα πρέπει να συνεχίζεται αφού οι ασθενείς έχουν τελειώσει τη διαδικασία μείωσης, λόγω του συνδρόμου μετα-μεθαδόνης. Αυτό το σύνδρομο συνδέεται με ελαφρά συμπτώματα μιας παρατεινόμενης φάσης στερητικών φαινομένων επίσης όμως συνδέεται και με ζητήματα που σχετίζονται με τη μετάβαση σε μια ζωή ελεύθερη από οπιοειδή.

Η ανάπτυξη μεταθεραπευτικών υπηρεσιών σε κάποιες περιοχές είναι μια απάντηση σε αυτά τα προβλήματα και περιλαμβάνει ένα μείγμα εκπαίδευσης, εξάσκησης δεξιοτήτων και στοιχείων δανεισμένων από ομάδες αυτοβοήθειας όπως είναι οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς (Ward et al, 1998).

Η διαδικασία της αποτοξίνωσης δεν έχει λάβει την απαραίτητη προσοχή που χρειάζεται στην ανάπτυξη μεθόδων και υπάρχει μια ξεκάθαρη ανάγκη για περισσότερη διερεύνηση αυτού του συγκεκριμένου τμήματος της θεραπείας. (Ward et al, 1998).

1.7.9.ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΛΑΙΣΙΑ.

Παγκόσμια, η πλειονότητα των ατόμων στα οποία συνταγογραφείται η μεθαδόνη είναι άνδρες 25 έως 40 ετών. Αφού δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα με τις ίδιες ανάγκες, υπάρχουν ομάδες με ειδικές ανάγκες. Σ' αυτό το τμήμα

συζητούνται οι ακόλουθες ομάδες:(Annette Verster and Ernst Buning, Euro Methword, 2000).

- Εγκυμονούσες γυναίκες.
- Νεογέννητα.
- Χρήστες οπιοειδών με μικρά παιδιά.
- Νεαρός πληθυσμός.
- Άτομα με HIV.
- Άτομα με ηπατίτιδες.
- Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Χρήστες πολλαπλών ουσιών.
- Μειονοτικές εθνικές ομάδες.

1.7.10.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΟΠΙΟΥΧΩΝ.

Οφέλη

- Πολλές διαχρονικές μελέτες, οι οποίες εξετάζουν τις αλλαγές στις επικίνδυνες συμπεριφορές για τον ιό HIV σε ασθενείς που είναι σε θεραπεία, έχουν δείξει ότι η μεγαλύτερη παραμονή στη θεραπεία, όπως και η ολοκλήρωση αυτής, συνδέονται με τη μείωση των επικίνδυνων συμπεριφορών για τον ιό HIV που σχετίζονται με τη λήψη ναρκωτικών ή με την αύξηση των συμπεριφορών προστασίας. Οι ΧΕΝ που δεν ξεκινούν θεραπεία είναι μέχρι και έξι φορές πιθανότερο να μολυνθούν από τον ιό HIV απ' ό,τι οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, οι οποίοι εισάγονται και παραμένουν στην θεραπεία.
- Η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα οπιούχων έχει βρεθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική για την παραμονή στη θεραπεία και τη μείωση της χρήσης ηρωίνης, απ' ό,τι τα εικονικά φάρμακα και η αποτοξίνωση.
- Το ποσοστό θανάτων σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιούχα στη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, ανέρχεται στο ένα τρίτο με ένα τέταρτο του ποσοστού αυτών που δεν κάνουν θεραπεία.
- Υπάρχουν λιγότερες επιπλοκές για τις έγκυες γυναίκες, που βρίσκονται σε θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα, και για τα αγέννητα παιδιά τους, σε σύγκριση με εκείνες που δεν κάνουν θεραπεία.
- Η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα συνδέεται επίσης με υψηλότερα νόμιμα ετήσια έσοδα. Μερικές μελέτες έχουν δείξει βελτιωμένα επίπεδα εργασιακής απασχόλησης και άλλες ενδείξεις κοινωνικής λειτουργίας που

σχετίζονται με τη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, τα στοιχεία όμως για τα ζητήματα αυτά είναι περιορισμένα. Η αξιολόγηση των επιδράσεων σε κοινωνικό επίπεδο από τη θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα δυσχεραίνεται από την επιρροή άλλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού κλίματος στο οποίο διενεργούνται οι μελέτες, και των συνθηκών που βρίσκονταν οι ασθενείς πριν τη θεραπεία.

- Αρκετές μελέτες καταγράφουν πολύ υψηλά επίπεδα εγκληματικών δραστηριοτήτων από τους χρήστες ναρκωτικών πριν αυτοί ξεκινήσουν τη θεραπεία, με τα επίπεδα αυτά να μειώνονται κατά το ήμισυ περίπου ένα χρόνο μετά τη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη. Τα οφέλη είναι σημαντικότερα κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά τη θεραπεία, ωστόσο όμως οι σημαντικές βελτιώσεις παραμένουν για αρκετά χρόνια μετά τη θεραπεία. Οι μεγαλύτερες μειώσεις σημειώνονται στην εγκληματική συμπεριφορά που σχετίζεται με τα ναρκωτικά.

Κίνδυνοι.

- Ο πιο σημαντικός κίνδυνος της μεθαδόνης και των άλλων αγωνιστών οπιούχων είναι η υπερβολική δόση, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία. Αποτελέσματα ερευνών φανερώνουν ότι ο υψηλότερος κίνδυνος υπερβολικής δόσης εμφανίζεται κατά τη διάρκεια έναρξης της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη. Ως εκ τούτου, συνιστώνται χαμηλές δόσεις κατά την έναρξη της θεραπείας. Ωστόσο, μόλις επιτευχθεί μία σταθερή δόση (περίπου δύο εβδομάδες μετά) ο κίνδυνος θανάτου από υπερβολική δόση μειώνεται αισθητά σε σύγκριση με τον κίνδυνο πριν τη θεραπεία.
- Υπάρχει ο κίνδυνος στροφής προς παράνομα κανάλια διάθεσης φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης, καθώς και άλλων ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών υπό το διεθνή έλεγχο. Η αποτελεσματική εφαρμογή εθνικών και διεθνών διαδικασιών ελέγχου των ναρκωτικών, καθώς και άλλων μηχανισμών, όπως για παράδειγμα η επιβλεπόμενη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμβάλει στην ελαχιστοποίηση των εν λόγω κινδύνων. (Εγγραφο θέσης, Παγκόσμιος οργανισμός υγείας γραφείο των ηνωμένων εθνών για τα ναρκωτικά και το έγκλημα UNAIDS, 2006, 14).

Παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της θεραπείας.

1. Είναι ξεκάθαρο από τα αποτελέσματα ερευνών ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρησης με υποκατάστατα οπιούχων εξαρτάται από την έγκαιρη εισαγωγή στη θεραπεία, την επαρκή δοσολογία φαρμάκων, τη διάρκεια και συνέχιση της θεραπείας, και τις συνοδευτικές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες. Στα προγράμματα που γίνεται χρήση μεγαλύτερων δόσεων μεθαδόνης, η πλειοψηφία των ασθενών παραμένουν στη θεραπεία για τουλάχιστον 12 μήνες. Έρευνες δείχνουν ότι οι υψηλότερες δόσεις βουπρενορφίνης και ΙΑΑΜ είναι επίσης πιο αποτελεσματικές από τις χαμηλότερες δόσεις. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό η επιλεγμένη δόση να βασίζεται σε μεμονωμένη αξιολόγηση του ασθενή. Η επικοινωνιακή (μη σωφρονιστική) κλινική προσέγγιση στα προβλήματα των ασθενών βελτιώνει τα αποτελέσματα παραμονής και θεραπείας.

2. Η θεραπεία υποκατάστασης οπιούχων σχετίζεται από μόνη της με μείωση της χρήσης παράνομων οπιούχων. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η προσθήκη ψυχοκοινωνικής θεραπείας συμβάλλει στη συνολική αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων θεραπείας υποκατάστασης. Αποτελέσματα ερευνών φανερώνουν ότι η παροχή συμβουλών είναι σημαντική για αυτούς που τη χρειάζονται, αλλά μπορεί να είναι και αντιπαραγωγική αν επιβληθεί. (Εγγραφο θέσης, Παγκόσμιος οργανισμός υγείας γραφείο των ηνωμένων εθνών για τα ναρκωτικά και το έγκλημα UNAIDS,2006,14).

1.7.11. ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.

Οι υπηρεσίες θεραπείας με μεθαδόνη οργανώνονται με ποικίλους τρόπους σε όλη την Ευρώπη. Μερικές φορές οι τοπικές νομοθεσίες επιτρέπουν μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα να συνταγογραφούν μεθαδόνη, ενώ σε άλλα μέρη εμπλέκονται γενικοί γιατροί και κοινοτικά φαρμακεία. Μια διαμάχη είναι αν η θεραπεία μεθαδόνης θεωρείται εξειδικευμένη θεραπεία ή μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό εξαρτάται από την τοπική νομοθεσία και από τον τρόπο που η φροντίδα υγείας οργανώνεται στη δεδομένη περιοχή. Μια άλλη διαμάχη σχετίζεται με το αν η θεραπεία με μεθαδόνη βασίζεται στη συνταγογράφηση ή στη χορήγηση.

Όταν αναπτύσσεται ένα θεραπευτικό σύστημα σε οποιαδήποτε χώρα, θα πρέπει να σχεδιάζεται ως αναπόσπαστο τμήμα των συνολικών πόρων της κοινότητας για την αντιμετώπιση κοινοτικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας. Πρέπει να είναι βασισμένο στον πληθυσμό (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1998).

Αυτό το κεφάλαιο ασχολείται με τα ζωτικά στοιχεία στην οργάνωση της καλύτερης πρακτικής της θεραπείας με μεθαδόνη. Τα στοιχεία που συζητούνται περιλαμβάνουν τις απαιτήσεις προσωπικού, το ρόλο των άλλων υπηρεσιών και το φυσικό πλαίσιο των προγραμμάτων.

Απαιτήσεις προσωπικού.

Υπάρχει μια αξιοσημείωτη ποικιλία ανάμεσα στις χώρες ως προς το ποιος μπορεί να συνταγογραφεί σκευάσματα μεθαδόνης για τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων. Παρόλα αυτά, πάντα περιλαμβάνεται ένας γιατρός, και αν είναι δυνατόν, ειδικός, γενικός γιατρός ή ψυχίατρος.

Εκπαίδευση.

Είναι αυτονόητο ότι ένας γιατρός, για να είναι κλινικά αποτελεσματικός, πρέπει να γνωρίζει καλά τα ειδικά θέματα σχετικά με την εξάρτηση από τα οπιούχα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι σημαντικά προκειμένου ο γιατρός να μπορεί να

εφαρμόζει καλά την κλινική πρακτική. Το εάν αυτά τα εκπαιδευτικά προγράμματα οργανώνονται ως τμήμα της γενικής εκπαίδευσης των ιατρών ή αφορούν αποκλειστικά αυτούς που αρχίζουν να ασχολούνται με το πεδίο των εξαρτήσεων, παραμένει ανοικτό και εξαρτάται από τις κατά τόπους συνθήκες. Προφανώς, η καλύτερη πρακτική θα ήταν ο συνδυασμός των παραπάνω.

Οι ιατρικές σχολές θα πρέπει να συμπεριλάβουν τις εξαρτήσεις και τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις στο εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα. Εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να είναι στη διάθεση των γιατρών που πρόκειται να εργαστούν στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων και της θεραπείας με μεθαδόνη. Οι εκπαιδευτικές δυνατότητες είναι εξίσου σημαντικές για όλους τους άλλους εργαζόμενους που εμπλέκονται στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Το περιεχόμενο αυτών των μαθημάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει τις φαρμακολογικές, τοξικολογικές, κλινικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της οπιοεξάρτησης. (Annete Verster and Ernest Buning, Euro Methwork 2000, OKANA)

Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτές εργάζονται με χρήστες ουσιών σε διαφορετικά πλαίσια, όπως σε νοσοκομεία και σε κέντρα θεραπείας της εξάρτησης. Ο ρόλος τους μπορεί να ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Οι δεξιότητες και οι τεχνικές εκτείνονται από την εισαγωγική εκτίμηση των χρηστών, τη συμβουλευτική, την εκπαίδευση υγείας και την προς τα έξω μεταφορά θεραπευτικών διαδικασιών, όπως η διανομή φαρμάκου. Κάποιοι εμπλέκονται στην περιποίηση τραυμάτων και στον καθαρισμό αποστημάτων. Στα περισσότερα προγράμματα, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο της συμμόρφωσης στη φαρμακοθεραπεία και συντονίζουν τη διαχείριση του περιστατικού. Σε κάποια προγράμματα οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την τελική ευθύνη για τη νοσηλεία (Loth, 1998). Όταν συνταγογραφείται κατ' οίκον θεραπεία, είναι σημαντικό να ειπωθεί στον ασθενή ότι η μεθαδόνη και άλλα συνταγογραφούμενα ναρκωτικά θα πρέπει να φυλάσσονται μακριά από την εμβέλεια των παιδιών. (Annete Verster and Ernest Buning, Euro Methwork 2000, OKANA)

Ο ρόλος του λειτουργού / συμβούλου σε θέματα ναρκωτικών- drug worker.

Οι σύμβουλοι σε θέματα ναρκωτικών- drug worker μπορεί να προέρχονται από ποικιλία επαγγελματικού υπόβαθρου, όπως νοσηλευτική, εκπαίδευση, κοινωνικά επαγγέλματα και νομικό σύστημα. Η επαγγελματική τους λειτουργία μπορεί να θεωρηθεί ως το μείζον κομμάτι της πλήρους ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που απαιτούνται για περιεκτική θεραπεία. Μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη, να δώσουν πληροφόρηση και βασική συμβουλευτική και μπορούν να δράσουν ως θεραπευτικοί υπεύθυνοι – key workers. Συχνά εμπλέκονται με άλλους τύπους υπηρεσιών για ναρκωτικά, όπως στη δουλειά εκτός δομών ή δουλειά στο δρόμο, σε προγράμματα ανταλλαγής συριγγών και σε υπηρεσίες διαμονής.

Η κύρια λειτουργία του συμβούλου σε θέματα ναρκωτικών –drug worker είναι να προσφέρει συμβουλευτική στο χρήστη για να αντιμετωπίζει τις οικογενειακές και προσωπικές του σχέσεις, τη φροντίδα των παιδιών, τη στέγαση, την υποστήριξη εισοδήματος και τα ποινικά νομικά ζητήματα. Η επαγγελματική επάρκεια και η κλινική αποτελεσματικότητα είναι άμεσα συνδεδεμένες με την εκπαίδευση, την επαρκή εποπτεία, την πιστοποίηση και τις προσωπικές δεξιότητες. (Annete Verster and Ernest Buning, Euro Methwork 2000, OKANA)

Ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου.

Στις περισσότερες χώρες οι ψυχολογικές τεχνικές αποτελούν το κεντρικό κομμάτι μιας καλής κλινικής πρακτικής της ουσιοεξάρτησης και είναι σημαντικές στη συμπλήρωση της φαρμακοθεραπείας. Η κλινική ψυχολογία προμηθεύει μοντέλα για την ουσιοεξάρτηση, συνδυάζοντας κοινωνικές και νευροβιολογικές θεωρίες. Για παράδειγμα, οι κινητοποιητικές τεχνικές μπορούν να είναι σημαντικές στη διαδικασία της εισαγωγικής εκτίμησης, εμπλέκοντας τους χρήστες στη θεραπεία, όπως και στην πρόληψη της υποτροπής στη φάση της αποτοξίνωσης. Ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχικά προβλήματα μπορούν να ωφεληθούν από ειδικές θεραπείες, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Σε μερικές χώρες (Ολλανδία, ΗΠΑ, Ιταλία) έχουν χρησιμοποιηθεί κινητές μονάδες, όταν ήταν αδύνατον να στηθούν σταθερές και μόνιμες δομές. Οι κινητές μονάδες έχουν το επιπρόσθετο πλεονέκτημα να μπορούν να προσεγγίζουν περισσότερες περιοχές σε μια επικράτεια. (Annete Verster and Ernest Buning, Euro Methwork 2000, OKANA)

Χρηματοδότηση.

Στο κεφάλαιο δυο, περιγράψαμε μελέτες που υπολογίζουν το κόστος της θεραπείας με μεθαδόνη στις ΗΠΑ και στη Μεγάλη Βρετανία. Και οι δυο μελέτες συμπεραίνουν ότι η θεραπεία με μεθαδόνη είναι συμφέρουσα και ότι η θεραπεία των εξαρτημένων από ναρκωτικά με τη βοήθεια της μεθαδόνης είναι φθηνότερη από το να εγκαταλείπεις αυτήν την ομάδα πληθυσμού αθεράπευτη στους δρόμους.

Η νέα Στρατηγική για τα Ναρκωτικά της Ε.Ε. (2000-2004) δίνει έμφαση στη διαπίστωση ότι η επιτυχής υλοποίηση των δραστηριοτήτων στον τομέα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά έχει ανάγκη από ανάλογους πόρους (Συμβούλιο Ε.Ε., 1999).

Η πηγή χρηματοδότησης του κόστους της θεραπείας με μεθαδόνη ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Πολλές χώρες διαθέτουν δωρεάν μεθαδόνη σε οποιονδήποτε υποβάλλεται σε θεραπεία απεξάρτησης ναρκωτικών. Ένα ποσοστό της χρηματοδότησης μπορεί να προέλθει από ασφαλιστικά ταμεία υγείας ενώ άλλο ποσοστό απευθείας από το κράτος. Σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς μπορεί να πληρώνουν οι ίδιοι. Η χρηματοδότηση της θεραπείας με μεθαδόνη εξαρτάται από το γενικό σύστημα χρηματοδοτήσεων της υγείας σε μια δεδομένη περιοχή.

Ένα ενδιαφέρον σύστημα χρηματοδότησης εφαρμόστηκε στο Liverpool. Αυτό το "πλαίσιο χρηματοδότησης βάσει έκβασης" είναι μια ομαδική επένδυση με πλάνο ολοκλήρωσης, όπου πολλές δημόσιες υπηρεσίες όπως το Δημοτικό Συμβούλιο, οι κοινωνικές υπηρεσίες, η υπηρεσία αναστολών και η αστυνομία, συνεργάζονται. Αυτοί οι επενδυτές ανέπτυξαν και δοκίμασαν ένα ευρύ σύστημα προσέγγισης σε ένα ολοκληρωμένο πλάνο κοινωνικών παροχών και χρηματοδότησης (Dowls, 2000).

Οικονομική αποδοτικότητα.

Η θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα είναι αποτελεσματική στη μείωση της παράνομης χρήσης οπιούχων και τις συνδεδεμένες με αυτή κοινωνικές ζημιές, αλλά και τις βλαβερές συνέπειες για την υγεία. Η θεραπεία είναι πολύ πιο οικονομική απ' ό,τι οι εναλλακτικές της, όπως η μη θεραπεία των ατόμων που εξαρτώνται από τα οπιούχα ή η φυλάκιση τους.

Σύμφωνα με αρκετές συντηρητικές εκτιμήσεις, κάθε δολάριο που επενδύεται στα προγράμματα απεξάρτησης από τα οπιούχα, μπορεί να αποδώσει από \$4 μέχρι \$7, μόνο όσον αφορά τη μείωση των εγκλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, τις δαπάνες της ποινικής δικαιοσύνης και την κλοπή. Αν συμπεριληφθούν και αποταμιεύσεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, οι συνολικές αποταμιεύσεις μπορούν να ξεπεράσουν τις δαπάνες κατ' αναλογία 12:1.

Υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις ότι η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα είναι μία οικονομικά αποδοτική θεραπεία, καθότι βάσει μετρήσεων της οικονομικής αποδοτικότητας, αυτή υπερισχύει έναντι άλλων υγειονομικών παρεμβάσεων, όπως είναι η ιατρική θεραπεία για βαριά υπέρταση ή για τον ιό HIV. (Εγγραφο θέσης, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα UNAIDS, 2006) .

ΜΕΡΟΣ 2.**Οι Υπεύθυνοι Φορείς αντιμετώπισης του προβλήματος των
Ναρκωτικών και απεξάρτησης των τοξικομανών.
Τα Προγράμματα Μεθαδόνης στην Ελλάδα.****2.1 ΚΡΑΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ.****2.1.1. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ.**

Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι ο αρμόδιος πολιτειακός φορέας για να χειρίζεται το θέμα <<ναρκωτικά>>(νόμος 1729/1987). Σε υπηρεσιακό επίπεδο η υπόθεση έχει ανατεθεί στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υφυπουργείου Υγείας.

Μέχρι το Δεκέμβριο του 1993, το Υπουργείο Υγείας δεν είχε εθνική πολιτική για την ένταξη/ επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

**2.1.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ
ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ).**

Η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών και Αλκοολικών ιδρύθηκε το 1987. Προϋπήρχε ως Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών από το 1970.

Το προσωπικό της θεωρεί πως <<απεξαρτημένα είναι τα άτομα εκείνα τα οποία έχουν ολοκληρώσει ή βρίσκονται σε διαδικασία ολοκλήρωσης προγράμματος απεξάρτησης, εργάζονται και κερδίζουν τη ζωή τους, ζουν ανεξάρτητα από το πατρικό σπίτι, έχουν δημιουργήσει το δικό τους κοινωνικό κύκλο, έχουν κάποιες "σταθερές" στη ζωή τους και δεν κάνουν χρήση ουσιών>>.

Το πρόγραμμα διαρκεί συνολικά ένα (1) έτος και το έχουν ολοκληρώσει περίπου διακόσια (200) άτομα (ΜΑΤΑ/ΨΝΑ):

ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ 2003-2007					
Α. ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ 18 ΑΝΩ					
	2003	2004	2005	2006	2007
Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	59	59	59	59	59
Εισαγωγές	158	177	185	164	160
Νοσηλευθέντες	216	225	230	201	196
Ημέρες Νοσηλείας	15.868	18.671	15969	14.868	14.215
ΤΜΗΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ 18 ΑΝΩ					
	2003	2004	2005	2006	2007
Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	37	67	104	134	134
Εισαγωγές	28	57	114	141	157
Νοσηλευθέντες	86	131	248	295	345
Ημέρες Νοσηλείας	11.672	16.495	27.032	28.781	32.825

Η εμπειρία της ΜΑΤΑ/ΨΝΑ αποδεικνύει ότι η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να έχει θετικά και σίγουρα αποτελέσματα υπό τον όρο ότι θα δοθεί έμφαση στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, ως αναπόσπαστου κομματιού της όλης θεραπευτικής διαδικασίας. Έτσι η ΜΑΤΑ/ ΨΝΑ από το 1992 επικεντρώνει τις προσπάθειες της όχι μόνο στην ψυχική απεξάρτηση, αλλά και στην κοινωνική, οικονομική ένταξη/ επανένταξη των μελών που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα της.

Μερικές από τις πιο σημαντικές δραστηριότητες της παραπάνω μονάδες στον τομέα της κοινωνικής ένταξης/ επανένταξης είναι:

1. Ομάδες ανώνυμων απεξαρτημένων.
2. Ομάδες ψυχοθεραπείας.
3. Ομάδες δραματοθεραπείας.
4. Ανέβασμα θεατρικών παραστάσεων.
5. Σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης.
6. Διοργάνωση πολιτιστικών εκδηλώσεων.
7. Διοργάνωση εικαστικών εκθέσεων με έργα τέχνης των απεξαρτημένων.
8. Επισκέψεις σε χώρους ιστορικής μνήμης και πολιτιστικής έκφρασης.

2.1.3. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ.

Το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, μέσω του Προγράμματος POVERTY3 της Γενικής Διεύθυνσης V/E/2 της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, εποπτεύει την πορεία του προγράμματος κοινωνικής και οικονομικής επανένταξης απεξαρτημένων ατόμων(<<Θησέας>>).

Μια από τις δεσμεύσεις που είχε αναλάβει το 1989 το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας απέναντι στην Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ήταν και η εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την κοινοτικής, έτσι ώστε να διευκολυνθεί το πρόγραμμα <<Θησέας>> να λειτουργήσει σύμφωνα με τις προδιαγραφές που είχε ορίσει η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Μέχρι το Νοέμβριο του 1993, οι πολιτικές ηγεσίες του υπουργείου δεν προχώρησαν στην εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την κοινοτική και άφησαν το πρόγραμμα <<Θησέας>>, όπως και όλα τα άλλα ελληνικά προγράμματα του δικτύου POVERTY3, χωρίς νομική υπόσταση. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.1.4. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ [ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (ΟΑΕΔ)].

Ο ΟΑΕΔ από το 1990 καταρτίζει προγράμματα επιχορήγησης εργοδοτών για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για τα απεξαρτημένα άτομα(106938/16.5.90 έγγραφο του ΟΑΕΔ). Στα προγράμματα αυτά οι θέσεις που αποφασίστηκε να επιχορηγηθούν, οι θέσεις που καλύφθηκαν και η ημερήσια αποζημίωση του κάθε εργοδότη είναι(ΟΑΕΔ 1993).

ΕΤΟΣ	ΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΗΚΕ ΝΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ	ΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΛΥΦΘΗΚΑΝ	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**
1990	35	*	2.300
1991	60	*	2.300
1992	80	*	2.600
1993	80	*	2.900
Σύνολο	255	40	

- *Ο ΟΑΕΔ δεν έδωσε αναλυτικά στοιχεία ανά έτος.
- **Δραχμές.

Η κάλυψη μόνο σαράντα(40) θέσεων εργασίας από τις διακόσιες πενήντα πενήντα (255) που έχει αποφασίσει ο ΟΑΕΔ να επιχορηγήσει πρέπει να συσχετιστεί με τους παρακάτω παράγοντες:

- Τα απεξερτημένα άτομα, όταν αναζητούν εργασία, δε δηλώνουν το παρελθόν τους, επειδή φοβούνται ότι δε θα τους προσλάβουν.
- Οι εργοδότες δε γνωρίζουν την απόφαση του ΟΑΕΔ με βάση την οποία επιχορηγούνται για την πρόσληψη απεξαρτημένων.
- Πολλοί εργοδότες, όταν προσλάβουν απεξαρτημένο άτομο στην επιχείρησή τους, προτιμούν να μην επιχορηγηθούν, παρά να εμπλακούν με τις γραφειοκρατικές διαδικασίες του ΟΑΕΔ.

Επίσης, ο ΟΑΕΔ από το 1991 συμμετέχει στη διοίκηση του προγράμματος <<Θησέας>>, και μέσω του προγράμματος αυτού προσφέρει στους απεξαρτημένους προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού και τους διευκολύνει σε θέματα επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης(<<Θησέας>>, 1993).

2.2 ΜΗ ΚΡΑΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ.

2.2.1.ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕΘΕΑ).

Το ΚΕΘΕΑ ιδρύθηκε το 1987 και λειτουργεί ως αυτοδιοικούμενο και αυτοδιαχειριζόμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (νόμος 1729/1987, άρθρο 1, παρ.5). Από το 1983 μέχρι και το 1987 προϋπήρχε και λειτουργούσε πειραματικά ως <<Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένα από Φαρμακευτικές Ουσίες Άτομα>>, του Υπουργείου Υγείας. Εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 3.000 άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, χάρη σε ένα δίκτυο περισσότερων από 90 μονάδων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας.

Οι δραστηριότητές του αφορούν επίσης τους τομείς πρωτογενούς πρόληψης, εκπαίδευσης και έρευνας. Είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του ΟΗΕ (ECOSOC) σε θέματα ναρκωτικών, και ένας από τους βασικούς φορείς εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ουσίες.

Σκοπός του ΚΕΘΕΑ είναι η θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων.

Το ΚΕΘΕΑ δραστηριοποιείται σε πόλεις και σωφρονιστικά καταστήματα όλης της χώρας, ενώ οργανώνει και παρεμβάσεις στο δρόμο, εκεί όπου μπορεί να συναντήσει κανείς χρήστες αποκομμένους από κάθε μορφή βοήθειας.

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ παρέχονται δωρεάν και δεν έχουν λίστες αναμονής. Οι βασικές υπηρεσίες που προσφέρονται είναι συμβουλευτική υποστήριξη στους χρήστες ουσιών και στις οικογένειές τους, έγκαιρη παρέμβαση, θεραπεία απεξάρτησης, εκπαίδευση και κατάρτιση, ενσωμάτωση στην κοινωνία και στον κόσμο της εργασίας.

Με την πάροδο των ετών και αφουγκραζόμενο τις νέες ανάγκες, το ΚΕΘΕΑ επέκτεινε τις παρεμβάσεις τους σε νέες ομάδες χρηστών. Σήμερα εξυπηρετεί έφηβους και ενήλικους χρήστες ουσιών που βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια εμπλοκής με τις ουσίες, εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, εργαζόμενους χρήστες, φυλακισμένους και αποφυλακισμένους, μετανάστες και παλιννοστούντες, εξαρτημένους από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια και, πιο πρόσφατα, εφήβους και οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από το Διαδίκτυο.

Διαθέτει τα παρακάτω προγράμματα/ μονάδες:

- Έξι(6) θεραπευτικές κοινότητες(Ιθάκη, Στροφή, Παρέμβαση, Έξοδος, Διάβαση, Σαλαμίνα) δυναμικότητας τετρακοσίων πενήντα (450) θέσεων. Από αυτές αποφοιτούν κάθε χρόνο περίπου εκατόν πενήντα (150) μέλη.
- Κέντρα ενημέρωσης.
- Κινητή μονάδα ενημέρωσης (Πήγασος).
- Προγράμματα φυλακών.
- Κέντρα κοινωνικής επανένταξης.
- Προγράμματα οικογένειας.
- Προγράμματα ειδικής εκπαίδευσης θεραπευτών και κοινωνιοθεραπευτών.
- Προγράμματα ενημέρωσης της κοινής γνώμης.

Τα κέντρα του ΚΕΘΕΑ λειτουργούν με τους εξής στόχους:

- Να στηρίζουν τα μέλη τους στο να βρουν ισορροπία με τον εαυτό τους και τους άλλους ανθρώπους γύρω τους.
- Να τροφοδοτούν τα μέλη τους με θετικά ερεθίσματα για τη ζωή και ενισχύουν ότι αφορά την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση τους.

Η κοινωνική επανένταξη δε λειτουργεί με στόχο να προστατεύσει τα μέλη που έχουν βγει από τις θεραπευτικές κοινότητες, αλλά έχει στόχο να τους παρέχει στήριξη, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν κατά τη μετάβαση τους από το κλειστό και προστατευμένο σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας, στην αυτοδύναμη παρουσία τους (Κουκού Ιωάννα 1991).

Τα τελευταία χρόνια το ΚΕΘΕΑ διευρύνει τις δραστηριότητες του, πραγματοποιώντας εκδηλώσεις και παρεμβάσεις με κοινωνικό, οικολογικό και πολιτιστικό χαρακτήρα. Η διαρκής επαφή του φορέα με την ευρύτερη κοινωνία έχει στόχο να συντελέσει στην εξάλειψη της άγνοιας και επιφύλαξης με την οποία αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών(Τομέας Ενημέρωσης ΚΕΘΕΑ, 1992).

Ιδιαίτερο βάρος δίνει στην ανάπτυξη προγραμμάτων οικογενειακής θεραπείας, διότι πιστεύει πως υπάρχει αβεβαιότητα ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας, άρα και της επανένταξης, όταν το απεξαρτημένο άτομο επιστρέφει στο ίδιο παθογόνο περιβάλλον από το οποίο προήλθε. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ <<ΘΗΣΕΑΣ>>.

Ο <<Θησέας >> είναι εξειδικευμένο πρόγραμμα κοινωνικής οικονομικής επανένταξης απεξαρτημένων ατόμων. Ιδρύθηκε και χρηματοδοτείται από Καλλιθέας. Λειτουργεί από την άνοιξη του 1990. Εντάσσεται στις νεωτεριστικές πρωτοβουλίες του προγράμματος POVERTY 3 της Γενικής Διεύθυνσης V/E/2 της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Στόχος του προγράμματος δεν είναι μόνο η ένταξη/ επανένταξη μερικών απεξαρτημένων ατόμων αλλά και η παρέμβαση σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με το πρόβλημα της επανένταξης, η δημιουργία δικτύου υποστήριξης των απεξαρτημένων, καθώς και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

Οι σημαντικότερες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και δραστηριότητες του προγράμματος είναι:

- Ομάδες αυτοβοήθειας και κοινωνικών δραστηριοτήτων.
- Ομάδες πρόληψης υποτροπής.
- Ομάδες δραματοθεραπείας.
- Σεμινάρια επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.
- Υγειονομική κάλυψη.
- Νομική υποστήριξη.
- Πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες.
- Προγράμματα εκμάθησης ιστιοπλοΐας ανοιχτής θάλασσας.
- Στέκι μελών και φίλων, το οποίο αυτοδιαχειρίζονται απεξαρτημένα άτομα.

Το πρόγραμμα <<Θησέας>> έχει δημιουργήσει ένα σημαντικό δίκτυο αλληλεγγύης από φορείς που προσφέρουν συγκεκριμένο έργο για τα απεξαρτημένα άτομα.

Στη Διοικούσα Επιτροπή του προγράμματος συμμετέχουν οι παρακάτω φορείς:

1. Δήμος Καλλιθέας.
2. Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάταξης.
3. Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού.
4. Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Αθήνας.
5. Ένωση Συλλόγων Γονέων Μαθητών Καλλιθέας.

Το πρόγραμμα <<Θησέας>> διοργάνωσε τον Οκτώβριο του 1991 διεθνές συνέδριο με θέμα <<Επανάταξη απεξαρτημένων ατόμων: κοινωνικές, οικονομικές και νομικές διαστάσεις του προβλήματος >>. Το συνέδριο αυτό αποτέλεσε την πρώτη μεγάλη ευκαιρία για να συζητηθούν δημόσια στην ελληνική κοινωνία τα προβλήματα της ένταξης/ επανένταξης των απεξαρτημένων ατόμων. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.3 ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ(ΣΚΕ).

Ο ΣΚΕ είναι ο κοινωνικός φορέας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα απεξάρτησης. Ιδρύθηκε τον Ιούλιο του 1991 από άτομα που είχαν ολοκληρώσει το πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης Τοξικομανών και Αλκοολικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Είναι και ο πρώτος και ο μοναδικός φορέας των απεξαρτημένων ατόμων στην Ελλάδα και έχει περίπου εβδομήντα (70) μέλη.

Σκοπός του είναι να συμβάλει στην ομαλή κοινωνική ένταξη/ επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων.

Η άρση του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί για το ΣΚΕ στόχο πρώτης προτεραιότητας και προς αυτή την κατεύθυνση ενεργοποιεί τα μέλη του.

Ο ΣΚΕ συμμετέχει από το 1992 στη διοίκηση του προγράμματος <<Θησέας>>.

(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.4 ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ (ΣΑΤ).

Ο ΣΑΤ ιδρύθηκε το Μάιο του 1985 στην Αθήνα από γονείς εξαρτημένων ατόμων. Στη δύναμη του αριθμεί περίπου τριακόσια(300) άτομα, τα οποία είναι μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος- γονείς, σύζυγοι, αδέρφια- εξαρτημένων και απεξαρτημένων ατόμων.

Σκοπός του είναι η συμβουλή στην απεξάρτηση των εξαρτημένων και η ένταξη/επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων. Στην κατεύθυνση αυτή προσπαθεί να στηρίξει και να ενδυναμώσει το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον των εξαρτημένων και των απεξαρτημένων ατόμων.

Συνεργάζεται με την Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών και Αλκοολικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Στο ΣΑΤ λειτουργούν:

- Ομάδες αυτοβοήθειας, υποστήριξης, ενημέρωσης και συμβουλευτικής.
- Το τηλέφωνο ΦΙΛΟΣ- τηλεφωνική γραμμή η οποία παρέχει ενημέρωση και δίνει συμβουλές .

Ο ΣΑΤ έχει αναλάβει κατά καιρούς πρωτοβουλίες για επεξεργασία προτάσεων, υπομνήματα προς τη Βουλή των Ελλήνων, συνεντεύξεις τύπου για την νομοθετική ρύθμιση ζητημάτων σχετικών με την ένταξη επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων.

(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.5 ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ.

Υπάρχουν έξι(6) σύλλογοι οικογένειας του ΚΕΘΕΑ οι οποίοι αντιστοιχούν στις έξι (6) θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ.

Ξεκίνησαν τον Αύγουστο του 1983 και έχουν στη δύναμη τους περισσότερα από χίλια (1000) άτομα-μέλη οικογενειών εξαρτημένων και απεξαρτημένων ατόμων.

Σκοπός τους είναι η στήριξη και η ενίσχυση των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ.

Μερικές από τις μορφές δράσης των συλλόγων οικογένειας είναι:

- ο Ομάδες αυτοβοήθειας.
- ο Υλική στήριξη και ηθική συμπαράσταση στα μέλη των συλλόγων οικογένειας.
- ο Ενημέρωση της κοινής γνώμης.
- ο Επεξεργασία προτάσεων και πίεσης προς την πολιτεία για να ληφθούν μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών.

(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.6 ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ (ΕΕΣ).

Ο ΕΕΣ από το 1991 παρέχει ιατρική περίθαλψη στα απεξαρτημένα άτομα. Στους Ανώνυμους Απεξαρτημένους παρέχει αίθουσα για τις εβδομαδιαίες συναντήσεις τους. Διοργανώνει κάθε έτος σεμινάρια επιμόρφωσης επαγγελματιών και ευαισθητοποίησης εθελοντών για το θέμα <<εξαρτήσεις>>. Στη θεματολογία των σεμιναρίων αυτών συμπεριλαμβάνει και τα ζητήματα επανένταξης των απεξαρτημένων ατόμων.

2.2.7 ΒΙΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΑΣ (ΒΕΑ).

Το ΒΕΑ από το 1991 συμμετέχει στη διοίκηση του προγράμματος <<Θησέας>> κι έχει αναλάβει σημαντικές πρωτοβουλίες για την ευαισθητοποίηση των βιοτεχνών, την επαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση των απεξαρτημένων ατόμων στο χώρο των μικρομεσαίων επιχειρήσεων.

Το Σεπτέμβριο του 1991 το Διοικητικό Συμβούλιο του ΒΕΑ συνεδρίασε με θέμα << ο ρόλος του βιοτέχνη ως εργοδότη στην κοινωνική επανένταξη απεξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων>> και αποφάσισε ομόφωνα:

- α) Να αναλάβει πρωτοβουλίες για τη δημιουργία δικτύου φορέων που θα υποστηρίζουν την επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων.
- β) Να συμβάλει στην ευαισθητοποίηση των βιοτεχνών.
- γ) Να αναλάβει πρωτοβουλίες για την επαγγελματική κατάρτιση ή απασχόληση των απεξαρτημένων ατόμων σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις.
- δ) Να συμμετέχουν απεξαρτημένα άτομα στα επιμορφωτικά σεμινάρια του ΒΕΑ ή των βιοτεχνικών κλάδων.
- ε) Να διοργανώσει ημερίδα για την προώθηση των παραπάνω θεμάτων.

Τον Οκτώβριο του 1991 διοργάνωσε ημερίδα με θέμα <<Επαγγελματική Κατάρτιση και Απασχόληση σε επιχειρήσεις ατόμων απεξαρτημένων από τα ναρκωτικά>>. Στην ημερίδα συμμετείχαν εκπρόσωποι κρατικών φορέων, εκπρόσωποι εργοδοτών και συνδικαλιστικών οργανώσεων, καθώς και εκπρόσωποι των προγραμμάτων απεξάρτησης και επανένταξης. Οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους να συμβάλουν στην ένταξη/ επανένταξη των απεξαρτημένων

ατόμων και συμφώνησαν να προωθήσουν την ιδέα του δικτύου υποστήριξης των ανεξαρτημένων ατόμων.

Το περιοδικό του ΒΕΑ Βιοτεχνικά Θέματα σε κάθε μηνιαίο τεύχος του δημοσιεύει ολοσέλιδη ανακοίνωση με την οποία απευθύνεται σε πενήντα χιλιάδες (50.000) βιοτέχνες και τους καλεί να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον τους για να καταρτίσουν επαγγελματικά ή να απασχολήσουν στην επιχείρησή τους ανεξαρτημένα άτομα. Στην ανακοίνωση αυτή έχουν ανταποκριθεί δεκάδες βιοτέχνες.

Τα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και επιμόρφωσης που διοργανώνει για τα μέλη του κι έχουν για αντικείμενο την εφαρμογή των νέων τεχνολογιών στη βιοτεχνία έχουν αρχίσει να τα παρακολουθούν και ανεξαρτημένα άτομα.

Όλες οι παραπάνω πρωτοβουλίες του ΒΕΑ έχουν, εκτός των άλλων, μια ακόμη σημαντική διάσταση για την επανένταξη των ανεξαρτημένων ατόμων. Στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις και λόγω του μικρού αριθμού εργαζομένων σ' αυτές οι σχέσεις εργοδότη-εργαζόμενου είναι άμεσες, πιο προσωπικές, πιο ανθρώπινες. Αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο που βοηθά το ανεξαρτημένο άτομο να ενταχθεί πιο εύκολα σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον, να μην αισθάνεται μια ασήμαντη μονάδα σε μια τεράστια επιχείρηση.

Επιπλέον το ΒΕΑ έχει κάνει τα πρώτα βήματα για να δημιουργήσει ένα δίκτυο συνεργασίας κοινωνικών και οικονομικών φορέων που θα υποστηρίξουν τα ανεξαρτημένα άτομα στην προσπάθειά τους να ενταχθούν/επανενταχθούν κοινωνικά και οικονομικά.

Στο δίκτυο αυτό συμμετέχουν ο Σύνδεσμος Ελληνικών Βιομηχανιών, η Ένωση Εμπορικών Συλλόγων Ελλάδας, το Εργατικό Κέντρο Αθήνας και η Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Νομού Αττικής.

Οι εκπρόσωποι των παραπάνω φορέων επεξεργάζονται από το Μάρτιο του 1993 <<Πρόγραμμα Συνεργασίας των Κοινωνικών και Οικονομικών Φορέων για την Αποκατάσταση της Κοινωνικής Εμπιστοσύνης μεταξύ των Ανεξαρτημένων Ατόμων και του Κοινωνικού Συνόλου>>. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.8 ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ (ΔΣΑ).

Ο ΔΣΑ συνεργάζεται με το πρόγραμμα <<Θησέας>> και διαθέτει έναν νομικό για τις δικαστικές υποθέσεις των άπορων ανεξαρτημένων οι οποίοι αδυνατούν να καλύψουν το υψηλό κόστος της υπεράσπισης τους .

2.2.9 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ (ΟΤΑ).

Ο νόμος 1729/1987 δεν επέτρεπε στους ΟΤΑ να ασχοληθούν με την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Παρ' όλα αυτά , ο Δήμος Καλλιθέας, χωρίς νομοθετική κάλυψη, ξεκίνησε παρεμβάσεις στον τομέα της τριτοβάθμιας πρόληψης. Το 1990, μαζί με άλλους φορείς ίδρυσε και λειτουργεί το πρόγραμμα κοινωνικής και οικονομικής επανένταξης ανεξαρτημένων ατόμων <<Θησέας>>.

2.2.10 ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.

Η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία της Ελλάδος έχει ζητήσει από το 1990 άδεια από το Υπουργείο Υγείας να ιδρύσει και να λειτουργήσει μονάδα απεξάρτησης/επανεξάρτησης. Όμως δεν της δόθηκε η άδεια, διότι το απαγόρευε ο νόμος 1729/1987.

Αρκετές ιερές μητροπόλεις και ενορίες, μέσα από το ευρύτερο προνοιακό έργο τους προς το γενικό πληθυσμό, παρέχουν κυρίως μικρή χρηματική υποστήριξη σε ένα σχετικά περιορισμένο αριθμό απεξαρτημένων ατόμων. Η υποστήριξη αυτή είναι μια προσωρινή ανακούφιση στα ασφυκτικά προβλήματα επιβίωσης των απεξαρτημένων ατόμων. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.2.11 Η ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ.

Η Βουλή των Ελλήνων αποφάσισε ομόφωνα στις 26/7/1990 να συγκροτήσει Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών και τη διαμόρφωση προτάσεων δραστικής αντιμετώπισης του.

<<Η επιτροπή φρόντισε να έχει ακροάσεις και διάλογο με εκπροσώπους όλων των τάσεων και απόψεων, όπως και με φορείς, συλλόγους, επιστημονικούς συλλόγους, εκπροσώπους πανεπιστημίων, κομματικών νεολαίων, της Εκκλησίας της Ελλάδος και της Διοίκησης>>.

Η επιτροπή, μετά την ολοκλήρωση των εργασιών της, συνέταξε ομόφωνα έκθεση και την ανακοίνωσε στις 3/3/1992 στη Βουλή. Η πρόταση της επιτροπής για την κοινωνική επανένταξη είναι:

<< Η κοινωνική επανένταξη είναι καθαρά υποχρέωση της πολιτείας. Είναι άλλωστε τόσο λίγα τα περιστατικά, που δεν πρόκειται να δημιουργήσει κανένα πρόβλημα η θεσμοθέτηση της αποκατάστασης>>. (Έκθεση Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής, σ. 29).

2.3 ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

2.3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΚΑΝΑ.

Ο ΟΚΑΝΑ είναι ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών και ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

Στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων. (Εκθεση Οργανισμού κατά των ναρκωτικών, ΟΚΑΝΑ, 2002).

2.3.2 ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.

Ο ΟΚΑΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης.

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνει:

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Λειτουργούν σήμερα 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της χώρας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα: 24 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης, 3 Στεγνά Προγράμματα Ενηλίκων, 4 Στεγνά Προγράμματα Εφήβων, 1 Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης (Detox):

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- 1 Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης στην Αθήνα.
- 1 Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με έδρα την Αθήνα και παράρτημα στη Θεσσαλονίκη.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

- 1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (MABY) στην Αθήνα (ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας, υπηρεσία «δουλειάς στο δρόμο», υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών, υπηρεσία νομικής υποστήριξης, κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών).
- 1 Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων στην Αθήνα.
- 1 Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031).

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.

Για να λειτουργήσουν αποδοτικά οι συνεχώς πολλαπλασιαζόμενες υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ απαιτείται άριστη διοικητική και τεχνική υποδομή καθώς και παιδεία των υπηρεσιών από άλλες υποστηρικτικές δραστηριότητες. Στο πλαίσιο αυτό ο ΟΚΑΝΑ έχει ενισχύσει τη λειτουργία των ακόλουθων τμημάτων:

- Πρόληψης
- Ανάπτυξης Θεραπευτικών Προγραμμάτων
- Έρευνας - Αξιολόγησης
- Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
- Πληροφορικής
- Βιβλιοθήκης

2.3.3. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ.

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του '80 εφαρμόστηκαν από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών τα πρώτα πιλοτικά προγράμματα πρόληψης στο χώρο του σχολείου και στην περιβάλλουσα κοινότητα, βασισμένα σε αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών της Ευρώπης. Τα προγράμματα αυτά διαπνέονται από μια φιλοσοφία ευρύτερης προσέγγισης της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών. Αυτή δεν εστιάζεται στην ίδια τη χρήση και στους κινδύνους από αυτή. Δεν αποβλέπει σε άμεσα αποτελέσματα. Επικεντρώνεται κυρίως στις αιτίες του προβλήματος,

επιδιώκοντας την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων (ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, μείωση του συναισθήματος μοναξιάς, ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, αντιστάσεων σε αρνητικές επιρροές, ικανότητας λήψης υπεύθυνων αποφάσεων για τον τρόπο ζωής) μέσω μιας αμιγούς εκπαιδευτικής διαδικασίας βασισμένης σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης.

Στην προσέγγιση αυτή στηρίχθηκε και η πρώτη συστηματική προσπάθεια εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στη χώρα, από τον ΟΚΑΝΑ το 1995, με το σχεδιασμό ενός προγράμματος ανάπτυξης Κέντρων Πρόληψης (Κ.Π.) ανά την Ελλάδα. Τα Κ.Π. λειτουργούν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, αναγνωρίζοντας τη συμβολή των τοπικών κοινωνιών στο έργο της πρόληψης. Τα Κέντρα Πρόληψης χρηματοδοτούνται ισόποσα από το Υπουργείο Υγείας και από το Υπουργείο Εσωτερικών. Την ευθύνη της συστηματικής επιστημονικής εποπτείας και της αξιολόγησης των προγραμμάτων και των δράσεων πρωτοβάθμιας πρόληψης που εφαρμόζονται στα Κ.Π. έχει το Τμήμα Εφαρμογών Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ.

2.3.4. ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.

Τα Κέντρα Πρόληψης εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, και επιδιώκουν την ευαισθητοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών, με σκοπό την ενεργοποίησή τους στον αγώνα της πρόληψης.

Τα προγράμματα που αναπτύσσουν τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται:

- Σε γονείς
- Σε μαθητές και εφήβους
- Σε στρατευμένους
- Σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες
- Σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα (εκπαιδευτικούς, προπονητές, αστυνομικούς, επαγγελματίες υγείας, ιερείς, στρατιωτικούς κ.ά)
- Σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλινοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, φυλακισμένους κ.ά)
- Στην ευρύτερη κοινότητα

Οι στόχοι τους, ανάλογα με την ομάδα στην οποία απευθύνονται και τη διάρκεια της παρέμβασης, είναι:

- Η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες και συμπεριφορές που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η συμβουλευτική και υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας.
- Η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών -μαθητών.

- Η ενημέρωση των ενδιαφερομένων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα
- Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας

Σήμερα υπάρχουν 71 Κέντρα Πρόληψης τα οποία καλύπτουν 49 νομούς της χώρας. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

2.3.5 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Θεραπεία με Υποκατάσταση

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε στη χώρα μας αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λπ.), οι οποίοι -ιδιαίτερα μετά το 1985- παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν διεθνώς από την εμφάνιση του ιού του AIDS και από την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης. Παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών και ιδιαίτερα της ηρωίνης στη χώρα μας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση υποκατάστατων ναρκωτικών ουσιών («πρόγραμμα υποκατάστασης»).

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β') προσδιορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996 ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα

(νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς, π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένεια.

Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση.

Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Σήμερα ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει 24 Μονάδες Υποκατάστασης σε όλη την Ελλάδα είτε ως αυτόνομες μονάδες είτε σε συνεργασία με τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), τα τοπικά νοσοκομεία και το ΙΚΑ. Στόχος του ΟΚΑΝΑ είναι η κάλυψη και των 13 υγειονομικών περιφερειών της χώρας.

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Τα λεγόμενα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία, και στόχο έχουν την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και την κοινωνική επανένταξη. Δε χρησιμοποιούν φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Τα πρώτα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), και είχαν τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων με εσωτερική παραμονή για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Ακολούθησε η ανάπτυξη «στεγνών» προγραμμάτων και από άλλους φορείς, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας. Ο ΟΚΑΝΑ, δημιούργησε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες και εφήβους και συνεργάζεται με άλλους φορείς για την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων.

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Αυτή τη στιγμή, ο ΟΚΑΝΑ, διαθέτει τέσσερις Μονάδες Εφήβων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ρέθυμνο) και ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στην

Πάτρα. Με τη συνεργασία του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν επίσης το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης.

2.3.6 ΚΕΝΤΡΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ.

Η ανάγκη για αναβάθμιση του συστήματος αξιολόγησης των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία, με σκοπό να παραπέμπονται στο καταλληλότερο κατά περίπτωση πρόγραμμα (του ΟΚΑΝΑ ή άλλων φορέων) οδήγησε στην ίδρυση από τον ΟΚΑΝΑ μέσα στο 2002 του πρώτου Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών στην Αθήνα. Σκοπός της Υπηρεσίας αυτής είναι η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα άτομα που υποβάλλουν αίτηση για το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Το Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών του ΟΚΑΝΑ έχει την ευθύνη για:

- την παραλαβή των αιτήσεων συμμετοχής στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης της Αττικής (ΘΠΥ).
- την ενημέρωση για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα και ειδικότερα για το ΘΠΥ, καθώς και τη χορήγηση έντυπου υλικού σε όλους όσους προσέρχονται για να υποβάλουν αίτηση.
- τη λήψη ιστορικού και την αξιολόγηση του κάθε περιστατικού, ύστερα από συνέντευξη και με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων.
- τη συζήτηση με τον αιτούντα, η οποία ανάλογα με την περίπτωση συνοδεύεται από συστάσεις ή και παροτρύνσεις για την παρακολούθηση «στεγνού» προγράμματος.
- τη δημιουργία φακέλου ασθενή, όταν πρόκειται να γίνει εισαγωγή στο ΘΠΥ.
- τη διαχείριση της λίστας αναμονής των μονάδων της Αθήνας και του Πειραιά για το ΘΠΥ, με αυστηρή τήρηση της σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης συμμετοχής και τους κανόνες που διέπουν την εισαγωγή στο ΘΠΥ (κατ'εξαιρεση εισαγωγές, επανεισαγωγές κ.ά.).

Στις εκτός Αττικής περιοχές, που λειτουργούν Μονάδες Υποκατάστασης, την ευθύνη για όλα τα παραπάνω έχουν οι αρμόδιες Υπηρεσίες των κατά τόπους Μονάδων.

2.3.7. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.

- α) Ο εξαρτημένος να είναι άνω των 20 ετών.
- β) Να κάνει μακροχρόνια ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης ή άλλων οπιοειδών.
- γ) Η χρήση να έχει προκαλέσει σωματική και ψυχική εξάρτηση.
- δ) Για άτομα που έχουν συμπληρώσει το 35 έτος ηλικίας να υπάρχει αποτυχία σοβαρής προσπάθειας απεξάρτησης σε άλλο εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας

και Πρόνοιας πρόγραμμα που αποδεικνύεται με βεβαίωση που χορηγείται αρμόδια από αυτό.

ε) Ο χρήστης να αποδεχθεί εγγράφως τους όρους του θεραπευτικού συμβολαίου η παραβίαση των οποίων επιφέρει κύρωση κατά την κρίση της Θεραπευτικής Ομάδας του προγράμματος Υποκατάστασης.

στ) Ο εξαρτημένος να μην παρουσιάζει βαριά ψυχοπαθολογία η οποία καθιστά ασύμβατη την παρακολούθηση του προγράμματος.

Όροι για την παραμονή των εξαρτημένων ατόμων στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης.

Ο ΟΚΑΝΑ καταρτίζει πλαίσιο λειτουργίας στο οποίο περιλαμβάνονται τόσο οι γενικοί προσανατολισμοί όσο και οι επιμέρους θεραπευτικές πρακτικές των προγραμμάτων. Οι κανόνες έκαστος προγράμματος διαφοροποιούνται ως προς την αυστηρότητα και ανάλογα με τις δυνατότητες προσαρμογής των θεραπευόμενων όπως αυτές αξιολογούνται κατά την εξέλιξη της θεραπείας. Κάθε άλλη απόφαση που ορίζει διαφορετικά τα ανωτέρω πάντα να ισχύει. (ΦΕΚ 1343, Τεύχος Β, 16/10/2002. Προϋποθέσεις ένταξης των τοξικομανών στα Προγράμματα Μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ).

2.3.8. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤ' ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.

Σύμφωνα με την απόφαση του θεμ. 7 της 8/13.10.06 Συνεδρίασης του Δ.Σ. του Οργανισμού κατ' εξαίρεση στα Προγράμματα Υποκατάστασης (Π.Υ.) εισάγονται όσοι/όσες έχουν:

1. Έχουν ηλικία άνω των 55 ετών (απαραίτητο δικαιολογητικό: επικυρωμένη φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας).
2. Είναι γονείς ανήλικου τέκνου (έως 18 ετών), με την προϋπόθεση ότι δεν έχουν στερηθεί την επιμέλεια του τέκνου.
3. Είναι συγγενείς πρώτου βαθμού ή σύζυγοι μελών που παρακολουθούν τα Π.Υ.
4. Γυναίκες σε κύηση 2^{ου}-3^{ου} τριμήνου (απαραίτητα δικαιολογητικά: γνωμάτευση ιατρού και υπερηχογράφημα).
5. Πάσχουν από κακόηθες νόσημα.
6. Πάσχουν από ενεργό φυματίωση.
7. Πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό αιμοκάθαρση.
8. Πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη υπό ινσουλινοθεραπεία.
9. Πάσχουν από βαριά αρτηριοπάθεια με επαπειλούμενη γάγγραινα και κίνδυνο ακρωτηριασμού.
10. Φέρουν προσθετική καρδιακή βαλβίδα ή πάσχουν από βαλβιδοπάθεια (όσο αφορά στην πρόπτωση μιτροειδούς μόνο εφ' όσον αυτή συνοδεύεται από βαθμό ανεπάρκειας της μιτροειδούς), (απαραίτητα δικαιολογητικά: ιατρική γνωμάτευση και υπερηχογράφημα καρδιάς – triplex).
11. Έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση ζωτικού οργάνου (π.χ. ήπατος, νεφρού, καρδιάς, πνευμόνων, μυελού των οστών).
12. Υποτροπίασαν μετά από: α) επιτυχή ολοκλήρωση της αποτοξίνωσής τους ή β) αποφοίτησής τους από το πρόγραμμα Κοινωνικής Επανένταξης ΟΚΑΝΑ ή γ)

παρακολούθηση τουλάχιστον για έξι (6) μήνες του προγράμματος της Κοινωνικής Επανάταξης του ΟΚΑΝΑ.

Παρουσιάζουν ένα από τα κάτωθι:

α) συλλοίμωξη HCV / HBV ή

β) συλλοίμωξη HBV / HDV ή

γ) ιστολογικά ευρήματα συμβατά με βαθμό ίνωσης ≥ 3 (κατά την κλίμακα Ishak) ή ≥ 2 (κατά την κλίμακα METAVIR)

δ) κίρρωση ήπατος (ανεξάρτητα από την αιτιολογία) διαπιστωμένη ιστολογικά και επί ιατρικής αντένδειξης, διαγνωσμένη ενδοσκοπικά ή/και κλινικοεργαστηριακά.

Επιπροσθέτως εισάγονται κατ' εξαίρεση όσοι παρουσιάζουν ποσοστό αναπηρίας $> 67\%$ με βάση τον «κανονισμό εκτίμησης βαθμού αναπηρίας B-819», της τοξικοεξάρτησης μη υπολογιζομένης και λαμβανομένων υπ' όψιν των περιορισμών για τους πάσχοντες από ψυχιατρική νόσο, οι οποίοι αναφέρονται στην Υπ. Απ. Υ5γ/Γ.Π. οικ.100847 (ΦΕΚ 1343/Β/16.10.2002).

Παρουσιάζουν οροθετικότητα HIV.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Προϋπόθεση κατάθεσης δικαιολογητικών για αξιολόγησή τους από την Επιτροπή των κατ' εξαίρεση εισαγωγών είναι να έχει κατατεθεί από το εξαρτημένο άτομο αίτηση για εισαγωγή του στο Π.Υ. ΟΚΑΝΑ και να έχει λάβει αριθμό προτεραιότητας στη Λίστα Αναμονής. Το εξαρτημένο άτομο, ή άλλο επίσημα εξουσιοδοτημένο από αυτό άτομο, καταθέτει στο Κέντρο Υποδοχής όλα τα απαραίτητα για την περίπτωση δικαιολογητικά και άλλα σχετικά έγγραφα, καθώς και την σχετική αίτηση για κατ' εξαίρεση εισαγωγή, λαμβάνει δε από το Κέντρο αριθμό πρωτοκόλλου για την κατ' εξαίρεση αίτηση την οποία υποβάλλει. Όλα τα έγγραφα διαβιβάζονται **άμεσα** από το Κέντρο Υποδοχής στην Επιτροπή, για την αξιολόγησή τους.

Τα δικαιολογητικά τα οποία κατατίθενται στην επιτροπή των κατ' εξαίρεση εισαγωγών από τα ενδιαφερόμενα άτομα είναι: Πρωτότυπη και πρόσφατης έκδοσης βεβαίωση παρακολούθησης του Προγράμματος Υποκατάστασης του συγγενούς του ενδιαφερόμενου.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Για λόγους υγείας τα εξαρτημένα άτομα δικαιούνται να επανεισαχθούν στο Π.Υ. μετά από νέα αίτηση και νέα κατάθεση των απαιτούμενων δικαιολογητικών μετά το πέρας ενός τριμήνου από την ημερομηνία εξόδου από τη Μονάδα τους. Επανεισαγωγή του ίδιου ασθενή για τον ίδιο λόγο συγγένειας ή συζυγικής σχέσης δεν

επιτρέπεται. Σε περίπτωση που προκύπτει γάμος ενός μέλους του Π.Υ. με ένα μη μέλος του Π.Υ., μπορεί να εισαχθεί στο Π.Υ. μετά την πάροδο 6 μηνών από την τέλεση του γάμου. Επανεισαγωγή του ίδιου ασθενή λόγω ανήλικου τέκνου (μέχρι 18 ετών) δεν επιτρέπεται. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2010).

2.3.9 ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.

Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose).
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών.
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κλπ).

Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ιατρικές Υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης.

- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: Ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης.

Πρόληψη υποτροπής

- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία.
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας.
- Νομικές Υπηρεσίες: Συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευομένων ενώπιον των δικαστηρίων.

Στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2010).

2.3.10. ΤΑ ΣΤΕΓΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, ακόμα και για αυτά που τελικά θα αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

2.3.10.1 ΤΑ ΣΤΕΓΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.

ΔΙΚΤΥΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΑΤΡΑΣ <<ΓΕΦΥΡΑ>>.

Το πρώτο «στεγνό» πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ ήταν το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΔΘΥΠ) που ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1998. Το ΔΘΥΠ απευθύνεται σε εξαρτημένους από ψυχοδραστικές ουσίες με απουσία μείζονος ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, ηλικίας 18 - 40 ετών, και η λειτουργία του στηρίζεται στη σύνθεση της συστημικής προσέγγισης και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων και των ομάδων αυτοβοήθειας.

Το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας είναι ένα πρόγραμμα:

- **Συστημικό:** στη θεραπευτική διαδικασία συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας και οι σημαντικοί άλλοι.
- **Πολυφασικό:** η θεραπευτική διεργασία ολοκληρώνεται σε φάσεις.
- **Στεγνό:** τα μέλη της Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ και του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης απέχουν από τη χρήση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας .
- **Εθελοντικό:** η προσέλευση και ένταξη στο πρόγραμμα αποτελεί επιλογή του θεραπευόμενου.

- **Ανοικτό και Εσωτερικής Διαμονής:** όσον αφορά στα μέλη που διαμένουν στην περιοχή των Πατρών, η λειτουργία του προγράμματος είναι ημερήσια και με τη λήξη της οι θεραπευόμενοι συνεχίζουν το πρόγραμμά τους ζώντας με τις οικογένειές τους. Τα μέλη που προέρχονται από απομακρυσμένες περιοχές διανυκτερεύουν στο Τμήμα Διαμονής - Ξενώνα της ΘΚ ΓΕΦΥΡΑ.

Στο πλαίσιο του Δικτύου Θεραπευτικών Υπηρεσιών λειτουργούν οι εξής δομές:

1. Συμβουλευτικός Σταθμός
2. Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ
3. Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης
4. Τμήμα Διαμονής - Ξενώνας
5. Πρόγραμμα Οικογένειας

Συμβουλευτικός Σταθμός

Είναι η πρώτη Μονάδα του Δικτύου, με την οποία έρχεται σε επαφή ο ενδιαφερόμενος. Η μέση διάρκεια παραμονής ενός εξαρτημένου στο Συμβουλευτικό Σταθμό κυμαίνεται μεταξύ δύο και τριών μηνών.

Στόχοι του Συμβουλευτικού Σταθμού είναι:

- Η κινητοποίηση και συμβουλευτική προκειμένου να επιτευχθεί η διακοπή της χρήσης ουσιών από το εξαρτημένο άτομο.
- Η ένταξη στην Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ.
- Η παρότρυνση για συμμετοχή της οικογένειας στο Πρόγραμμα ώστε:

A. στην περίπτωση που ο εξαρτημένος δεν έχει ακόμη προσεγγίσει το Δίκτυο, να μπορέσει να τον πείσει **να ζητήσει βοήθεια**

B. στην περίπτωση που ο εξαρτημένος έχει ενταχθεί στη θεραπευτική διαδικασία, να μπορέσει να **υποστηρίξει και να ενισχύσει** το μέλος της

- Η τροποποίηση των άμεσα σχετιζόμενων με τη χρήση συμπεριφορών του εξαρτημένου και της οικογένειάς του.
- Η Αγωγή Κοινότητας για την κινητοποίηση του πληθυσμού των χρηστών.

Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ (Ανοικτό Τμήμα και Τμήμα Διαμονής)

Στην Κοινότητα μπορούν να ενταχθούν ενήλικες που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα του Συμβουλευτικού Σταθμού, έχουν αποδεδειγμένα διακόψει τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. και έχουν δηλώσει την επιθυμία τους να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία στις υπόλοιπες φάσεις του Δικτύου Θεραπευτικών Υπηρεσιών.

Στόχοι της Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ είναι:

- Η σταθεροποίηση της απεμπλοκής του μέλους και της οικογένειάς του από τη χρήση.
- Η ανάπτυξη αυτογνωσίας και η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της εικόνας εαυτού.
- Η ανάπτυξη και ενίσχυση λειτουργικών οικογενειακών σχέσεων.
- Η υπευθυνοποίηση.
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η απόκτηση γνώσεων σχετικά με την υγιεινή και φροντίδα του εαυτού, την αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων και δυσκολιών και τη δημιουργία υγιών σχέσεων.
- Η παροχή εκπαιδευτικών ερεθισμάτων.
- Η διεκπεραίωση δικαστικών εκκρεμοτήτων και νομικών υποθέσεων.
- Η καλλιέργεια της αίσθησης του ανήκει στην ομάδα της ΓΕΦΥΡΑΣ καθώς και στο ευρύτερο σύνολο.

Τμήμα Διαμονής - Ξενώνας της Θεραπευτικής Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ

Το Τμήμα Διαμονής (Ξενώνας) της Θεραπευτικής Κοινότητας ΓΕΦΥΡΑ παρέχει τη δυνατότητα διαμονής στην Πάτρα των μελών της ΓΕΦΥΡΑΣ και του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης, των οποίων οι οικογένειες προέρχονται από απομακρυσμένες περιοχές της Πελοποννήσου, της Ναυπακτίας και τα νησιά του Ιονίου. Κατ' αυτόν τον τρόπο κινητοποιούνται αλλά και εντάσσονται σε θεραπεία άτομα από την ευρύτερη περιοχή και όχι μόνο από την Πάτρα. Επιπλέον η διαμονή στον Ξενώνα προετοιμάζει τα μέλη να αυτονομηθούν και να ζήσουν μόνα τους μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης

Στο Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης συμμετέχουν τα μέλη που έχουν ολοκληρώσει την Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ και επιθυμούν να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία.

Στόχοι του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης είναι:

- Η περαιτέρω σταθεροποίηση της αποχής από ουσίες και παγίωση της κουλτούρας μη χρήσης
- Η σταδιακή κοινωνική δραστηριοποίηση.
- Ο επαγγελματικός προσανατολισμός και διασφάλιση των συνθηκών που θα επιτρέψουν την επαγγελματική αποκατάσταση.
- Η σταθεροποίηση, ισχυροποίηση αλλά και η απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων καθώς και η δημιουργία καινούριων, υγιών σχέσεων.
- Η σταθεροποίηση της δυνατότητας και ικανότητας αυτοσυντήρησης και επίλυσης δυσκολιών και προβλημάτων.

Το Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης αποτελείται από τρεις επί μέρους φάσεις και η διάρκειά του είναι από 10 έως 14 μήνες. Σημαντικό μέρος της

θεραπευτικής φάσης του Προγράμματος Κοινωνικής Δραστηριοποίησης είναι η εμπλοκή των μελών του στη λειτουργία του Συμβουλευτικού Σταθμού.

Πρόγραμμα Οικογένειας

Στο Πρόγραμμα Οικογένειας εντάσσεται η στενή και ευρύτερη οικογένεια του χρήστη.

Στόχοι του Προγράμματος Οικογένειας είναι:

- Η κινητοποίηση της οικογένειας του χρήστη, ώστε όλα τα μέλη της και ο εξαρτημένος να αποφασίσουν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα Απεξάρτησης.
- Η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και συμμαχίας με το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Η αλλαγή της στάσης της οικογένειας απέναντι στη χρήση.
- Η στήριξη της ουσιαστικής ενηλικίωσης και σταδιακής αυτονόμησης του μέλου .
- Η δημιουργία καθαρών και ειλικρινών σχέσεων μέσα στο οικογενειακό σύστημα.

Η θεραπευτική πορεία και εξέλιξη των μελών του Προγράμματος Οικογένειας μέσα από τη συμμετοχή τους σε θεραπευτικές ομάδες είναι παράλληλη με αυτή των υπό θεραπεία μελών της οικογένειάς τους. Επιπλέον, στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικογένειας, τα μέλη συμμετέχουν σε ενέργειες ευαισθητοποίησης για την άρση των προκαταλήψεων απέναντι στους πρώην χρήστες και τα θεραπευτικά προγράμματα ενώ παράλληλα ενθαρρύνουν και κινητοποιούν γονείς χρηστών προκειμένου να ενταχθούν στο πρόγραμμα. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα,2010).

2.3.10.2 ΤΑ ΣΤΕΓΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΦΗΒΩΝ - ΝΕΑΡΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.

Οι Μονάδες Εφήβων του ΟΚΑΝΑ είναι «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα και απευθύνονται:

- σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες , που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματική χρήση ουσιών.
- σε οικογένειες εφήβων και νεαρών ενηλίκων, που κάνουν χρήση ουσιών και στο ευρύτερο περιβάλλον τους.

Βασική επιδίωξη των Μονάδων Εφήβων είναι η ανάπτυξη δράσεων για την προσέλκυση των εφήβων, η έγκαιρη παρέμβαση για τη διακοπή της χρήσης σε όσους κάνουν ευκαιριακή χρήση ναρκωτικών καθώς και η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και θεραπείας στους εξαρτημένους εφήβους και στις οικογένειές τους. Οι Μονάδες Εφήβων απευθύνονται ακόμη σε ειδικούς και επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τους νέους με στόχο την πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση τους αλλά και σε φορείς της ευρύτερης κοινότητας (π.χ. σχολεία, αθλητικοί χώροι κλπ) που σχετίζονται με εφήβους και αντιμετωπίζουν περιστατικά χρήσης ουσιών με στόχο την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας

Η θεραπευτική προσέγγιση των Μονάδων βασίζεται στη συστημική και οικογενειακή θεραπεία εμπλουτισμένη με στοιχεία του συμπεριφοριστικού μοντέλου και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Το πρόγραμμα των Μονάδων Εφήβων στην πλήρη ανάπτυξή του περιλαμβάνει τρεις φάσεις - το Συμβουλευτικό Σταθμό, το Θεραπευτικό Πρόγραμμα και την Κοινωνική Επανάταξη- όπου παρέχονται οι ακόλουθες υπηρεσίες :

- Συμβουλευτικός Σταθμός.
- Ενημέρωση για τις επιπτώσεις της χρήσης και για τους τρόπους αντιμετώπισης.
- Ψυχολογική υποστήριξη και κινητοποίηση των εφήβων για διακοπή της χρήσης.
- Προετοιμασία για την ένταξή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Θεραπευτικό Πρόγραμμα.

Ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εφήβων με στόχο την προσωπική τους ανάπτυξη και την υιοθέτηση ενός νέου και δημιουργικού τρόπου ζωής που δεν περιλαμβάνει την χρήση ουσιών (καλλιέργεια δεξιοτήτων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων και δυσκολιών, για τη δημιουργία υγιών σχέσεων και τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, ανάληψη προσωπικής ευθύνης)

Ομαδικές δημιουργικές δραστηριότητες (καλλιτεχνικές, ψυχαγωγικές, αθλητικές, κ.α.) όπου μέσα από τη συμμετοχή μαθαίνουν να συνυπάρχουν με τους άλλους δημιουργικά, να επικοινωνούν, να μοιράζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους

- Κοινωνική Επανάταξη.
- Εμφύωση των εφήβων στην προσπάθειά τους για μια νέα πορεία.
- Επανασύνδεση των νέων με την εκπαιδευτική ή επαγγελματική τους ζωή σε συνδυασμό με την απεμπλοκή τους από παράνομες πράξεις .
- Συμβουλευτική σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Υποστήριξη για την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Οι γονείς των μελών του προγράμματος υποστηρίζονται σε όλη την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας και τους παρέχονται, ανάλογα με τη φάση του προγράμματος, οι ακόλουθες υπηρεσίες:

- Ενημέρωση για το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και πώς αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί.
- Ενίσχυση του γονεϊκού τους ρόλου με στόχο την υποστήριξη και κινητοποίηση των εφήβων για διακοπή της χρήσης
- Συμβουλευτική και υποστήριξη με στόχο την αποτελεσματικότερη διαχείριση των οικογενειακών κρίσεων και την αποκατάσταση της επικοινωνίας και της λειτουργικότητας των σχέσεων των μελών της οικογένειας, ώστε να διευκολυνθεί ο έφηβος να απομακρυνθεί σταδιακά και να αυτονομηθεί από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Ομαδικές συναντήσεις γονέων με στόχο την αμοιβαία υποστήριξη και την ανταλλαγή κοινών εμπειριών και προβληματισμών.

Επίσης σε γονείς που τα παιδιά τους δεν είναι ενταγμένα στο πρόγραμμα αλλά αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης παρέχεται συμβουλευτική και στήριξη ώστε να ενημερωθούν, να αλλάξουν τη στάση τους απέναντι στη χρήση και να «εκπαιδευτούν» ώστε να παρακινήσουν το εξαρτημένο μέλος της οικογένειας τους να ζητήσει βοήθεια.

Σήμερα λειτουργούν 4 Μονάδες Εφήβων, στην Αθήνα («ΑΤΡΑΠΟΣ»), τη Θεσσαλονίκη, το Ρέθυμνο και τη Λάρισα. Η Μονάδα Εφήβων «ΑΤΡΑΠΟΣ» της Αθήνας βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία ενώ στις Μονάδες της Θεσσαλονίκης, του Ρεθύμνου και της Λάρισας λειτουργούν, σε πρώτη φάση τα προγράμματα των Συμβουλευτικών Σταθμών αναπτύσσοντας δράσεις για την προσέλκυση εφήβων και παρέχοντας ενημέρωση, ιατρικές υπηρεσίες, νομική κάλυψη και συμβουλευτική σε εφήβους και τις οικογένειές τους. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2010).

2.3.11. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ.

Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά. Η προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο»), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου, οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών.

Στόχοι των υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης είναι:

- η ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας ή η παραπομπή των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες υγείας.
- η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα.
- η προσπάθεια ανάπτυξης κινήτρου για την ένταξή τους στα θεραπευτικά προγράμματα.
- η μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας.
- ο περιορισμός της βλάβης (πρόληψη της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και της μετάδοσής τους).

Στο πλαίσιο του στόχου της μείωσης της βλάβης, οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης περιλαμβάνουν και προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, δωρεάν διανομής προφυλακτικών και χορήγησης μεθαδόνης. Σήμερα, η λειτουργία παρόμοιων υπηρεσιών είναι αρκετά εκτεταμένη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο ΟΚΑΝΑ, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης αντίστοιχων δομών στη χώρα μας, δημιούργησε το 1997 το Κέντρο Βοήθειας, που αργότερα μετονομάστηκε σε Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης, την πρώτη υπηρεσία που παρείχε πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ενεργούς χρήστες. Σταδιακά αναπτύχθηκαν

και άλλες Υπηρεσίες, όπως η τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης 1031 και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων.(Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα,2010).

2.3.12. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ & ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (MABY).

Οι παρεμβάσεις των υπηρεσιών της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (MABY) είναι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης από τη χρήση ουσιών και στοχεύουν στην πρόληψη και την κάλυψη των άμεσων αναγκών υγείας καθώς και στην πρόληψη της διάδοσης νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, το AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Η MABY, με τα ειδικά εξοπλισμένα και στελεχωμένα ιατρεία του παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι έχουν ανάγκη από εξειδικευμένη περίθαλψη. Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών της Μονάδας είναι εξαιρετικά σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενεργοί χρήστες είναι ιδιαίτερα δύσκολοι ασθενείς και πολλές φορές είναι ανεπιθύμητοι στις υπηρεσίες παροχής υγείας.

Ειδικότερα, στο πλαίσιο της Μονάδας λειτουργούν:

- *ιατρικές υπηρεσίες*: παθολογικό ιατρείο, οδοντιατρείο, μικροβιολογικό εργαστήριο.
- *υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας*: συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη, κινητοποίηση για θεραπεία, παραπομπές χρηστών σε θεραπευτικά προγράμματα, ενημέρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Βοήθειας και άλλων υπηρεσιών υγείας, σεμινάρια για ασφαλή χρήση και συμπεριφορά.
- *υπηρεσία «δουλειάς στο δρόμο» (streetwork)*: διανομή υλικού προφύλαξης (σύριγγες, προφυλακτικά), συμβουλευτική σε θέματα ασφαλούς χρήσης και ασφαλούς σεξ, κινητοποίηση των χρηστών για αξιοποίηση των υπηρεσιών του Κέντρου Βοήθειας και άλλων φορέων.
- *κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών*: αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ.
- *υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών*: ανταλλαγή μεταχειρισμένων συριγγών με αποστειρωμένες.
- *υπηρεσία νομικής υποστήριξης*: παροχή νομικής υποστήριξης στα εντός και εκτός των προγραμμάτων εξαρτημένα άτομα, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευόμενων του ΟΚΑΝΑ ενώπιον των δικαστηρίων όλης της χώρας, σε συνεργασία με δικηγορικούς συλλόγους της χώρας. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα,2010).

2.3.13. Η ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ SOS 1031 ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.

Η Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1031 του ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε να λειτουργεί το Σεπτέμβριο του 2000. Στελεγχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό και είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Υπηρεσιών Τηλεφωνικής Βοήθειας (FESAT).

Βασικός στόχος της λειτουργίας της είναι -τηρώντας το απόρρητο και την ανωνυμία- να παρέχει:

- άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τις ψυχοτρόπες ουσίες και τη χρήση τους, την πρόληψη και τη λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης, τη θεραπεία και τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τον ΟΚΑΝΑ και τα προγράμματά του.
- εξατομικευμένη συμβουλευτική υποστήριξη βραχείας διάρκειας.
- άμεση βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη σε καταστάσεις κρίσης, οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (σύνδρομο στέρησης, αυτοκτονική συμπεριφορά, πρόληψη υποτροπής).

Επιπλέον, μέσω των υπηρεσιών της τηλεφωνικής γραμμής συλλέγονται, καταγράφονται και αξιολογούνται τα προβλήματα και οι ανάγκες, όπως αυτά εκφράζονται από όσους τη χρησιμοποιούν, προσφέροντας πολύτιμα στοιχεία για την περαιτέρω ανάπτυξη υπηρεσιών.

Η τηλεφωνική γραμμή παρέχει αξιόπιστες και έγκυρες απαντήσεις:

- σε άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους
- σε άτομα που ζητούν άμεση βοήθεια σε καταστάσεις κρίσης
- σε επαγγελματίες του χώρου που αναζητούν εξειδικευμένη πληροφόρηση
- στο ευρύτερο κοινό

Το ειδικευμένο προσωπικό της Τηλεφωνικής Γραμμής είναι στη διάθεση του κοινού, καλώντας το τετραψήφιο νούμερο 1031 από Δευτέρα έως Παρασκευή και ώρες 08.00 έως 20.00. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα,2010).

2.3.14. Ο ΣΤΑΘΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΟΚΑΝΑ.

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων του Κέντρου Βοήθειας ΟΚΑΝΑ, που ξεκίνησε να λειτουργεί τον Απρίλιο του 2003, αποτελεί ένα οικείο, φιλικό και ασφαλές περιβάλλον ποικίλων δραστηριοτήτων, το οποίο παρέχει σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών -που δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα- τη δυνατότητα να καλύψουν βασικές ανάγκες υγιεινής και ασφάλειας, να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να επιτύχουν θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους και να απασχοληθούν δημιουργικά σε ποικίλες δραστηριότητες.

Ο Σταθμός απευθύνεται κυρίως σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών:

- που αυτο-αποκλείονται από τις υπηρεσίες σωματικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, έχοντας βιώσει στο παρελθόν αρνητική εμπειρία από μη επιτυχείς απόπειρες προσέγγισης ενός θεραπευτικού προγράμματος ή μιας υπηρεσίας σωματικής υγείας (εξωτερικά ιατρεία, νοσοκομεία κλπ).
- που, λόγω φυλετικής, γλωσσικής, κοινωνικής ηλικιακής ή άλλης ιδιαιτερότητας (πρόσφυγες, μετανάστες, Rom, εκδιδόμενοι), αντιμετωπίζουν σοβαρές και αντικειμενικές δυσκολίες πρόσβασης στην ενημέρωση, έχουν μειωμένα δικαιώματα και δυσπιστία στους κρατικούς φορείς.
- άστεγους, εκτός οικογένειας, νέους ενήλικες, που βρίσκονται ακόμη σε αρχική φάση εξάρτησης και δυσπιστούν στα μηνύματα και την ανάγκη να βελτιώσουν τη ζωή τους και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.

Οι χρήστες στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων έχουν τη δυνατότητα να καλύπτουν τις ακόλουθες βασικές ανάγκες:

- Σίτιση (φαγητό, καφές, χυμός).
- Ατομική υγιεινή και καθαριότητα (ντους, ξύρισμα, πλύσιμο ρούχων κλπ).
- Φροντίδα Υγείας (ενημέρωση για τις δυνατότητες αντιμετώπισης υπαρχόντων και πιθανών προβλημάτων υγείας, παραπομπή και διευκόλυνση της διενέργειας εξετάσεων κ.α.).
- Ιατρική Φροντίδα σε συνεργασία με το Κέντρο Βοήθειας και άλλους συναφείς χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Κοινωνική Φροντίδα με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη, μέσω ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής .
- Ενημέρωση για κινδύνους από τη χρήση, δυνατότητες ασφαλέστερης χρήσης, κοινωνικοπρονοιακά θέματα, δυνατότητες αξιοποίησης των πηγών της κοινότητας, θεραπευτικές δυνατότητες.
- Αποφόρτιση από την πιάτσα.
- Δημιουργική απασχόληση και διασκέδαση, με στόχο τα μέλη του Σταθμού να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες αλλά και να ψυχαγωγηθούν.

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων βρίσκεται στην οδό 3^{ης} Σεπτεμβρίου 19^Α και λειτουργεί καθημερινά από τις 08:00 έως τις 15:00. Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210 5202799, 210 5202899.

2.3.15. ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ.

Ο ΟΚΑΝΑ πιστοποιήθηκε ως Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΚΕΚ) από το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης (ΕΚΕΠΙΣ) το 1998 και έλαβε νέα πιστοποίηση ως Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ), το 2002. Παράλληλα με την έδρα του ΕΚΚΕΕ στην Αθήνα, δημιούργησε ένα παράρτημα στη Θεσσαλονίκη, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των απεξαρτημένων ή/και υπό απεξάρτηση ατόμων στη Βόρεια Ελλάδα.

Κύριος στόχος του Κέντρου είναι η κατάρτιση και η εξειδίκευση σε ποικίλους επαγγελματικούς τομείς των υπό απεξάρτηση ή των απεξαρτημένων από ουσίες ατόμων, με στόχο την ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και την αγορά εργασίας. Ταυτόχρονα, επιδιώκεται η ευαισθητοποίηση των επαγγελματικών φορέων, των επιχειρήσεων και των εργοδοτών σε θέματα προώθησης στην αγορά εργασίας των καταρτιζόμενων, μέσω και της αξιοποίησης από την πλευρά τους των ειδικών κινήτρων που έχει θεσπίσει η Πολιτεία για την αποτελεσματική επαγγελματική ενσωμάτωση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Παράλληλα με την επαγγελματική κατάρτιση παρέχονται στους καταρτιζόμενους κι άλλες υπηρεσίες προώθησης στην αγορά εργασίας όπως: σύνδεση με εργοδοτικούς φορείς και διαμεσολάβηση σε εργοδότες, συμβουλευτική για τη δημιουργία, την οργάνωση και τη λειτουργία εταιρικών σχημάτων, συμβουλευτική σε θέματα νομικά, ασφαλιστικά και οικονομοτεχνικής κάλυψης ατομικών και επιχειρηματικών δράσεων.

Επίσης, το ΕΚΚΕΕ παρέχει συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως: ενημέρωση και κινητοποίηση για συμμετοχή στο πρόγραμμα, επαγγελματικός προσανατολισμός, ψυχολογική υποστήριξη για ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και συμβουλευτική για την ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και συναλλαγής με υπηρεσίες, εργοδότες και γενικότερα τον εργασιακό χώρο.

Για τη διευκόλυνση του όλου προγράμματος υπάρχει στενή συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και τους τοπικούς φορείς. Από τον Ιανουάριο του 2007 ως το Μάιο του 2008 η έδρα και το παράρτημα του ΕΚΚΕΕ ΟΚΑΝΑ σχεδίασαν και υλοποίησαν 20 διαφορετικά αντικείμενα κατάρτισης στο πλαίσιο του υποέργου «**Ολοκληρωμένες Παρεμβάσεις Υπέρ Ειδικών Μειονεκτουσών Ομάδων (άτομα με αναπηρίες και πρώην χρήστες ουσιών)**», το οποίο εντασσόταν στο Μέτρο 3 του Άξονα 2 του Ε.Π. «**Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση**» και περιλάμβανε **27 προγράμματα Επαγγελματικής Κατάρτισης** σε Αθήνα & Θεσσαλονίκη. Από τα προγράμματα κατάρτισης του έργου, το οποίο συγχρηματοδοτήθηκε από το **Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (75%)** και από το **Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας (25%)**, ωφελήθηκαν 400 περίπου απεξαρτημένα ή υπό απεξάρτηση άτομα.

Στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «**ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ**» πραγματοποιήθηκαν και ολοκληρώθηκαν μέσα στο 2008 τα Σχέδια Δράσης «**Ιριδα**» στην Αττική και «**Ιάσων**» στη Θεσσαλονίκη παρέχοντας δράσεις παροχής Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών σε συνολικά 450 περίπου απεξαρτημένα ή υπό απεξάρτηση άτομα. Τέλος, στο ΕΚΚΕΕ ΟΚΑΝΑ υλοποιούνται μη επιδοτούμενα Δημιουργικά Εργαστήρια στα αντικείμενα: Φωτογραφία, Η/Υ, Δημοσιογραφία, Ζωγραφική/Κόσμημα, Μουσική, ενώ γίνονται προσπάθειες ανάπτυξης του Εθελοντισμού και της Πρακτικής Άσκησης Επαγγελματιών Υγείας. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2010).

2.3.16. ΕΘΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ.

Η συνεργασία με φορείς και οργανισμούς στη χώρα, καθώς και εκτός αυτής, αποτελεί κομβικό σημείο στην πολιτική του ΟΚΑΝΑ. Συμβάλλει στο συντονισμό μιας ενιαίας φιλοσοφίας και μιας συμβατής με τις σύγχρονες ανάγκες στρατηγικής και οδηγεί στην αποφυγή επικαλύψεων και στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων.

Σε εθνικό επίπεδο ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με τα υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εσωτερικών

Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, Δικαιοσύνης, Εθνικής Άμυνας, Πολιτισμού, Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας, με θεραπευτικούς φορείς, την τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα, το Ελληνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) και άλλους φορείς ψυχικής υγείας, επιδιώκοντας μέσα από αυτή τη συνεργασία το συντονισμό των δράσεων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών αλλά και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους.

Σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCDDA), με την Οριζόντια Ομάδα για τα Ναρκωτικά του Συμβουλίου της Ε.Ε., την Ομάδα Ρομπρίδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, την Ομάδα του Δουβλίνου, με οργανισμούς κρατών-μελών της Ε.Ε. για την υλοποίηση κοινών ευρωπαϊκών προγραμμάτων, καθώς και με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών. (Ενημερωτικό Έντυπο του ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2010).

2.3.17. Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ .

1. Αυστρία

Στην Αυστρία επιτράπηκε η λειτουργία προγραμμάτων μεθαδόνης, με σχετικές αποφάσεις της Καγκελαρίας, για πρώτη φορά το 1987. Οι αρχικές αποφάσεις διευρύνθηκαν το 1991 και έκτοτε η μεθαδόνη μπορεί να χορηγηθεί τόσο από ιδιώτες γιατρούς όσο και από εξειδικευμένα κέντρα χορήγησης, κάτω όμως από πολύ αυστηρούς περιορισμούς, όπως π.χ., μακροχρόνια εξάρτηση από ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης και πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες απεξάρτησης, ή μακροχρόνια εξάρτηση και λοίμωξη από τον ιό του AIDS. Όμως, παρά τις υπουργικές αποφάσεις, σε κάποια κρατίδια δεν λειτουργούν προγράμματα μεθαδόνης (Loimer, 1995).

Σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας της Αυστρίας αναφέρεται ότι το 1981 επιτρέπεται η συνταγογράφηση «ναρκωτικών ουσιών» κάτω από αυστηρές ιατρικές ενδείξεις. Οι ιατρικοί σύλλογοι, όμως, της χώρας προέκριναν σαφώς τις ελεύθερες ουσιών θεραπείες και στο χρονικό διάστημα μέχρι το 1991 πολλοί γιατροί υπέστησαν συνέπειες διότι συνταγογραφοῦσαν L-polamidon. Το 1991 το ομοσπονδιακό δικαστήριο ανέτρεψε μια τέτοια καταδίκη γιατρού και το 1992 ο νέος νόμος περί ναρκωτικών προέβλεπε πλέον σαφώς ότι «ναρκωτικές ουσίες» μπορούν να συνταγογραφηθούν για τη θεραπεία της εξάρτησης.

Ήδη από το 1987 λειτούργησαν σε 5 νοσοκομεία του κρατιδίου της Βόρειας Ρηνανίας - Βεσφαλίας πειραματικά προγράμματα μεθαδόνης, των 15 θέσεων, έκαστο. Μετά τις νομοθετικές εξελίξεις, οι αρχικές 75 θέσεις θεραπείας, πολλαπλασιάστηκαν το 1993 σε 5.000, το 1996 σε 30.000 και το 1998 σε πάνω από 40.000 θέσεις θεραπείας υποκατάστασης (Methadon Expertise Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας Γερμανίας – Περιοδικό Der Spiegel, 6-7-1998). Η μεθαδόνη χορηγείται πλέον ως μέσο σωματικής αποτοξίνωσης, αλλά και σε προγράμματα υψηλών, μέσω και χαμηλών απαιτήσεων τόσο από εξειδικευμένα κέντρα όσο και από ένα σώμα 2.000 περίπου γιατρών, κυρίως ψυχιάτρων και οικογενειακών γιατρών. Οι γιατροί αυτοί, μετά την υποχρεωτική συμμετοχή σε ειδικό σεμινάριο, παίρνουν την έγκριση για τη συνταγογράφηση μεθαδόνης.

Ακόμη και σήμερα υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα κρατίδια της ομοσπονδιακής αυτής χώρας στην προσφορά θέσεων για θεραπεία υποκατάστασης. Το 1995, στο 80% των προσφερόμενων θέσεων μεθαδόνης συγκεντρώνονταν στα κρατίδια της Β. Ρηνανίας - Βεστφαλίας, κάτω Σαξονίας, Αμβούργου, Βερολίνου, Βρέμης και Έσσης. Με δεδομένη πλέον την τάση και των άλλων κρατιδίων, για αντίστοιχη προσφορά, αναμένεται περαιτέρω σημαντική συνολική αύξηση στα επόμενα χρόνια.

Τέλος, στη Γερμανία χρησιμοποιείται ευρέως και η διϋδροκωδεΐνη ως φάρμακο υποκατάστασης. Υπολογίζεται ότι σε 20.000-40.000 χορηγείται διϋδροκωδεΐνη ως υποκατάστατο, (Goedecke et al, 1994).

Συνολικά λοιπόν σήμερα βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης 60.000-80.000 εξαρτημένοι ήτοι το 30-50% των εξαρτημένων της χώρας. (E.M.C.D.D.A, 1998).

2. Δανία

Το 1966-67 λειτούργησαν τα πρώτα προγράμματα μεθαδόνης στη Δανία όπου τόσο ιδιώτες γιατροί όσο και δημόσια ιδρύματα χορηγούσαν μεθαδόνη. Μέχρι το 1986 το φάρμακο εχορηγείτο περισσότερο ως μέσο σωματικής αποτοξίνωσης και για σύντομα χρονικά διαστήματα. Στο χρονικό διάστημα 1986-89 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ληπτών μεθαδόνης. Το 1989 αναθεωρήθηκαν οι προδιαγραφές χορήγησης του φαρμάκου με τρόπο που πριμοδοτούσε τη χορήγηση μέσω εξειδικευμένων κέντρων με θεραπευτική επίβλεψη.

Σήμερα υπολογίζεται (Farrel, 1994) ότι ένα ποσοστό άνω του 60% των 10.000 εξαρτημένων της Δανίας συμμετέχει στα προγράμματα υποκατάστασης, ποσοστό που την τοποθετεί στην πρώτη θέση μαζί με την Ολλανδία και σε σημαντική απόσταση από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. (E.M.C.D.D.A, 1998).

2. Ελβετία

Στη χώρα αυτή και μέχρι το 1975, ήταν ευθύνη του γιατρού η συνταγογράφηση ή όχι ψυχοτρόπων ουσιών για θεραπευτικούς λόγους σε εξαρτημένα άτομα. Από το 1975 απαιτείται ειδική άδεια για τη συνταγογράφηση τους, σε μια προσπάθεια εφαρμογής μιας ενιαίας σχετικής πρακτικής. Με την πάροδο του χρόνου, την αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων και της ζήτησης της μεθαδόνης, δημιουργήθηκαν και πάλι διαφορές στην πρακτική χορήγησης της, κυρίως ανάμεσα στα καντόνια της χώρας. Με τρεις ευρύτατες και ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτες μελέτες του Υπουργείου Υγείας της Ελβετίας το 1984, 1989 και 1995 (Methadon Berchte), έγιναν προσπάθειες ενιαιοποίησης των κριτηρίων εισαγωγής, των πρακτικών χορήγησης και των στόχων των προγραμμάτων. Παράλληλα με τις μελέτες είχαμε και συνεχή αύξηση του αριθμού των συμμετεχόντων στα προγράμματα μεθαδόνης: (870 το 1982, 3.500 το 1991, 14.000 το 1994).

Πλην της μεθαδόνης χορηγούνται επίσης, στη λογική της υποκατάστασης και άλλες ουσίες, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη, η βουπρενορφίνη και τέλος από το 1996 και η ίδια η ηρωίνη, αρχικά πειραματικά και από το 1997 στα πλαίσια ενός προγράμματος αυστηρών προδιαγραφών. Το 1994, σε ένα πληθυσμό 28.000-56.000 εξαρτημένων, περίπου 15.000 βρισκόταν σε θεραπεία υποκατάστασης (30-40%) και 1.300 σε ελεύθερη ουσίων θεραπεία, (Methadon Bericht, 1995). Σήμερα υπολογίζεται ότι το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί.

B. Ιρλανδία

Στη Β. Ιρλανδία των 3,5 εκατομμυρίων κατοίκων ο αριθμός των εξαρτημένων υπολογίζεται περί τις 15.000. Η πρόληψη είναι κυρίως προσανατολισμένη στην ενημέρωση-εκπαίδευση και την καταστολή, ενώ η θεραπεία σε ελεύθερα ουσιών προγράμματα και κοινωνική στήριξη. Τα προγράμματα μεθαδόνης δεν γνώριζαν ικανοποιητική ανάπτυξη μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '90. Σήμερα συμμετέχουν σ' αυτά άνω των 3.000 εξαρτημένοι ήτοι ποσοστό 20% (E.M.C.D.D.A, 1998).

5. Ισπανία

Από το 1972 χορηγείται στην Ισπανία η μεθαδόνη. Αναλυτικές προδιαγραφές για την εισαγωγή, τη χορήγηση και τους στόχους των προγραμμάτων, υπάρχουν από το 1983. Το φάρμακο χορηγείται σε εξαρτημένους με τουλάχιστον 3 χρόνια εξαρτημένης χρήσης ηρωίνης, τουλάχιστον 2 αποτυχημένες προσπάθειες απεξάρτησης και χωρίς ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία.

Τα τελευταία χρόνια και παράλληλα με την εξάπλωση του AIDS μεταξύ των χρηστών αυξήθηκε σημαντικά και η συμμετοχή στα προγράμματα υποκατάστασης. Κατά τον Farrel (1994) υπολογίζεται ότι συμμετέχουν σε προγράμματα μεθαδόνης περίπου 12.000-15.000 χρήστες ουσιών. Υπάρχουν προγράμματα που στοχεύουν στην απεξάρτηση και προγράμματα που στοχεύουν στη «μείωση της βλάβης». Σήμερα συμμετέχουν σ' αυτά τα προγράμματα 50.000-55.000 εξαρτημένοι ήτοι ποσοστό 25% των 200.000 εξαρτημένων της χώρας (E.M.C.D.D.A, 1995-1998).

6. Ιταλία

Στη χώρα αυτή υπολογίζεται ότι υπάρχουν 100.000-200.000 εξαρτημένοι (E.M.O.O.O.A., 1995). Από το 1975 επιτρεπόταν στους γιατρούς της Ιταλίας να συνταγογραφούν, για ιατρικούς λόγους, ψυχότροπες ουσίες. Το 1978 και το 1980 αναθεωρήθηκε δύο φορές αυτή η ρύθμιση (Τίιοπιο, 1983). Έκτοτε η μεθαδόνη, ως μόνο επιτρεπόμενο φάρμακο υποκατάστασης, χορηγείται από εξειδικευμένα κέντρα ή ιδιώτες γιατρούς, σε συνεργασία όμως με εξειδικευμένα κέντρα, τα οποία και ελέγχουν την καταγραφή και την πορεία των περιστατικών.

Στην Ιταλία η μεθαδόνη γίνεται περισσότερο αποδεκτή ως μέσο σωματικής αποτοξίνωσης και λιγότερο ως μέσο απεξάρτησης ή και αξιοπρεπούς συντήρησης, γι' αυτό και κατά πλειοψηφία χορηγείται για σύντομα χρονικά διαστήματα και μόνο για τα βαρύτερα περιστατικά προβλέπεται μακροχρόνια χορήγηση. Κατά τον E&π&ι (1994) περίπου 10% των εξαρτημένων αυτής της χώρας συμμετέχουν σε προγράμματα μεθαδόνης.

Κατά το E.M.C.D.D.A 1998 συμμετέχουν στα προγράμματα μεθαδόνης της χώρας περί τους 40.000 εξαρτημένους ήτοι ποσοστό 20-40%.

7. Λουξεμβούργο

Η μικρή αυτή κεντροευρωπαϊκή χώρα, είναι η τελευταία πριν την Ελλάδα χώρα που λειτούργησε προγράμματα μεθαδόνης το 1989. Ο πληθυσμός των εξαρτημένων υπολογίζεται επισήμως στις 2.000. Στο Λουξεμβούργο λειτουργεί μόνο ένα

πρόγραμμα υποκατάστασης με περιορισμένο αριθμό θέσεων και αυστηρές απαιτήσεις συμμετοχής. Το 1998 υπήρχαν στη χώρα 160 θέσεις υποκατάστασης, ήτοι ποσοστό 8%.(E.M.C.D.D.A, 1995-1998).

Πίνακας 2. Συγκριτικός πίνακας συμμετοχής σε προγράμματα υποκατάστατων στις χώρες της Ε. Ε.

Χώρα	Πληθυσμός εξαρτημένων	Συμμετοχή σε προγράμματα	Συμμετοχή σε άλλα προγράμματα	Ποσοστό συμμετοχής
Αυστρία	20.000-25.000	3.000		10-15%
Βέλγιο	15.000	7.000		40%
Μ. Βρετανία	120.000	30.000		25%
Γαλλία	120.000-150.000	7.000	70.000 (βουπρενορφίνη)	50%
Γερμανία	120.000-210.000	40.000	40.000 (διδροκοδεΐνη)	40-50%
Δανία	10.000	6.000		60%
Ελβετία	28.000-56.000	15.000	1.000 (ηρωΐνη)	30-40%
Ελλάδα	60.000-80.000	650		1%
Β. Ιρλανδία	15.000	3.000		20%
Ισπανία	200.000	50.000-55.000		25%
Ιταλία	100.000-200.000	40.000-45.000		25%
Λουξεμβούργ	2.000	150-200		10%
Νορβηγία	5.000-6.000	100-200		3%
Ολλανδία	21.000-24.000	12.000-13.000		60%
Πορτογαλία	35.000-50.000	2.500		5-7%
Σουηδία	12.000-18.000	600		3-4%

Τα στοιχεία όπως αποδίδονται στον Πίνακα 2 αντλήθηκαν από: ο) Την έρευνα του Farrel 1994, β) Methadon Bericht 1995, γ) Methadon Expertise 1995, δ) Der drogenabhängige Patient(Goiz, 1998), ε) Methadon Praxis in Europa (Marx, 1991), στ) The Situation of the Drug Using in Europe, (1992), ζ) B. Schroder << Heroin>>, (1993), η) Ετήσιες Εκθέσεις E.M.C.D.D.A 1995-1998-1999. Αναδημοσιεύονται με την επιφύλαξη της δυσκολίας να υπάρξει σύμπτωση απόψεων των ειδικών, ακόμη και εντός συνόρων, στις περισσότερες από τις παραπάνω χώρες, σε ότι αφορά τους αριθμούς.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ.

Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ.

3.1. Ο Ορισμός του Κοινωνικού Αποκλεισμού. Γενικά Στοιχεία για την έννοια του Κοινωνικού Αποκλεισμού.

Το δέκατο ένατο αιώνα ο εκσυγχρονισμός και η εκβιομηχάνιση κατέληξαν σε ένα νέο είδος φτώχειας, που επέφερε σημαντικές αλλαγές στην εργατική τάξη. Οι κοινωνικές εντάσεις άρχισαν να απειλούν την κοινωνική τάξη, ενώ άρχισαν να θεσμοθετούνται νέα μέτρα, όπως η εργοστασιακή νομοθεσία, η κοινωνική ασφάλιση και η θεσμοθέτηση των βιομηχανικών σχέσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι εν λόγω κοινωνικές εντάσεις. Τα μέτρα αυτά αποτέλεσαν τις αρχές της ίδρυσης του κράτους πρόνοιας. Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιήθηκε στην αρχή της δεκαετίας του 70 για να αναφερθεί στα άτομα εκείνα που δεν προστατεύονταν από το κράτος πρόνοιας και θεωρούνταν κοινωνικά παρείσακτα. Οι κοινωνικά αποκλεισμένοι αποτελούσαν τα άτομα με βιολογικές και ψυχολογικές αναπηρίες, τους ηλικιωμένους, τους χρήστες ναρκωτικών, τους εγκληματίες, τους αυτοκτονικούς κτλ.

Στις δεκαετίες του '70 και '80, η παγκοσμιοποίηση και η νέα τάση προς την ιδιωτικοποίηση και τη μείωση παροχής των κρατικών υπηρεσιών, καθώς και η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας οδήγησαν σε αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας, καθώς και αστάθεια των κοινωνικών σχέσεων. Αναγνωρίστηκε ότι η απασχόληση δεν σχετιζόταν μόνο με το εισόδημα, αλλά και με την απόκτηση κοινωνικών δικτύων και με την αίσθηση της αυταξίας. Οι άνεργοι αποκλείονταν από τη συμμετοχή στις φυσιολογικές δραστηριότητες της κοινωνίας.

Κοινωνικός αποκλεισμός είναι η συσσώρευση αθροιστικών διαδικασιών με διαδοχικές ανακολουθίες του οικονομικού, του πολιτικού και κοινωνικού ιστού, που απομακρύνουν σταδιακά άτομα, ομάδες, κοινότητες και περιοχές οδηγώντας τα σε δυσμενή θέση σε σύγκριση με τα κέντρα εξουσίας, τους πόρους και τις επικρατούσες αξίες.

Το Παρατηρητήριο των Ευρωπαϊκών Επιτροπών για τις Εθνικές Πολιτικές συνδέει τον κοινωνικό αποκλεισμό με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών, με ένα συγκεκριμένο βασικό βιοτικό επίπεδο και με τη συμμετοχή σε σημαντικές κοινωνικές και επαγγελματικές ευκαιρίες της κοινωνίας. Το Κέντρο Ανάλυσης του Κοινωνικού Αποκλεισμού στη Μ. Βρετανία κάνει διαχωρισμό ανάμεσα στον εκούσιο και ακούσιο αποκλεισμό (Burchardt et al., 1999).

Διάφοροι μελετητές έχουν κατά καιρούς ορίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό:

Ο Le Grand θεωρεί ότι ένα άτομο είναι κοινωνικά αποκλεισμένο, εάν α) είναι κάτοικος μίας περιοχής, αλλά β) για λόγους που είναι πέρα από τον έλεγχό του δεν μπορεί να συμμετέχει στις συνήθεις δραστηριότητες της συγκεκριμένης κοινωνίας, αν και γ) θα ήθελε να συμμετέχει.

Ο Barry (1998) περιόρισε τον παραπάνω ορισμό, υποστηρίζοντας ότι, αν και συχνά ορισμένα άτομα ή ομάδες εθελουσίως προκρίνουν να μη συμμετέχουν, εντούτοις η απόφαση αυτή είναι αποκύημα μιας λανθάνουσας εντύπωσης ότι η συμμετοχή τους δεν θα εκτιμηθεί από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Επομένως, αποκλεισμός υφίσταται μόνο, εάν η κοινωνία πραγματικά αρνείται τη συμμετοχή.

Ο Amartia Sen διευρύνει την έννοια της φτώχειας εισάγοντας την έννοια της δυνατότητας. Συνδυάζει την έλλειψη εισοδημάτων με απουσία δυνατοτήτων να αποκτήσει ένα άτομο εισοδήματα ή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες, που θα του προσφέρουν δυνατότητες για κοινωνική ενσωμάτωση.

Ο Burchardt (2000) υποστηρίζει ότι ένα άτομο είναι κοινωνικά αποκλεισμένο, εάν δεν συμμετέχει σε λογικό βαθμό σε συγκεκριμένες δραστηριότητες της κοινότητάς του και αυτό οφείλεται σε αίτια που είναι πέρα από τον έλεγχό του, αν και θα ήθελε να συμμετέχει. Σε σχετική εμπειρική έρευνα, οι Burchardt et al. διέγνωσαν πέντε είδη δραστηριοτήτων, στις οποίες οφείλει να συμμετέχει κάθε άτομο: στην κατανάλωση, στην αποταμίευση, στην παραγωγή, στην πολιτική δραστηριοποίηση και στην κοινωνική δράση. (<http://penthileus.blogspot.com>)

Ο Atkinson (1998) προτείνει κάποιες διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού. Συγκεκριμένα θεωρεί ότι πρόκειται για έναν πολυδιάστατο όρο – ο κοινωνικός αποκλεισμός περιλαμβάνει πολύ περισσότερες πτυχές από μια απλή χρηματοοικονομική θεώρηση. Ο αποκλεισμός μπορεί να περιγραφεί καλύτερα, όταν συμπεριληφθούν όλες οι διαστάσεις αυτές και κυρίως οι σχέσεις μεταξύ τους. Είναι έννοια αλληλεπιδραστική – παραδοσιακά ο κοινωνικός αποκλεισμός αναφερόταν ως κατάσταση, που περιέγραφε την απομόνωση των νοικοκυριών και την ανικανότητα πρόσβασής τους σε πόρους. Σταδιακά όμως έγινε αντιληπτό ότι μια τέτοια ατομικιστική προσέγγιση δεν λάμβανε υπόψη την αδυναμία της κοινότητας να παράσχει επιλογές και δυνατότητες στα νοικοκυριά που κινδύνευαν.

Η Αγγλοσαξονική Σχολή, επηρεασμένη από το φιλελευθερισμό, θεωρεί ότι η φτώχεια είναι αποτέλεσμα ατομικής ευθύνης και μέλημα της κοινωνικής πολιτικής είναι να δώσει ίσες ευκαιρίες στον κάθε πολίτη, για να επιβιώσει σε μια ανταγωνιστική κοινωνία. Αντίθετα, η Γαλλική Σχολή θεωρεί ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι η διαδικασία απόσπασης από την κοινωνική ιεραρχία και σκοπός της κοινωνικής πολιτικής είναι η κοινωνική ενσωμάτωση. Ο κοινωνικός αποκλεισμός βασίζεται στη σχετικότητα (relativity) – την ιδέα ότι ο αποκλεισμός μπορεί να διαγνωσθεί συγκρίνοντας τις συνθήκες μερικών ατόμων (ή ομάδων) σε σχέση με άλλα σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο. Οι άνθρωποι μπορεί ακόμα να αποκλείονται από τη δράση ορισμένων φορέων. (<http://penthileus.blogspot.com>)

3.2. Τα χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Αποκλεισμού.

Τα χαρακτηριστικά του αποκλεισμού μπορεί να γίνουν εμφανή μόνο με την πάροδο του χρόνου, ως μια συσσωρευμένη αντίδραση. Τα κοινά χαρακτηριστικά των καταστάσεων αποκλεισμού στα οποία φαίνεται να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των επιστημόνων είναι: η έλλειψη δυνατότητας άσκησης των δικαιωμάτων του ατόμου

χωρίς βοήθεια, εξαιτίας της ύπαρξης περιορισμών πρόσβασης σε τομείς, όπως η πληροφόρηση, η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η απασχόληση, η στέγαση, οι συλλογικές υπηρεσίες, η ιατρική περίθαλψη. Η κακή εικόνα, που συχνά διατηρούν τα άτομα αυτά για τον εαυτό τους και για την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους. Ο κίνδυνος μονιμοποίησης των αναγκών ενίσχυσής τους. Ο πιθανός στιγματισμός αυτών και των συνοικιών των αστικών περιοχών, όπου κατοικούν. Η ενδεχόμενη ισχνή σχέση των ατόμων αυτών με τους κύριους κοινωνικούς μηχανισμούς, που παράγουν ή διανέμουν πόρους, όπως αγορά εργασίας, οικογένεια ή άλλα διαπροσωπικά δίκτυα, το κράτος (Ελπίδα Παπιά, Κοινωνιολόγος, www.medlab-uoi.gr).

Έμφαση δίνεται όχι μόνο στα αποτελέσματα της φτώχειας και στις πιθανότητές της, αλλά και στην έλλειψη προοπτικών για το μέλλον. Ο κοινωνικός αποκλεισμός νοείται ως διαδικασία και όχι ως στατικό αποτέλεσμα. Έμφαση επομένως δίνεται στην άρση των αιτιών του και όχι στην ενίσχυση ορισμένων κοινωνικών ομάδων.

Οι Χτούρης, Ζήση, Παπάνης και Ρόντος (2004) προτείνουν την αναγνώριση των σύνθετων (ανταγωνιστικών) διαδικασιών, στις οποίες εγκλωβίζεται το άτομο στη διάρκεια της κοινωνικοποίησής του, της εκπαιδευτικής διαδικασίας ή της ενσωμάτωσής του στην αγορά εργασίας. Οι διαδικασίες αυτές έχουν σχέση με: **α)** τις αντιθέσεις ανάμεσα στην προσπάθεια κοινωνικής ανέλιξης της συνολικής οικογένειας και τις ατομικές προσπάθειες, **β)** την αντίθεση ανάμεσα στην οικογενειακή οργάνωση παραγωγής και την αδιαφάνεια του τραπεζικού συστήματος, την έλλειψη υποδομών και την απουσία συστημάτων στήριξης των επιχειρήσεων, **γ)** τις δυσκολίες πρόσβασης και επικοινωνίας, της εσωστρέφειας του οικογενειακού θεσμού, **δ)** την αντίθεση ανάμεσα στις δυσλειτουργίες των δημόσιων θεσμών και την ισχυρή παρεμβατική τους λειτουργία, καθώς και το συγκεντρωτικό τρόπο οργάνωσης.

Σύμφωνα με τον Levitas (1999), υπάρχουν τρεις προσεγγίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού: **α)** η ολιστική προσέγγιση (integrationist), κατά την οποία η απασχόληση θεωρείται ως η βασική δύναμη ενσωμάτωσης μέσω του εισοδήματος, της αίσθησης ταυτότητας και αυταξίας, που προσφέρει η εργασία, και των δικτύων. **β)** η προσέγγιση της φτώχειας (poverty), κατά την οποία τα αίτια του αποκλεισμού συσχετίζονται με χαμηλό εισόδημα και την έλλειψη υλικών πόρων. **γ)** η προσέγγιση των χαμηλών στρωμάτων (underclass), η οποία θεωρεί ότι οι αποκλεισμένοι παρεκκλίνουν από τις ηθικές και πολιτισμικές νόρμες της κοινωνίας, χαρακτηρίζονται από μία «κουλτούρα φτώχειας» ή «εξάρτησης» και ευθύνονται για την κατάσταση φτώχειας, στην οποία βρίσκονται, καθώς και τη μετάδοσή της από γενιά σε γενιά. (<http://penthileus.blogspot.com>)

Με βάση την ανάλυση του R. Castel, ο αποκλεισμός είναι η ορατή πλευρά ενός φαινομένου που χαρακτηρίζει κεντρικά τις μοντέρνες δυτικές κοινωνίες.

Είναι αυτό που ο ίδιος αποκαλεί “ο θρυμματισμός (effritement) της μισθωτής κοινωνίας”

Τρεις είναι οι νόμιμες χρήσεις του αποκλεισμού :

1. Πλήρης περιχάρκωση του αποκλεισμένου από την κοινότητα, εκδίωξη και εξόντωση του .
2. Περιχάρκωση σε κλειστούς χώρους, αποκλεισμός από την κοινότητα, όπως είναι το γκέτο.

3. Επιλογή ενός ειδικού καθεστώτος, που σου επιτρέπει να συνυπάρχεις με τους άλλους αλλά σε μια θέση παράμερα. (R. Castel « Les pièges de l'exclusion Lien social et politiques » RIAC ,1995).

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση (ΕΣΔΕΝ), ως κοινωνικά αποκλεισμένοι θεωρούνται: **α)** οι δικαιούχοι ΕΚΑΣ, **β)** οι υπερήλικες ανασφάλιστοι, **γ)** οι ανάπηροι, **δ)** οι πολύτεκνοι χαμηλών εισοδημάτων, **ε)** οι τσιγγάνοι, **στ)** οι μειονοτικές ομάδες, **ζ)** οι άνεργοι με ιδιαίτερα προβλήματα και **η)** κάθε άλλη κοινωνική ομάδα που στη φάση ανάπτυξης των κοινωνικοασφαλιστικών δομών δεν είχε γεωγραφικά, θεσμικά και χρονικά τη δυνατότητα κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Οι δείκτες κοινωνικού αποκλεισμού μπορούν να κατανεμηθούν με δύο τρόπους: είτε ανάλογα με τους τομείς από τους οποίους αποκλείονται τα άτομα ή οι ομάδες (κάθετος αποκλεισμός) είτε αναφορικά με τη μορφολογία και διάρθρωση της κοινωνίας, δηλαδή με τις λεγόμενες «ευάλωτες ομάδες»(οριζόντιος αποκλεισμός): (<http://penthileus.blogspot.com>).

ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ:

Το Χαμηλό εισόδημα.

Το χαμηλό εισόδημα είναι ο κυριότερος δείκτης κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς συνδέεται με μικρό προσδόκιμο μέσο όρο ζωής, έλλειψη συμμετοχής στα κοινωνικά δρώμενα, περιθωριοποίηση και αποκλεισμό από την πλειονότητα των παροχών. Πέρα από τα όρια φτώχειας, που έχει θέσει η Ευρωπαϊκή Ένωση, οι μελλοντικοί δείκτες πρέπει να καταγράφουν την εμμονή σε επίπεδα χαμηλού εισοδήματος και τη χρονική διάρκεια παραμονής σε αυτήν την κατάσταση, την πιθανότητα εξόδου από τις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις, την προσωπική εκτίμηση των πολιτών για τις οικονομικές τους δυσκολίες, τον αριθμό των ατόμων που βασίζονται στην επιβίωσή τους σε επιδόματα και τη γεωγραφική κατανομή της φτώχειας.

Ο ορισμός του Townsend για τη φτώχεια αναφέρεται σε άτομα, οικογένειες και ομάδες που δεν διαθέτουν τους πόρους, για να ακολουθήσουν έναν τρόπο διαβίωσης, δεν δύνανται να συμμετέχουν σε δραστηριότητες μιας κοινότητας και δεν διαθέτουν τις συνθήκες διαβίωσης και τις ανέσεις που είναι συνηθισμένες ή εγκρίνονται από τις κοινότητες. Οι πόροι τους είναι κάτω του ορίου που θεωρείται μέσος όρος. (Townsend, 1979).

Η οικονομική ανάπτυξη μπορεί να αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την παρεμπόδιση και την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά ορισμένα είδη οικονομικής ανάπτυξης μπορούν να προκαλέσουν αποκλεισμό, όταν τα οφέλη της μονοπωλούνται από συγκεκριμένες ομάδες.

Η κοινωνική ενσωμάτωση και ευημερία αναφέρεται στη δυνατότητα των πολιτών να εκδηλώνουν πλήρως τις δυνατότητές τους στον επαγγελματικό τομέα. Ο αποκλεισμός από την αγορά εργασίας, η υποαπασχόληση και η ανεργία μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες στη φυσική και ψυχολογική υγεία. (<http://penthileus.blogspot.com>)

Η Εκπαίδευση.

Η ελλιπής εκπαίδευση είναι αιτία κοινωνικού αποκλεισμού και ο καλύτερος τρόπος αποφυγής του είναι η πρόσβαση στην ποιοτική εκπαίδευση. Τα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα στερούνται των βασικών εφοδίων ζωής, όπως τον αριθμητικό και γλωσσικό γραμματισμό, τις κοινωνικές δεξιότητες και την ικανότητα επικοινωνίας. Οι πολίτες που αποκλείονται ή εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο δεν έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν εξειδικευμένη γνώση και αυτοεκτίμηση και αδυνατούν να νοήσουν τον εαυτό τους ως κοινωνικά ενταγμένο. Οι συνηθέστεροι δείκτες είναι το ποσοστό των απουσιών από το σχολείο, το ποσοστό των μαθητών που δεν ολοκληρώνουν την υποχρεωτική εκπαίδευση, το ποσοστό των εργαζομένων χωρίς τυπικά προσόντα. Οι μελλοντικοί δείκτες πρέπει να καταγράφουν την επαγγελματική και κοινωνική πορεία των ατόμων που έχουν εγκαταλείψει την εκπαίδευση και τη δυνατότητα κατάρτισης και δια βίου εκπαίδευσης. (<http://penthileus.blogspot.com>)

Η Περίθαλψη.

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης είναι ο καθρέπτης του κοινωνικού κράτους και πεδίο, όπου μπορεί να διαφανεί η ένταση του κοινωνικού αποκλεισμού. Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας και η συγκρουσιακή σχέση των υπηρεσιών κράτους και ιδιωτικού τομέα είναι εμπόδια στην ισότιμη πρόσβαση και αναπαράγουν τις κοινωνικές ανισότητες. Ως μέτρα προτείνονται η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτές, ασχέτως γεωγραφικής ή οικονομικής θέσεως.

Η Στέγαση.

Η έλλειψη στέγης ή η κακή ποιότητα στέγασης είναι άλλος ένας δείκτης κοινωνικού αποκλεισμού, που επηρεάζει την ατομική και οικογενειακή υγεία, την ανάπτυξη των παιδιών. Δείκτες στέγασης περιλαμβάνουν το ποσοστό των αστέγων, το ποσοστό των νοικοκυριών σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, τις ομάδες υψηλού κινδύνου, όσον αφορά την απώλεια της στέγης. Άλλοι παρεμφερείς δείκτες περιλαμβάνουν την έλλειψη θέρμανσης και την αδυναμία επισκευής των σπιτιών. Η ιδιοκατοίκηση είναι κανόνας στην ύπαιθρο, ενώ στις πόλεις υψηλότερο ποσοστό επισφάλειας παρουσιάζουν οι ενοικιαστές, για τους οποίους η στέγαση και οι συνθήκες κατοικίας είναι θέμα αιχμής και σημαντικότετος προσδιοριστικός παράγοντας του κινδύνου αποκλεισμού.

Η Κοινωνική Ασφάλιση.

Η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει την κοινωνική αρωγή (για την εξάλειψη της φτώχειας) και την κοινωνική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλεια βασίζεται σε ένα θεσμικό κράτος και σε μία καλά οργανωμένη αγορά εργασίας (Wood, 2001). Απαιτείται η σύσταση οργανωμένων και ρυθμιστικών οικονομικών αγορών, για την υποστήριξη τομέων που αφορούν την αποταμίευση, τις συντάξεις και την ασφάλιση. Παρόλα αυτά, στις αναπτυγμένες χώρες, η κοινωνική ασφάλεια δεν αποτελεί μόνο μέριμνα του Κράτους, αλλά περιλαμβάνει και τη δραστηριοποίηση των δημόσιων, των μη κυβερνητικών οργανισμών και των κοινωνικοπολιτικών και ανθρωπιστικών ιδρυμάτων (Ahmad et al., 1991). Η επιτυχής κοινωνική ασφάλεια δεν πρέπει να

κρίνεται με βάση τα μέσα που παρέχει, αλλά με βάση την επίδραση που έχει στη ζωή των πολιτών και τις δυνατότητες που τους παρέχει.

Παράλληλα με τον κοινωνικό αποκλεισμό, γίνεται λόγος και για πολιτισμικό αποκλεισμό στην περίπτωση που τα άτομα αποκλείονται από τη συμμετοχή τους σε συγκεκριμένα κοινωνικά δίκτυα (Figueroa et al., 1996). Η αναθεώρηση του Συντάγματος θεσμοθέτησε το κοινωνικό κράτος. «Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους». Ενισχύεται το περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων και η ευχέρεια του νομοθέτη και της διοίκησης για την ενίσχυση της παρεχόμενης κοινωνικής προστασίας. Η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς ορίζεται και από το Σύνταγμα σχετικά με τα κοινωνικά δικαιώματα του πολίτη. Όλοι οι πολίτες έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας.

Η Συμμετοχικότητα.

Η συμμετοχικότητα είναι άλλος ένας δείκτης κοινωνικού αποκλεισμού. Τα άτομα που δεν συμμετέχουν σε κοινωνικές ομάδες, δεν μπορούν να διασφαλίσουν την προσωπική τους εξέλιξη και δεν ενδιαφέρονται για το καλό των συνανθρώπων τους. Ο κυριότερος δείκτης είναι το ποσοστό αποχής από τις εκλογές. (<http://penthileus.blogspot.com>)

Στην Ελλάδα ο όρος χρησιμοποιήθηκε επίσημα στη δεκαετία του '90, όταν δημιουργήθηκε και το Εθνικό Παρατηρητήριο Καταπολέμησης του Αποκλεισμού που έστειλε (το 1990) στο αντίστοιχο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο και την πρώτη Ελληνική έκθεση για το θέμα.

Σ' εκείνη την έκθεση γινόταν η διαπίστωση ότι κοινό χαρακτηριστικό των αποκλεισμένων είναι η ισχνή σχέση τους με τους κύριους κοινωνικούς μηχανισμούς που παράγουν ή διανέμουν πόρους, την αγορά εργασίας, την οικογένεια ή άλλα διαπροσωπικά δίκτυα και το κράτος. (Τζένη Καβουνίδα «Κοινωνικός αποκλεισμός, έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής» στο «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα» ΕΚΚΕ 1996, τομ. Α: σελ. 47-79).

Στα πλαίσια των πολιτικών επιδότησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Πράσινη και Λευκή Βίβλος) η Ελλάδα ανέλαβε και υλοποίησε προγράμματα καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και ένταξης σ' αυτή ευπαθών κοινωνικών ομάδων (Φτώχεια 3, Horizon, Now). Στο πρόγραμμα, μάλιστα, «Φτώχεια 3» (1989-1994) εντάχθηκε και το πρόγραμμα της Καλλιθέας για την κοινωνική ένταξη πρώην χρηστών ναρκωτικών ουσιών. (Νίκος Φακολάς, Γιώργος Στυλιάρης, Καλλιόπη Μουλά «Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ανεξαρτημένων ατόμων» στο «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα» τόμος Α', σελ. 331-365).

Από τις έρευνες που έγιναν εκείνη την εποχή στην Ελλάδα διαπιστώθηκε πρώτον ότι οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες δεν είναι κατ' ανάγκη και κοινωνικά αποκλεισμένες και δεύτερον, ότι στην Ελληνική κοινωνία ως κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες εμφανίζονται οι παραδοσιακές κοινωνικές ομάδες όπως είναι οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. (Δέσποινα Παπαδοπούλου «Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία» στο «Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» βλ. 17, σελ. 367-398, εκδ. Εξάντας, 2004), ακριβώς επειδή σ' αυτές τις κοινωνικές ομάδες έχουν διαρραγεί οι κοινωνικοί δεσμοί.

Μια από τις βασικές πηγές, που τροφοδοτούν τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι χωρίς αμφιβολία η ανεργία, ιδιαίτερα η μακροχρόνια.

Η Ελλάδα εμφανίζει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας μετά την Ιταλία. Όμως και η επισφαλής και περιθωριακή απασχόληση μπορεί να τροφοδοτεί τον κοινωνικό αποκλεισμό εξίσου με τα μακρά διαστήματα ολικής απουσίας απασχόλησης. (Μαρία Καραμεσίνη «Ανεργία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» στο Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» σελ. 399 – 438.)

Σ' ότι αφορά τη φτώχεια, με την οποία συνδέεται – χωρίς βεβαίως να ταυτίζεται- το φαινόμενο, η Ελλάδα(Μ. Δρετάκη «Η διαιώνιση της φτώχειας στην Ελλάδα» Ελευθεροτυπία, 21-22/4/06) κατέχει μαζί με την Πορτογαλία τις δύο πρώτες θέσεις στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη μεγαλύτερη φτώχεια λόγω και των πολύ χαμηλών κοινωνικών παροχών στους φτωχούς (πολύ χαμηλά και για μικρό χρονικό διάστημα επιδόματα ανεργίας, πολύ χαμηλές παροχές στις πολύτεκνες οικογένειες, στα άτομα με ειδικές ανάγκες κ. ά) Έτσι, αν δεχτούμε τον ορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού ως χρόνια σφωρευτική μειονεξία και όχι ως κατάσταση διάρρηξης του κοινωνικού δεσμού, η Ελλάδα έρχεται δεύτερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση ως προς την έκταση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού που αγκαλιάζει το 15% του Ελληνικού πληθυσμού.(Μαρία Καραμεσίνη «Ανεργία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» στο Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» σελ. 399 – 438.)

Επιπλέον η Ελλάδα έχει δεχτεί στο τέλος του 20^{ου} και στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, μεγάλο αριθμό οικονομικών μεταναστών (από την Αλβανία, τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, τις αραβικές χώρες, αλλά και την Ινδική υποήπειρο) αλλά και πολιτικών προσφύγων, που βρίσκονται στις παρυφές της ελληνικής κοινωνίας (στο γκρίζο καθεστώς μεταξύ παρανομίας και νομιμότητας) μόνιμη δεξαμενή κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων. Σ' αυτή τη δεξαμενή βρίσκονται και οι τοξικομανείς, που ο αριθμός τους έχει αυξηθεί τρομακτικά τα τελευταία χρόνια. Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών νόμιμων και παράνομων, του τύπου της πολυτοξικομανίας, από άτομα όλο και πιο νέας ηλικίας σε μεγάλες συνήθως ποσότητες στην εποχή μας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια «στρατηγική προσαρμογής», μια «στρατηγική επιβίωσης» μέσα σε συνθήκες γενικότερης οικονομικής και κοινωνικής περιθωριοποίησης. .(Μαρία Καραμεσίνη «Ανεργία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» στο Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» σελ. 399 – 438.)

3.3.Τοξικομανία και Κοινωνικός Αποκλεισμός.

Παίρνοντας το δρόμο της φυγής διαμέσου των ουσιών ο τοξικομανής «επιλέγει» ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής. Η επιλογή, όμως , αυτή δεν αποτελεί μια ελεύθερη επιλογή, όπως θέλουν να την παρουσιάζουν όσοι κάνουν αφαίρεση του κοινωνικού χαρακτήρα του προβλήματος. Η επιλογή των ουσιών από τον έφηβο γίνεται σε κάποια στιγμή κορύφωσης του προσωπικού του αδιεξόδου , που καθιστά αφόρητη γι' αυτόν την πραγματικότητα που ζει. Υπαγορεύεται από όλους εκείνους τους λόγους, ατομικούς και κοινωνικούς, που γίνονται πηγή μιας τεράστιας δυσφορίας που τον ωθεί στην αναζήτηση τρόπων φυγής από τη μοναξιά και την απελπισία του. Η επιρρέπειά του στη χρήση ουσιών, άμεση συνέπεια της ευαλωτότητας του ψυχισμού του, αντανακλά την κοινωνική ευαλωτότητα, τη διάρρηξη των κοινωνικών δεσμών και την απόλυτη εξατομίκευση.

Η χρήση των ουσιών ισοδυναμεί με ένα «χημικό νάρθηκα», που όμως δεν τον στηρίζει, αλλά αντίθετα τον καταδυναστεύει. Γιατί η χρήση και η εξάρτηση από τις

ουσίες αποτελεί μια τυραννική εμπειρία, που τον εκμηδενίζει ως σκεπτόμενο και δρών κοινωνικό άτομο. Έτσι αναπτύσσεται μια δυναμική που τροφοδοτεί την περιθωριακότητα και τροφοδοτείται απ' αυτήν.

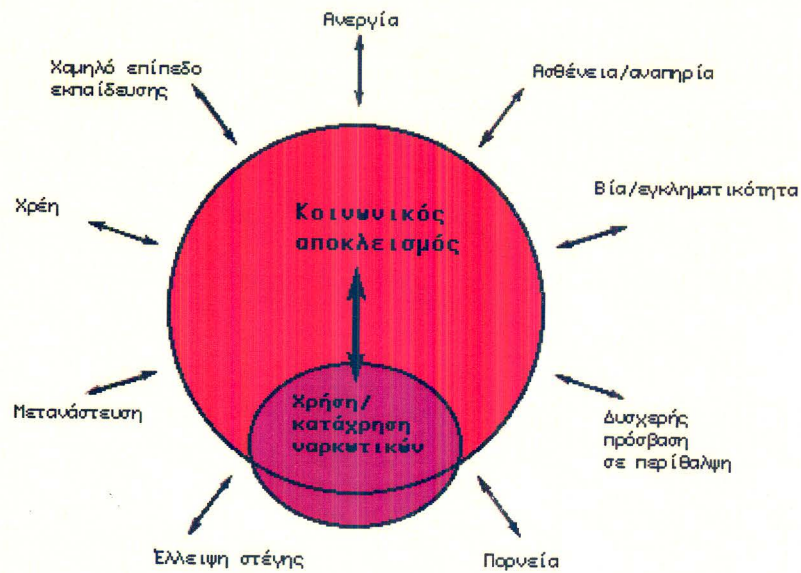
Μέσα στον άγριο κόσμο των ουσιών, όταν πια εγκατασταθεί η εξάρτηση ως τρόπος ζωής, όλες αυτές οι ατομικές περιπτώσεις χαμένες στην ανωνυμία τους τραγικές μέσα στη μοναξιά την απελπισία και την εξαθλίωση, «σκιές ανθρώπων» περιφέρουν στις πλατείες τα σώματα τους κουβαλώντας στις πλάτες τους το βάρος μιας ζωής χωρίς νόημα. Το μόνο που μπορεί πια να κινήσει την προσοχή και το ενδιαφέρον τους είναι η εξασφάλιση της πολυπόθητης «δόσης». Έχοντας διαρρήξει οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς, επιβιώνουν με μεγάλη δυσκολία στο περιθώριο χωρίς να είναι σε θέση να αρθρώσουν το δικό τους λόγο και να ασκήσουν τα ατομικά κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα τους, ενώ οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις που λειτουργούν σε βάρος τους κάνουν εξαιρετικά δυσχερή ακόμη και την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν προβλήματα που απειλούν όχι απλά την υγεία αλλά ακόμα και τη ζωή τους. %.(EMCDDA. Annual Report on the state of the drug problem in the European Union and Norway, 2002).

Το κοινωνικά αποκλεισμένο άτομο είναι τόσο εξατομικευμένο, τόσο ισοπεδωμένο από το βάρος του στίγματος και της κοινωνικής απομόνωσης τόσο αποθαρρυσμένο που δεν μπορεί από μόνο του να αποτελέσει εστία ενεργητικής αντίστασης σ' όλους εκείνους τους παράγοντες που προκαλούν και συντηρούν τον αποκλεισμό του.

Αντίθετα αναπτύσσει εύκολα εξαρτήσεις από νόμιμες και παράνομες ουσίες, στην απεγνωσμένη «επιχείρηση φυγής» απ' την τραγική καθημερινότητα.

Τα ποσοστά της τοξικομανίας στον χώρο των κοινωνικά αποκλεισμένων είναι υψηλά, μολονότι υπάρχουν σοβαροί μεθοδολογικοί περιορισμοί, που αφορούν τη συλλογή, την καταγραφή και τη συγκριτική εκτίμηση των δεδομένων.

Με βάση, πάντως τα στοιχεία που διαθέτει αυτή τη στιγμή το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα ναρκωτικά (EMCDDA) η κατάσταση είναι τραγική.(EMCDDA. Annual Report on the state of the drug problem in the European Union and Norway, 2002).



Γράφημα 1

Έχει βρεθεί ότι το 45.8% των τοξικομανών στην Ευρώπη είναι άνεργοι. Στην Ελλάδα το ποσοστό είναι ακόμα πιο υψηλό, φτάνοντας το 64,3%. Από τα επίσημα στοιχεία συνάγεται επίσης ότι ο μισός σχεδόν πληθυσμός των τοξικομανών που απευθύνεται σε θεραπευτικά προγράμματα έχει εγκαταλείψει το σχολείο ή έχει εκδιωχθεί απ' αυτό και δεν έχει καν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Στο χώρο των φυλακισμένων περισσότεροι από τους μισούς (54%) κάνει χρήση ουσιών μέσα στη φυλακή και μάλιστα ενδοφλέβια (το 34%). Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (το 3-26%) άρχισε τη χρήση ενώ βρισκόταν στη φυλακή.

Σε σχέση με τους μετανάστες δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Από το ΕΚΤΕΠΝ γνωρίζουμε μόνο ότι το 1,4% των τοξικομανών που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα το 2002 ήταν μετανάστες.

Υπάρχουν σοβαρές μελέτες σε πληθυσμούς αστέγων της Δανίας, της Γαλλίας και της Ιρλανδίας, που επιβεβαιώνουν τα μεγάλα ποσοστά τοξικομανίας. Η Ολλανδία και η Μ. Βρετανία αναφέρουν ποσοστά τοξικομανίας 14-80% στους αστέγους που ζουν σε πρόχειρα καταλύματα και ακόμα μεγαλύτερα σ' εκείνους που ζουν στο δρόμο. Από αυτά του ΕΚΤΕΠΝ φαίνεται ότι το 4,9% των χρηστών που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα μέσα στο 2001 ήταν άστεγοι.

Τα παιδιά των τοξικομανών που οι γονείς τους συνεχίζουν να κάνουν χρήση έχουν διπλάσια πιθανότητα να εγκαταστήσουν κάποια τοξικομανία. Θεωρείται ότι αυτά τα παιδιά έχουν επικράτηση τοξικομανίας 37-49% στη διάρκεια της ζωής τους σε σύγκριση με ένα 29-39% των παιδιών των μη-χρηστών.

Τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση (σεξουαλική και άλλη) μέσα και έξω από την οικογένεια έχουν πολλαπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τοξικομανία. Από σχετική έρευνα στην Πορτογαλία φαίνεται ότι αυτή είναι επταπλάσια.

Στα παιδιά του δρόμου τα ποσοστά της τοξικομανίας είναι επίσης υψηλά, 2-8-φορές μεγαλύτερα από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι ουσίες που χρησιμοποιούν αυτά τα παιδιά είναι βασικά το κρακ, η ηρωίνη και τα διαλυτικά.

Μεγάλα ποσοστά τοξικομανίας, ανευρίσκονται επίσης στα παιδιά που ζουν σε αναμορφωτήριο και δεν παρακολουθούν σχολείο. Στη Γαλλία το ποσοστό αυτό φτάνει το 65%, ενώ στη Φινλανδία το 40%.

Μια ποιοτική μελέτη σε πόρνες της Ιταλίας έχει δείξει ότι άλλες κάνουν χρήση ναρκωτικών για να αντέξουν τις συνθήκες της ζωής τους ενώ άλλες κάνουν πορνεία για να εξασφαλίσουν τα ναρκωτικά τους.

Τέλος πρέπει να πούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που βρίσκονται σε ψυχιατρεία ή άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες κάνει χρήση ναρκωτικών. Από σχετικές έρευνες στη Δανία το ποσοστό αυτό – με βάση τα στοιχεία του EMCDDA – φτάνει το 50-60%. (EMCDDA, Annual Report on the state of the drug problem in the European Union and Norway, 2002).

3.4. Τα Πεδία προβλημάτων των εξαρτημένων και απεξαρτημένων ατόμων. (Τρόποι, μορφές, μηχανισμοί Κοινωνικού Αποκλεισμού.)

3.4.1. Σωματική υγεία

Η μακροχρόνια κατάχρηση των ναρκωτικών ουσιών δημιουργεί προβλήματα στην υγεία και κινδύνους για την ίδια τη ζωή των εξαρτημένων. Μερικά από τα προβλήματα υγείας εξακολουθούν να απασχολούν το άτομο ακόμη και μετά την απεξάρτηση του από τις ουσίες και δεν είναι εύκολη η αντιμετώπιση τους, διότι οι περισσότεροι απεξαρτημένοι είναι ανασφάλιστοι.

Σημαντικά προβλήματα στην επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους έχουν όσοι απεξαρτημένοι είναι φορείς του AIDS και όσοι πάσχουν από ηπατίτιδα Β ή C. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής (Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

3.4.2. Διαπροσωπικές σχέσεις.

Πολλά άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες συγχρόνως υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές. Όμως, δεν είναι σαφές ποια διαταραχή προϋπήρχε και ποια προέρχεται από τις ουσίες. Αυτό που έχει σημασία είναι πως τα συμπτώματα των διαταραχών τα οποία προκλήθηκαν από τις ουσίες είναι ανατρέψιμα, όταν σταματήσει η εξάρτηση. Τα απεξαρτημένα άτομα δεν είναι, δεν πρέπει να θεωρούνται, αλλά και να αντιμετωπίζονται ως άρρωστοι ή ως άτομα με ειδικές ανάγκες.

Το πρώτο και μεγαλύτερο πρόβλημα των απεξαρτημένων ατόμων είναι οι σχέσεις τους και η επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους.

Η απεξάρτηση από τις ουσίες και η κοινωνική ένταξη/επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων είναι και πρέπει να γίνει αποδεκτή από την κοινωνία ως μια διαδικασία ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και ανάπτυξης του ατόμου. Απαιτεί χρόνο και αλλαγές όχι μόνο σε ορισμένες συμπεριφορές του ατόμου, αλλά συνολική αλλαγή στον τρόπο σκέψης, στον τρόπο ζωής.

Στη διάρκεια αυτής της διαδικασίας τα απεξαρτημένα άτομα:

- Παραμένουν ευάλωτα απέναντι σε πρόσωπα, μέρη, συναισθήματα ή γεγονότα.
- Πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις χωρίς ναρκωτικές ουσίες.
- Αποκτούν ένα νέο ρόλο μέσα στην οικογένεια.
- Δυσκολεύονται να θέσουν προσωπικούς κανόνες και όρια.
- Δυσκολεύονται να ελέγξουν τα δικά τους όρια.
- Αισθάνονται ενοχές και ντροπή για το παρελθόν τους.
- Δυσκολεύονται να γνωρίσουν και να εμπιστευτούν τους ανθρώπους..(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

3.4.3. Στέγαση.

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας απεξάρτησης συνοδεύεται εκτός των άλλων κι από το παρακάτω βασικό ερώτημα: πού θα στεγαστεί το απεξαρτημένο άτομο, τώρα, στη νέα του ζωή;

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων:

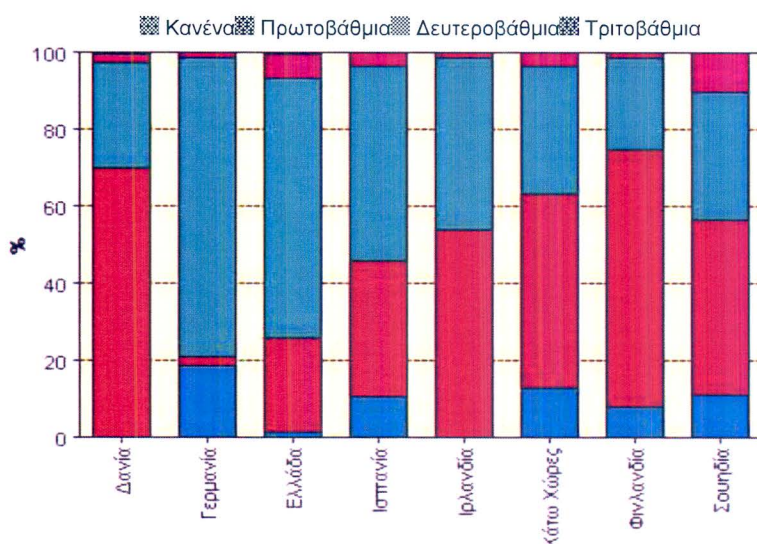
- Είναι το οικογενειακό περιβάλλον «υγιές» και ικανό να βοηθήσει το απεξαρτημένο άτομο; Υπάρχει ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας του εκείνη η ποιότητα στις σχέσεις και στην επικοινωνία που θα συμβάλει θετικά στην ένταξη/επανένταξη του απεξαρτημένου;
- Είναι το απεξαρτημένο άτομο επιθυμητό από την οικογένεια του ή δεν έχει θέση σ' αυτήν, επειδή θεωρείται «ο πρεζάκιας της οικογένειας»;
- Έχει το απεξαρτημένο άτομο την οικονομική δυνατότητα να ζήσει σε διαφορετική κατοικία από τους γονείς του;
- Δέχονται οι ιδιοκτήτες μιας κατοικίας να την ενοικιάσουν σ' ένα άτομο, όταν μάθουν πως αυτό είχε περιπέτειες με τα ναρκωτικά

Πολλά απεξαρτημένα άτομα αναγκάζονται, επειδή δεν έχουν εργασία, επειδή είναι ακριβά τα ενοίκια κι επειδή η οικογένεια τους δεν τα θέλει ή δεν μπορεί να τα συντηρεί, να αναζητήσουν στέγη στο φιλικό ή το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον. Μερικές φορές συγκατοικούν με παλιούς φίλους τους από την πιάτσα, οι οποίοι ακόμη δεν έχουν απεξαρτηθεί (ΣΚΕ, 1993)

3.4.4 Μόρφωση.

Οι έφηβοι που αποκτούν εξάρτηση από τις ουσίες συνήθως δεν ολοκληρώνουν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Λύκειο). Ο ένας στους δύο απεξαρτημένους δε διαθέτει απολυτήριο Λυκείου («Θησέας», 1993). Έτσι, όταν μετά από αρκετά χρόνια απεξαρτηθούν, δε διαθέτουν ένα βασικό τυπικό προσόν το απολυτήριο Λυκείου που απαιτείται για να εργαστούν.

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί εμπόδιο όχι μόνο για να διεκδικήσουν θέσεις εργασίας, αλλά και για να αποκτήσουν επαγγελματική κατάρτιση σε μια σειρά από σύγχρονα επαγγέλματα. Είναι λοιπόν πολύ φυσικό να δέχονται μεγάλη πίεση για να συνεχίσουν και να ολοκληρώσουν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ταυτόχρονα αισθάνονται μεγάλες δυσκολίες «να ξανακαθίσουν στα θρανία». Οι δυσκολίες αυτές συσχετίζονται κυρίως με την ηλικία τους και με τη μεγάλη χρονική απόσταση που τους χωρίζει από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες που εγκατέλειψαν.(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).



Γράφημα 2

3.4.5. Επαγγελματική κατάρτιση – Επαγγελματική αποκατάσταση.

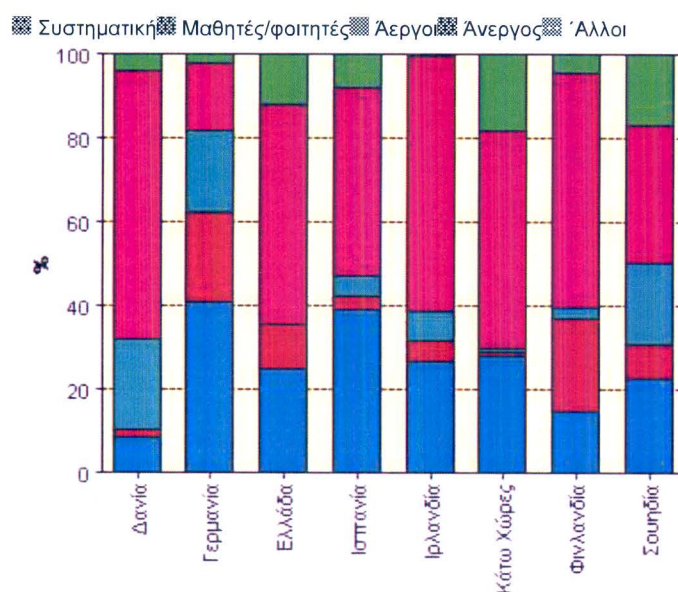
Το δεύτερο κατά σειρά σημαντικό πρόβλημα του απεξαρτημένου ατόμου είναι η εργασία. Αυτή αποτελεί βασική προϋπόθεση για:

1. Τη δημιουργία της νέας του ταυτότητας.
2. Την εξασφάλιση των όρων ανεξάρτητης διαβίωσης, χωρίς οικονομική εξάρτηση από την οικογένεια.
3. Την προσωπική του δημιουργία.
4. Τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.

5. Την κοινωνική αναγνώριση.
6. Την αποκατάσταση δεσμών κοινωνικής αλληλεγγύης (*Μάτσα Κατερίνα και συνεργάτες, 1993*).

Τα απεξαρτημένα άτομα καλούνται να ενταχθούν στην αγορά εργασίας με δυσμενείς και άνισους όρους. Οι όροι ένταξης είναι δυσμενείς, διότι η αγορά εργασίας δεν είναι ανοιχτή ούτε παρέχει απλόχερα ευκαιρίες για επαγγελματική απασχόληση. Συγχρόνως, τα απεξαρτημένα άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προβλήματα:

- Το μορφωτικό επίπεδο τους είναι χαμηλό ή μέσο. Ο ένας στους δύο δεν έχει τελειώσει το Λύκειο. Αυτό δεν τους επιτρέπει να καταρτιστούν και να ασχοληθούν με μια σειρά από επαγγέλματα.
- Δεν έχουν ειδικευση (*ΣΚΕ, 1993*).
- Δεν έχουν εκείνες τις εμπειρίες και τις δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να διεκδικήσουν θέσεις εργασίας.
- Η πλειοψηφία τους δεν έχει «λευκό» ποινικό μητρώο και δε γνωρίζει τις ευεργετικές διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας (νόμος 1729/1987, άρθρο 26, παρ. 12). Έτσι, δεν μπορούν να εργαστούν σε δημόσιους φορείς, σε οργανισμούς κοινής ωφέλειας, σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης αλλά ούτε και σε ιδιωτικές επιχειρήσεις που ζητούν «λευκό» ποινικό μητρώο (*ΣΚΕ, 1993*).
- Η πλειοψηφία των απεξαρτημένων ανδρών δε διαθέτει απολυτήριο στρατού αλλά μια βεβαίωση απαλλαγής, η οποία αναφέρει πως είναι «τοξικομανείς». Έτσι δεν μπορούν να εργαστούν σε δημόσιους φορείς, σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και σε ιδιωτικές επιχειρήσεις που ζητούν «καθαρό» απολυτήριο στρατού (*ΣΚΕ, 1993*).
- Όσοι απεξαρτημένοι δεν έχουν «λευκό» ποινικό μητρώο και δε διαθέτουν απολυτήριο στρατού δεν μπορούν να αποκτήσουν επαγγελματική άδεια οδήγησης. Δηλαδή δεν μπορούν να εργαστούν ως οδηγοί λεωφορείων, φορτηγών, ταξί κ.λπ. (*ΣΚΕ, 1993*).
- Αρκετοί εργοδότες δεν απασχολούν στην επιχείρησή τους απεξαρτημένα άτομα, διότι έχουν προκαταλήψεις και δεν μπορούν να τα εμπιστευτούν. (*ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005*).



Γράφημα 3

Σημείωση: Έγκυρο % των $n = 80\ 828$ περιπτώσεων.

Πηγή: [Εθνικές εκθέσεις Reitox 2002](#), στοιχεία ΔΑΘ, θεραπευτικά κέντρα εξωτερικής παραμονής.

3.4.6. Κοινή γνώμη: στάσεις και συμπεριφορές της κοινωνίας.

Στην Ελλάδα τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (ΜΜΕ) ασχολούνται σχεδόν καθημερινά με το θέμα «ναρκωτικά». Το ενδιαφέρον τους εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην καταστολή και τους θανάτους των εξαρτημένων ατόμων. Ελάχιστες αναφορές γίνονται στην ενημέρωση, την πρόληψη, τη θεραπεία και την κοινωνική ένταξη/επανένταξη (Φαρμάκη, 1992).

Όσοι δημοσιογράφοι ασχολούνται με το θέμα το προσεγγίζουν δίχως να αξιοποιούν τις μεθοδολογίες, τις θεωρίες, τα δεδομένα και τα πορίσματα των κοινωνικών επιστημών. Αυτή η προσέγγιση του θέματος, ανεξάρτητα από τις σκοπιμότητες και τις κατευθύνσεις που εμπεριέχει, φορτίζει το θέμα συναισθηματικά και δεν επιτρέπει τη νηφάλια θεώρηση των διαστάσεων του. Δημιουργεί στερεότυπα που δεν ανταποκρίνονται στην καθημερινή πραγματικότητα. Καλλιεργεί κλίμα άγνοιας και πανικού στην πλειοψηφία του πληθυσμού (Τσίλη, 1987), με αποτέλεσμα να δυσχεραίνονται οι όροι αντιμετώπισης του προβλήματος.

Έτσι ο αναγνώστης - ακροατής - τηλεθεατής σχηματίζει μια στρεβλή εικόνα-αντίληψη όχι μόνο για τα εξαρτημένα, αλλά και για τα ανεξαρτημένα άτομα. Αυτή η εικόνα-αντίληψη κινείται στα παρακάτω στερεότυπα επίπεδα («Θησέας», 1993):

Α' ΕΠΙΠΕΔΟ

- Οι ναρκομανείς είναι εγκληματίες.
- Οι ναρκομανείς έχουν AIDS.

- Οι ναρκομανείς είναι επικίνδυνοι.
- Οι ναρκομανείς δε θεραπεύονται.

Κι αφού λοιπόν «οι ναρκομανείς είναι εγκληματίες» και «δε θεραπεύονται», ποιος ο λόγος να προσπαθούμε να τους επανεντάξουμε; «Ας τους κλείσουμε λοιπόν στις φυλακές, για να γλιτώσουμε εμείς, οι υγιείς και ακίνδυνοι, μια και καλή απ' αυτούς».

Β' ΕΠΙΠΕΔΟ

- Οι κακόμοιροι οι ναρκομανείς.
- Οι ναρκομανείς είναι άρρωστοι.
- Οι ναρκομανείς είναι άτομα με ειδικές ανάγκες.

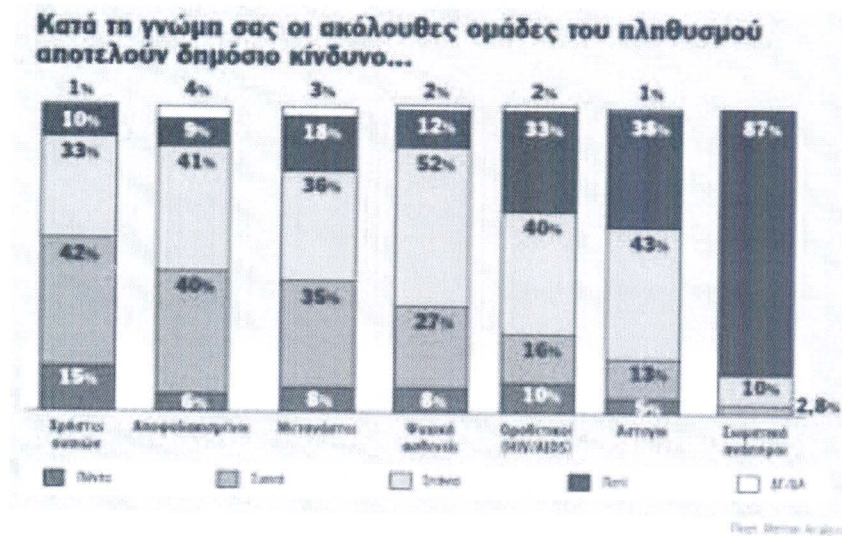
Οι παραπάνω εικόνες διαπλέκονται με τις ενοχές που έχει σημαντική μερίδα της κοινής γνώμης απέναντι στα εξαρτημένα και απεξαρτημένα άτομα, η οποία συνήθως οδηγεί στη λογική της ελεημοσύνης.

Γ' ΕΠΙΠΕΔΟ

- Οι ναρκομανείς είναι άξιοι της μοίρας τους.
- Ας τους πρόσεχαν οι γονείς τους.
- Ας κοιτάξουμε τα δικά μας παιδιά.

Αυτή είναι η κοινή γνώμη για τα απεξαρτημένα άτομα. Ένα συμπαγές τείχος άγνοιας, αδιαφορίας, πόθου, ενοχών, μοιρολατρίας και καχυποψίας. Ένα συμπαγές τείχος που εμποδίζει την επικοινωνία και οδηγεί στην περιθωριοποίηση. (ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

Δημόσιο κίνδυνο θεωρούν οι 8 στους 10 Αθηναίους άτομα που προέρχονται από κοινωνικά ευπαθείς ομάδες-χρήστες ουσιών, αποφυλακισμένοι, μετανάστες, ψυχικά ασθενείς, οροθετικοί (HIV/AIDS), άστεγοι και σωματικά ανάπηροι. Συγκεκριμένα το 53,2% θεωρεί ότι αποτελούν δημόσιο κίνδυνο συχνά, ενώ το 27,8 πάντα!



Γράφημα 4

Μάλιστα το 48,2% των Αθηναίων πιστεύει ότι τα άτομα που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες σπάνια μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές και το 35% ότι δεν μπορούν ποτέ.

Όσο για το αν κάποιο άτομο από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον τους ανήκει σε κάποια ευπαθή κοινωνική ομάδα, η συντριπτική πλειονότητα των Αθηναίων δημοτών απαντά «κανένας»! Συγκεκριμένα, «κανένας» από το 89% των Αθηναίων δεν συναναστρέφεται με ψυχικά ασθενείς, «κανένας» από το 79% με μετανάστες, «κανένας» από το 95% με αποφυλακισμένους, «κανένας» από το 99% με άστεγους, «κανένας» από το 92% με χρήστες ουσιών, «κανένας» από το 98% με οροθετικούς και «κανένας» από το 89% με σωματικά ανάπηρους.

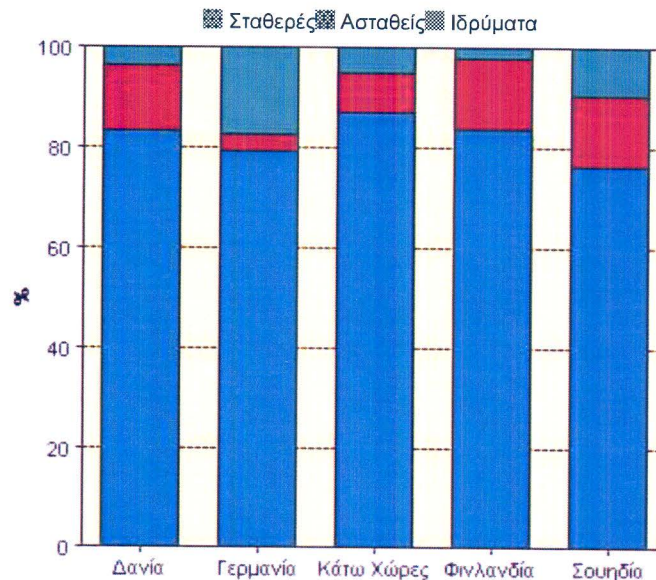
Τα στοιχεία που προέκυψαν από έρευνα της METRON ANALYSIS, η οποία πραγματοποιήθηκε από τις 5 έως τις 10 Ιουνίου σε δείγμα 600 Αθηναίων -αντρών και γυναικών- ηλικίας από 18 ετών και άνω, αποδεικνύουν ότι συνάνθρωποί μας πράγματι βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό. Η έρευνα έγινε στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΝΤΙΣΤΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑ» του Δήμου Αθηναίων που στοχεύει -μέσα από συγκεκριμένες δράσεις- στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Υψηλό είναι και το ποσοστό του «δείκτη κοινωνικής απόστασης» από τις ευπαθείς ομάδες, που ανέρχεται στο 56% και καθορίζεται από θετική ή αρνητική απάντηση σε ερωτήματα όπως: «Θα καθόσασταν δίπλα στο λεωφορείο σε άτομο που...», «θα μένατε σε ένα διπλανό διαμέρισμα από κάποιον που...», «θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που...», «θα δίνατε δουλειά σε κάποιον που...», «θα παντρευόσασταν κάποιον που...»

Όμως με τέτοια αντιμετώπιση από την κοινωνία «το άτομο που στιγματίζεται έχει να αντιμετωπίσει μια διπλή δοκιμασία: δοκιμάζεται καθημερινά όχι μόνο από την ίδια τη δυσμενή κατάσταση, που αποτελεί αιτία της κοινωνικής απαξίωσής του, αλλά και λόγω των διακρίσεων που προέρχονται από τις προκαταλήψεις και το στίγμα».

Ελπιδοφόρο πάντως είναι ότι στο ερώτημα αν θα συμμετείχατε στις δράσεις του προγράμματος «ΑΝΤΙΣΤΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑ» το 47% απαντά «μάλλον ναι» και το 26,7% «σίγουρα ναι». (www.enet.gr)

Οι συνθήκες διαβίωσης των χρηστών ναρκωτικών είναι, σύμφωνα με τα στοιχεία, πολύ άσχημες: το 10,4 % των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία δεν έχουν σταθερό κατάλυμα και το 7,5 % ζει σε κάποιο ίδρυμα. Επιπλέον, πολλές χώρες αναφέρουν υψηλά ποσοστά αστέγων (έως 29 %) στους τοξικομανείς.



Γράφημα 5

Σημείωση: Έγκυρο % των $n = 31\ 009$ περιπτώσεων σε θεραπευτικά κέντρα εξωτερικής παραμονής.

Πηγή: [Εθνικές εκθέσεις Reitox 2002](#)- στοιχεία ΔΑΘ.

3.4.7. Προβλήματα με τον Νόμο.

Ναρκοτικές ουσίες και παραβατική συμπεριφορά.

Μεγάλος αριθμός των εξαρτημένων ατόμων, για να εξασφαλίσει τη δόση του, εμπλέκεται σε παράνομες δραστηριότητες (διακίνηση ναρκωτικών, διαρρήξεις, κλοπές κ.λπ.) και συνήθως καταλήγει στις φυλακές. Περίπου το 30% των φυλακισμένων -υπόδικοι ή κατάδικοι- είναι εξαρτημένα άτομα (*Υπουργείο Δικαιοσύνης, 1993*). Από αυτούς ένα μικρό ποσοστό θα συνεργαστούν με τα θεραπευτικά προγράμματα και θα απεξαρτηθούν. Όταν απεξαρτηθούν και ξεκινήσουν τις διαδικασίες ένταξης/επανένταξης, θα αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα στην επαγγελματική τους απασχόληση, διότι το ποινικό μητρώο τους δε θα είναι «λευκό». Στα άτομα που δεν έχουν «λευκό» ποινικό μητρώο η νομοθεσία απαγορεύει να εργαστούν στους δημόσιους φορείς, τους οργανισμούς κοινής ωφέλειας, τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (*νόμος 1188/1981*).

Πρόβλημα υπάρχει και με τη θητεία στις ένοπλες δυνάμεις εξαρτημένα άτομα δεν υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία και δε διαθέτουν απολυτήριο στρατού αλλά βεβαίωση απαλλαγής, η οποία αναφέρει πως είναι «τοξικομανείς».

Σοβαρά προβλήματα αντιμετωπίζουν τα απεξαρτημένα άτομα τα οποία, ενώ έχουν ενταχθεί/επανενταχθεί στην οικογένεια, στην αγορά εργασίας, έχουν αλλάξει τον τρόπο ζωής τους και προοδεύουν στην ψυχοκοινωνική τους ωρίμανση και ανάπτυξη, καλούνται να δικαστούν και να εκτίσουν ποινή για αδικήματα που διέπραξαν στο παρελθόν όταν δηλαδή ήταν εξαρτημένα από τις ναρκωτικές ουσίες.(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

Για το έτος 2008 απαγγέθηκαν από τις ελληνικές Διοικητικές Αρχές 18.015 κατηγορίες εις βάρος 16.183 ατόμων για χρήση, παραγωγή / καλλιέργεια, διακίνηση και άλλες κατηγορίες για ναρκωτικές ουσίες. Τα πιο πρόσφατα δεδομένα σε ότι αφορά τις καταδικές σχετικά με τη νομοθεσία περί ναρκωτικών σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας (ΕΛ.ΑΣ.), αφορούν το έτος 2005. Σε σύνολο 56.923 καταδικασθέντων ατόμων, για όλα τα αδικήματα, 1.957 άτομα, δηλαδή το 3,4%, καταδικάστηκαν για αδικήματα του νόμου Περί ναρκωτικών. Τη συντριπτική πλειοψηφία (96,5%, N=1889) αποτέλεσαν άνδρες. Για χρήση ναρκωτικών ουσιών, κατοχή ή καλλιέργεια μικροποσότητας προς ιδίαν χρήση καταδικάστηκαν 1.352 άτομα (69,1%), 518 άτομα για εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών από χρήστες (26,5%), 67 άτομα για εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών (3,4%) και 20 άτομα για καλλιέργεια και παραγωγή ναρκωτικών ουσιών (1,0%), αριθμός μειωμένος σε σχέση με το 2004, όπου ο αντίστοιχος αριθμός καταδικασθέντων για καλλιέργεια ήταν 65 άτομα.

Οι ποινές που επιβλήθηκαν για χρήση ναρκωτικών ουσιών, κατοχή ή καλλιέργεια μικροποσότητας προς ιδίαν χρήση φθάνουν μέχρι και τον ένα χρόνο φυλάκισης.

Στους καταδικασθέντες για εμπορία και διακίνηση, ποσοστό 97,0% αφορούν ποινές φυλάκισης άνω του έτους και ποινές πρόσκαιρης και ισόβιας κάθειρξης. Αντίστοιχα, οι καταδικασθέντες για καλλιέργεια και παραγωγή ναρκωτικών ουσιών εκτίουν σε ποσοστό 89,5% ποινές φυλάκισης άνω του έτους και ποινές πρόσκαιρης κάθειρξης, ενώ στους καταδικασθέντες για εμπορία και διακίνηση ουσιών από χρήστες επιβλήθηκαν ποινές φυλάκισης άνω του έτους, ενώ πρόσκαιρης και ισόβιας κάθειρξης σε ποσοστό 80,5%.

Ο αριθμός των διαρρηχθέντων φαρμακείων αποτελεί μία ακόμη ένδειξη της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά παραβατικότητας. Σύμφωνα πάντα με στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας (ΕΛ.ΑΣ.), 17 φαρμακεία παραβιάστηκαν το 2008, αριθμός μικρότερος τόσο σε σχέση με το 2006 (διάρρηξη σε 33 φαρμακεία) όσο και με το 2007, που είχαν δηλωθεί 19 διάρρηξεις. Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου 2000-2008, κατά μέσο όρο πραγματοποιήθηκαν 33 διάρρηξεις φαρμακείων ετησίως, με ελάχιστη τιμή τα 17 φαρμακεία το 2008 και μέγιστη τα 57 φαρμακεία το 2002.

Συνεπώς πέραν από την καθαρά ιατρική διάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών, ιδιαίτερη σημασία έχει και η κοινωνική/νομική συνιστώσα αυτού και επομένως κάθε συζήτηση που αφορά τα ναρκωτικά πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν όλες τις παραμέτρους.(Αλέξανδρος Ι. Νομικός, Ιατρός-Παθολογοανατόμος, Δρ. Πανεπιστημίου Αθηνών).

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ.

4.1.Κοινωνική επανένταξη

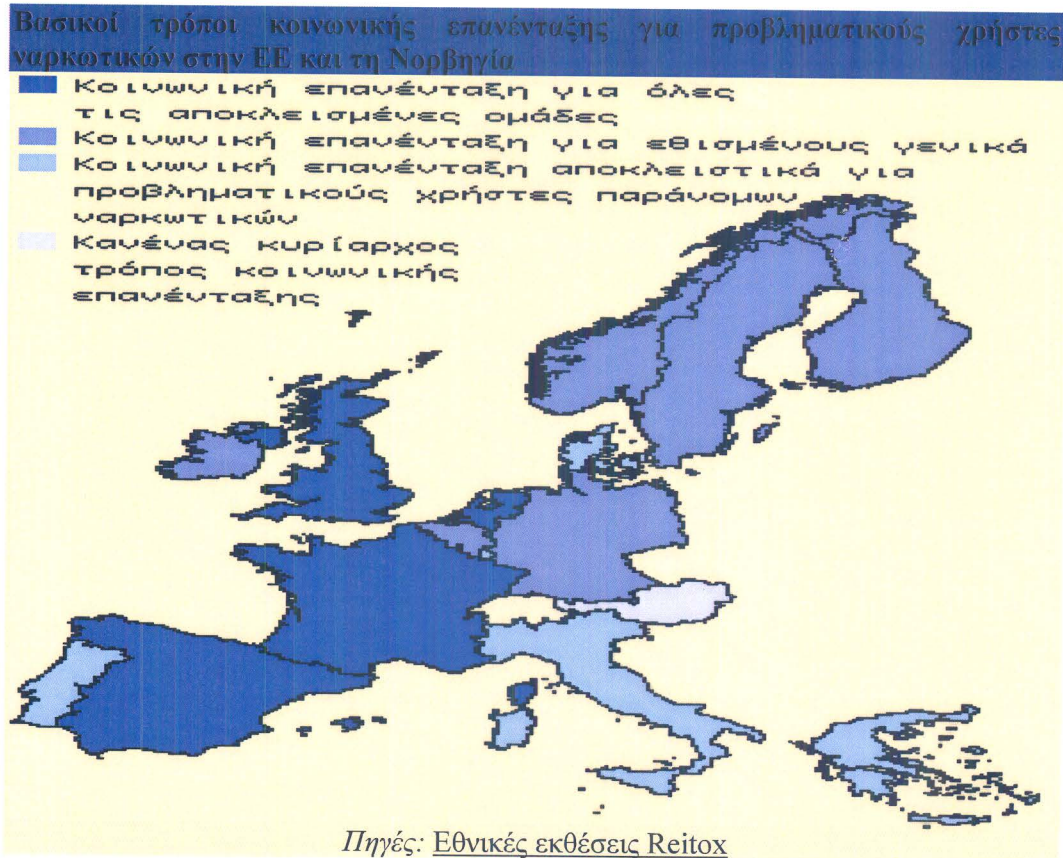
Γενικά Στοιχεία.

Τόσο σε ευρωπαϊκές χώρες όσο και στη Νορβηγία λαμβάνονται μέτρα για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού σε ομάδες που είτε αντιμετωπίζουν είτε όχι προβλήματα τοξικομανίας αλλά και για την αντιμετώπιση των κοινωνικών συνεπειών της χρήσης/κατάχρησης ναρκωτικών.

Με βάση τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά (2000–04) (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2000) και μία ειδική μελέτη σχετικά με την κοινωνική επανένταξη στην ΕΕ και τη Νορβηγία (ΕΚΠΝΤ, 2003β), η κοινωνική επανένταξη θα μπορούσε να οριστεί ως «οποιοσδήποτε προσπάθειες ένταξης των χρηστών ναρκωτικών στην τοπική κοινωνία».

Οι παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης απευθύνονται τόσο σε τρέχοντες όσο και σε πρώην προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, δηλαδή από «καθαρούς» πρώην τοξικομανείς που λειτουργούν πλέον καλά μέσα στην κοινωνία και άτομα που παρακολουθούν μακρόχρονα προγράμματα μεθαδόνης έως τους πλέον άπορους τοξικομανείς που ζουν στο δρόμο. Το στοιχείο της θεραπείας, είτε ιατρικής είτε ψυχοκοινωνικής, δεν απαιτείται απαραίτητα. Αυτό σημαίνει επίσης ότι η κοινωνική επανένταξη δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται μετά τη θεραπεία αλλά μπορεί να λαμβάνει χώρα ανεξάρτητα από την προηγούμενη παρακολούθηση θεραπείας, όντας είτε το τελικό στάδιο μίας διαδικασίας θεραπείας είτε μία χωριστή και ανεξάρτητα μεταθεραπευτική παρέμβαση που πραγματοποιείται από εξωθεραπευτικές υπηρεσίες με χωριστούς στόχους και μέσα.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης δεν απευθύνονται αποκλειστικά σε προβληματικούς χρήστες παράνομων ναρκωτικών αλλά μπορούν να απευθύνονται σε κάθε είδους εξαρτημένα άτομα (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που είναι εθισμένα στο αλκοόλ αλλά και σε νόμιμες ναρκωτικές ουσίες) ή ακόμα και σε όλες τις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες (π.χ. άστεγοι και άτομα που κοιμούνται στο δρόμο).(ΕΚΠΝΤ 2003)



Δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μία ποσοτική γενική επισκόπηση των μέτρων κοινωνικής επανένταξης στα κράτη μέλη της ΕΕ, καθώς ο όρος «κοινωνική επανένταξη» δεν χρησιμοποιείται με συνέπεια. Παρόλο που διαφορετικές υπηρεσίες μπορεί να συνυπάρχουν παράλληλα, σε επίπεδο χώρας συνήθως αποτελούν γενικούς «τρόπους παροχής» κοινωνικής επανένταξης.

- που απευθύνονται σε όλες τις αποκλεισμένες ομάδες είτε αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού είτε όχι·
- που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα εθισμού γενικά·
- που απευθύνονται ειδικά και αποκλειστικά σε προβληματικούς χρήστες παράνομων ναρκωτικών.

Είναι δύσκολο να προσδιοριστούν ποσοτικός οι διαθέσιμες υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης και να αξιολογηθεί η επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρόλο που τα στοιχεία φανερώνουν μάλλον ανεπαρκή αριθμό υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η Γερμανία εκτιμά ότι χρειάζεται περίπου 25000 χώρους κοινωνικής επανένταξης, ενώ ο αριθμός των διαθέσιμων σήμερα εγκαταστάσεων ανέρχεται χονδρικά σε 4000. Ένα πρόγραμμα απασχόλησης στην Αυστρία κατέγραψε διπλάσιο αριθμό αιτήσεων από τις διαθέσιμες θέσεις και αναγκάστηκε να απορρίπτει κατά μέσο όρο 15 άτομα ημερησίως.

Η κοινωνική επανένταξη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικούς τύπους παρεμβάσεων: εκπαίδευση (στην οποία περιλαμβάνεται η κατάρτιση), στέγαση και απασχόληση.

Πολλοί χρήστες ναρκωτικών έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και πολλές εθνικές εκθέσεις περιγράφουν κακή σχέση μεταξύ των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και της αγοράς εργασίας Ελλάδα (Καβουνίδη, 1996), Δανία (Stauffacher, 1998), Κάτω Χώρες (Uunk και Vrooman, 2001). Επομένως, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αναβάθμιση των ακαδημαϊκών, τεχνικών ή πρακτικών δεξιοτήτων αυξάνουν τις πιθανότητες των ατόμων που παρακολουθούν τη θεραπεία στην αγορά εργασίας.

Τα μέτρα απασχόλησης μπορούν να λάβουν πολλές διαφορετικές μορφές, για παράδειγμα παροχή χρηματοδοτικής ενίσχυσης σε επιχειρήσεις που απασχολούν ένα χρήστη ναρκωτικών σε μία ανταγωνιστική θέση εργασίας, όπως αναφέρεται από την Ελλάδα. Άλλα μέτρα περιλαμβάνουν τη σύσταση υπηρεσιών απασχόλησης, όπως το Χρηματιστήριο Θέσεων Εργασίας της Βιέννης στην Αυστρία, ή η παροχή βοήθειας σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ώστε να συστήσουν τις δικές τους επιχειρήσεις, όπως συμβαίνει επίσης στην Ελλάδα καθώς και στην Ισπανία υπό την αιγίδα του προγράμματος απασχόλησης «Προώθηση της αυτοαπασχόλησης» (αυτό το είδος παρέμβασης αλληλεπικαλύπτεται με εκπαίδευση/κατάρτιση).

Τέλος, η παροχή στέγης ή βοήθειας για την ανεύρεση στέγης έχει ως στόχο να φέρει μεγαλύτερη σταθερότητα στη ζωή των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία. Η παροχή στέγης μπορεί να αποτελέσει αυτή καθαυτή μία παρέμβαση αλλά συχνά συνοδεύεται από την παροχή ψυχοκοινωνικής βοήθειας και κάποιου είδους εποπτείας. Ένα παράδειγμα παράλληλης ψυχοκοινωνικής μέριμνας είναι το ίδρυμα Haus am Seespitz στο Τυρόλο, μία ανοιχτή μεταθεραπευτική ομάδα που οργανώνει συναντήσεις σε εγκαταστάσεις στέγασης. Στο Βέλγο, η υπηρεσία «Habitations protégées» παρέχει τόσο στέγαση όσο και ψυχιατρική περίθαλψη. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία (Εθνική έκθεση Ιρλανδίας (Hickey 2002)) έδειξε ότι το 79 % των γυναικών και το 76 % των ανδρών πρώην κρατουμένων δήλωσαν ότι η ανεύρεση κατάλληλης στέγης αποτελούσε το βασικό τους πρόβλημα και το λόγο του κοινωνικού τους αποκλεισμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι η παροχή στέγης αποτελεί μία σημαντική παρέμβαση κοινωνικής επανένταξης. (ΕΚΠΝΤ 2003)

4.2. Μέτρα για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένα από τα μέτρα που προτείνονται από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση προς άρση του κοινωνικού αποκλεισμού:

- Ανάπτυξη της εκπαίδευσης ενηλίκων (Σχολείο Δεύτερης Ευκαιρίας).
- Υλικοτεχνική αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης και ίδρυση νέων νοσοκομείων. Έμφαση στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας, για να επιτευχθεί η καλύτερη προσπέλαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.
- Πρόσβαση στην πληροφορία του πολίτη και ανάπτυξη – βελτίωση του θεσμού του Συνήγορου του Πολίτη.
- Εστίαση στην ποιότητα της Κοινωνικής Πολιτικής και εκπόνηση κοινωνικού-προνοιακού χάρτη για τη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής.
- Διαρκής διάλογος με την κοινωνία των πολιτών, αποκέντρωση δράσεων και συνέργια φορέων και δράσεων.
- Εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης, αποκέντρωση και εξατομίκευση των δράσεων της κοινωνικής πολιτικής στο χώρο της Πρόνοιας.

- Συμφιλίωση επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής με προ-γράμματα, όπως η Βοήθεια στο Σπίτι, Ολοήμερα σχολεία, Βρεφονηπιακοί σταθμοί.
- Χρήση των νέων τεχνολογιών και εξασφάλιση της πρόσβασης σε αυτές από όλους για την αποφυγή ψηφιακού αποκλεισμού (ψηφιακή ενσωμάτωση / e-inclusion).

Το ΕΣΔΕΝ, επίσης, κάνει λόγο για Δίκτυο Κοινωνικών Υπηρεσιών για την αντιμετώπιση του κατακερματισμού των κοινωνικών υπηρεσιών, θέτοντας τους εξής στόχους: α) σφαιρικότητα στην προαγωγή της αντιμετώπισης προβλημάτων, β) ενίσχυση της συμπληρωματικότητας, γ) ενίσχυση της αποκέντρωσης, δ) εξορθολογισμός της κατάστασης, ε) βελτίωση ποιότητας πληροφόρησης και εξυπηρέτησης (ΕΣΔΕΝ, σελ. 18). Επιπλέον, προτείνει τη θεσμοθέτηση Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας για την προώθηση του κοινωνικού διαλόγου για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, την ανάπτυξη του δικτύου για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ενσωμάτωση. (<http://penthileus.blogspot.com>)

4.3.Ο Ρόλος του ΟΚΑΝΑ στην Κοινωνική Επανάταξη των πρώην εξαρτημένων.

Τα προγράμματα κοινωνικής επανάταξης αποτελούν την τελική φάση όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων. Συμβάλλουν, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους αλλά και στην προώθηση τους στην αγορά εργασίας. Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποφυγή της υποτροπής.

Για την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης, ο ΟΚΑΝΑ ίδρυσε και μια λειτουργεί μια Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης στην Αθήνα και δύο Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής ένταξης (ΕΚΚΕΕ) σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος της κοινωνικής επανάταξης παρέχεται στα μέλη ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, νομική υποστήριξη καθώς και συνεχής παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους. Επίσης, αντιμετωπίζονται τα ιατρικά προβλήματα των μελών με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή/ και μέσω της ιατρικής τους παραπομπής σε νοσοκομεία. Χορηγείται επίσης η ανταγωνιστική των οπιούχων ουσία, ναλτρεξόνη, η οποία βοηθά στη διατήρηση της αποχής από την ηρωίνη.

Τα μέλη συμμετέχουν στα προγράμματα των Εξειδικευμένων Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης του ΟΚΑΝΑ. Σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται τα προγράμματα Επιδότησης Ελευθέρων Επαγγελματιών και Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την Απασχόληση Απεξαρτημένων Ατόμων. Τέλος, τα μέλη ενισχύονται να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες πολιτιστικών συλλόγων και της ευρύτερης κοινότητας. (Φυλλάδιο, ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2006).

4.4. Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία της με οργανωμένο θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο το Σεπτέμβριο του 2000,

Ο κύριος στόχος της Μονάδας είναι να συμβάλλει, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση αλλά και την προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 έως 24 μήνες.

Το πρόγραμμα παρέχει στα μέλη του ατομική ψυχοθεραπεία (1-3 φορές την εβδομάδα) και ομαδική ψυχοθεραπεία (1-2 φορές την εβδομάδα).

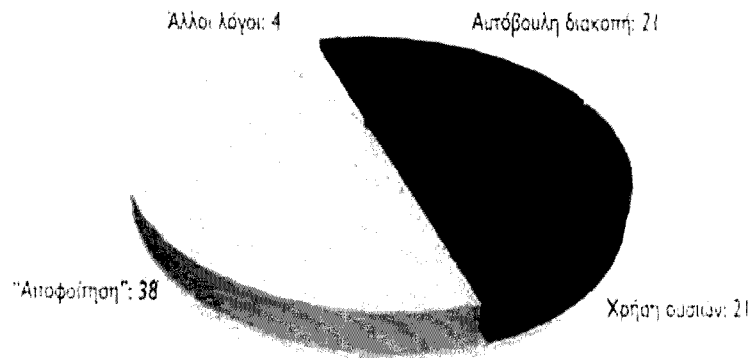
Στη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης γίνεται συνεχής παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας των ασθενών με συστηματικό κλινικό-εργαστηριακό έλεγχο, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια, εφόσον προκύπτει ανάγκη. Η χορήγηση ναλτρεξόνης βοηθά τα άτομα που την έχουν ανάγκη για να διατηρηθούν σε κατάσταση απεξάρτησης.

Το πρόγραμμα ενισχύει και κινητοποιεί τα μέλη της Μονάδας προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και στα προγράμματα που υλοποιεί το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του ΟΚΑΝΑ, με σκοπό την επαγγελματική τους κατάρτιση. Παρέχει επίσης σταθερή νομική υποστήριξη με στόχο την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου των ατόμων που "αποφοιτούν" από τη Μονάδα.

Σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της Μονάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας». Επιπλέον, σε συνεργασία με το Δήμο Αθηναίων και τους υπόλοιπους δήμους καθώς και με πολιτιστικούς και αθλητικούς συλλόγους, γίνεται προσπάθεια τα μέλη της Μονάδας να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι φορείς αυτοί.

Η διατήρηση της επαφής με τα μέλη που ολοκληρώνουν το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης βοηθά και ενισχύει τα άτομα που το παρακολούθησαν να συνεχίσουν την αποχή από τα ναρκωτικά και τη φροντίδα της υγείας τους, και τα υποστηρίζει στις προσπάθειες τους για ανεύρεση εργασίας. (Έκθεση: Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002 ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002,) Από την έναρξη της επίσημης λειτουργίας της Μονάδας Κοινωνικής Επανάταξης το Σεπτέμβριο του 2000 έως και τον Ιούνιο του 2002, έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα της συνολικά 128 ασθενείς. Από αυτούς οι 84 (ποσοστό 65,6%) έχουν εξέλθει από το πρόγραμμα. Από αυτούς που εξήλθαν, οι 38 (ποσοστό 45,2%) ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και "αποφοίτησαν" πληρώνοντας τα κριτήρια της επαγγελματικής απασχόλησης, της αποχής από ουσίες και της μη παραβατικής συμπεριφοράς (Γράφημα 1). (Έκθεση: Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002, ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002).

ΑΙΤΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ



Γράφημα 6:

4.5.Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ πιστοποιήθηκε το 1998 ως Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΚΕΚ) από το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης (ΕΚΕΠΙΣ). Το 2002 ο ΟΚΑΝΑ έλαβε νέα πιστοποίηση από το ΕΚΕΠΙΣ, ως Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ).

Κύριος στόχος του Κέντρου είναι η κατάρτιση και η εξειδίκευση σε ποικίλους επαγγελματικούς τομείς των υπό απεξάρτηση ή των απεξαρτημένων από ουσίες ατόμων, με στόχο την ομαλή επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο και στην αγορά εργασίας. Ταυτόχρονα, επιδιώκεται η ευαισθητοποίηση των επαγγελματικών φορέων, των επιχειρήσεων και των εργοδοτών σε θέματα προώθησης στην αγορά εργασίας των καταρτιζόμενων, μέσω και της αξιοποίησης από την πλευρά τους των ειδικών κινήτρων που έχει θεσπίσει η Πολιτεία για την αποτελεσματική επαγγελματική ενσωμάτωση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Για την κατά το δυνατόν μεγαλύτερη επιτυχία των στόχων του Κέντρου, παρέχονται στους καταρτιζόμενους -παράλληλα με την επαγγελματική τους κατάρτιση- υπηρεσίες προώθησης στην αγορά εργασίας (σύνδεση με εργοδοτικούς φορείς και διαμεσολάβηση σε εργοδότες, συμβουλευτική για τη δημιουργία, την οργάνωση και τη λειτουργία εταιρικών σχημάτων, συμβουλευτική σε θέματα νομικά, ασφαλιστικά και οικονομοτεχνικής κάλυψης ατομικών και επιχειρηματικών δράσεων), καθώς και συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (ενημέρωση και κινητοποίηση για συμμετοχή στο πρόγραμμα, επαγγελματικός προσανατολισμός, ψυχολογική υποστήριξη για ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και συμβουλευτική για

την ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και συναλλαγής με υπηρεσίες, εργοδότες και γενικότερα τον εργασιακό χώρο). Επίσης, διανέμεται πληροφοριακό υλικό μέσω εντύπων, και παρέχεται ενημέρωση μέσω των ΜΜΕ και του διαδικτύου.

Για τη διευκόλυνση του όλου προγράμματος υπάρχει στενή συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και τους τοπικούς φορείς.

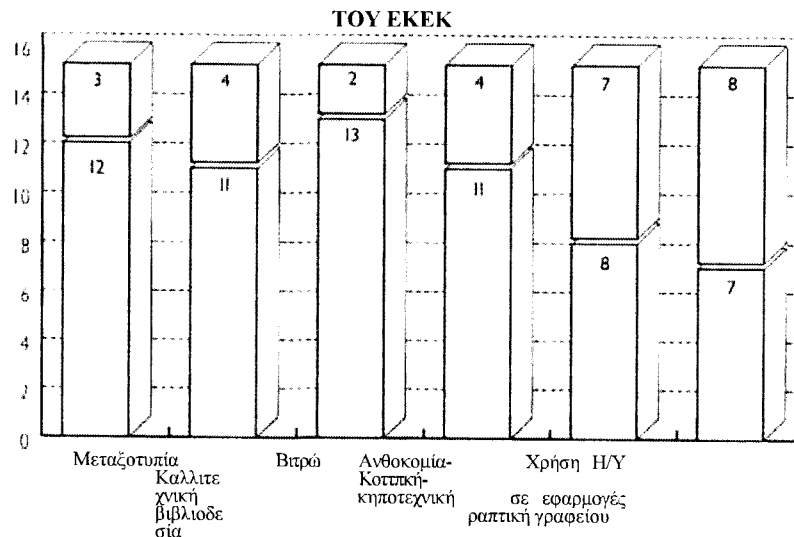
Το 2000, στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας» (Β ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης) -και με συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου και του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων- το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΚΕΚ) προσέφερε εκπαίδευση σε έξι προγράμματα κατάρτισης. Σε αυτά συμμετείχαν άτομα από τα θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ και από άλλους θεραπευτικούς φορείς με περίπου ισάριθμη συμμετοχή.

Από το σύνολο των 21 αιτήσεων για κατάρτιση, ύστερα από επιλογή που έγινε από αρμόδια επιτροπή, εντάχθηκαν στο πρόγραμμα 90 άτομα (62 άνδρες και 28 γυναίκες). Τα άτομα αυτά εκπαιδεύτηκαν στα ακόλουθα έξι προγράμματα κατάρτισης (Γράφημα 2):

- μεταξοτυπία (12 άνδρες και 3 γυναίκες).
- καλλιτεχνική βιβλιοδεσία (11 άνδρες και 4 γυναίκες).
- βιτρώ (13 άνδρες και 2 γυναίκες).
- ανθοκομία-κηποτεχνική (11 άνδρες και 4 γυναίκες).
- χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή σε εφαρμογές γραφείου (8 άνδρες και 7 γυναίκες).
- κοπτική-ραπτική (7 άνδρες και 8 γυναίκες).

Κάθε πρόγραμμα κατάρτισης είχε συνολική διάρκεια 500 ωρών κατανεμημένων σε 4 μήνες.

ΓΡΑΦΗΜΑ . ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ



Από τα άτομα που συμμετείχαν στην κατάρτιση, αποφοίτησαν επιτυχώς συνολικά 76 (50 άνδρες και 26 γυναίκες). Κατά τη διάρκεια του προγράμματος διέκοψαν 14 άτομα (12 άνδρες και 2 γυναίκες) από τα οποία πέντε για λόγους υποτροπής, πέντε λόγω αδυναμίας προσαρμογής, δύο επειδή βρήκαν εργασία, ένα άτομο λόγω υγείας και ένα λόγω θανάτου.

Μετά τη λήξη των προγραμμάτων κατάρτισης (Νοέμβριος 2000) και για ένα εξάμηνο παρακολούθηθηκε η εξέλιξη των καταρτισθέντων. Διαπιστώθηκε ότι 33 άτομα (ποσοστό 43,4% επί του συνόλου των καταρτισθέντων) είχαν βρει εργασία στους ακόλουθους τομείς που καταρτίστηκαν ή και ανεξάρτητα: χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή σε εφαρμογές γραφείου (9 άτομα), βιτρώ (7 άτομα), καλλιτεχνική βιβλιοδεσία (6 άτομα), ανθοκομία-κηποτεχνική (5 άτομα), μεταξοτυπία (4 άτομα), κοπτική-ραπτική (2 άτομα). (Εκθεση: Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002, ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002).

4.6. Προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης

Στο πλαίσιο του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, το Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΚ) ξεκίνησε από το 2002 την υλοποίηση δύο εκτεταμένων προγραμμάτων που έχουν ως στόχο τη διευκόλυνση της πρόσβασης στην αγορά εργασίας ομάδων που υφίστανται διακρίσεις, όπως άτομα με αναπηρίες, αποφυλακισμένοι, άτομα που έχουν απεξαρτηθεί ή παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα, μετανάστες. (Εκθεση: Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002, ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002).

A. Κοινοτική Πρωτοβουλία Equal

Στο πλαίσιο της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας Equal υλοποιούνται τα έργα:

«Προοπτική», «Πρόκληση» και «Νέμεσις», διάρκειας 24 μηνών το καθένα με συνολικό προϋπολογισμό 5.371.617 ευρώ.

Το έργο «Προοπτική» - Εθνικό Δίκτυο Απασχολησιμότητας Απεξαρτημένων Ατόμων συντονίζεται από τον ΟΚΑΝΑ με τη συμμετοχή 16 άλλων φορέων. Απευθύνεται σε υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένα από ουσίες άτομα με στόχο τη διευκόλυνση της πρόσβασης τους στην αγορά εργασίας. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξατομικευμένη προσέγγιση, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ενδιαφερόμενου.

Το Πρόγραμμα επιδιώκει την επαγγελματική αποκατάσταση μέσα από την αναβάθμιση των συστημάτων υποστήριξης της απασχόλησης και την υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων στις προσπάθειες κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης, όπως:

- της διενέργειας ειδικών μελετών για τις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας ατόμων.

- της αναβάθμισης του στελεχιακού δυναμικού των φορέων που εμπλέκονται στη συμβουλευτική και την προώθηση της συγκεκριμένης ομάδας ατόμων στην απασχόληση.
- της εκπαίδευσης ειδικών στελεχών-συμβούλων υποστήριξης που θα μεσολαβούν μεταξύ των ενδιαφερόμενων και της αγοράς εργασίας, αλλά και της παρακολούθησης των ανέργων σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας ένταξης τους.
- της ενημέρωσης των εκπαιδευτών για τις ιδιαιτερότητες της παιδαγωγικής προσέγγισης των μελών της συγκεκριμένης ομάδας.
- της ενεργούς εμπλοκής και της συμμετοχής εκπροσώπων των ίδιων των ενδιαφερόμενων στον προγραμματισμό, το σχεδιασμό και την υλοποίηση των παρεμβάσεων, καθώς και της ανάπτυξης του αισθήματος της συνυπευθυνότητας για τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.
- της ανάπτυξης συστημάτων λειτουργίας πρότυπων εξειδικευμένων δομών κοινωνικο-επαγγελματικής ένταξης.
- της εγκατάστασης ειδικού σταθμού πληροφόρησης.
- της εξειδικευμένης κατάρτισης και εργασιακής εμπειρίας των ενδιαφερόμενων σε τομείς υπηρεσιών που αναμένεται να παρουσιάσουν μεγάλη ανάπτυξη τα προσεχή έτη.
- της προώθησης της συνεργασίας και της δικτύωσης των δομών και των φορέων υποστήριξης της συγκεκριμένης ομάδας αλλά και της καλλιέργειας περιβάλλοντος εταιρικότητας.
- της δημιουργίας δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης.
- της δημιουργίας ευρωπαϊκού δικτύου για την απασχόληση.

Το έργο «Πρόκληση» συντονίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΕΣΑΕΑ) και εστιάζεται σε άτομα με αναπηρία, όπως και σε απεξαρτημένα ή υπό θεραπεία άτομα καθώς και σε μετανάστες. Συμμετέχουν σε αυτό 14 φορείς μεταξύ των οποίων και ο ΟΚΑΝΑ.

Το έργο «Νέμεσις» συντονίζεται από το Δικηγορικό Σύλλογο Αθηνών και επικεντρώνεται σε φυλακισμένα και αποφυλακισμένα άτομα. Συμμετέχουν σε αυτό 13 φορείς και σύλλογοι μεταξύ των οποίων και ο ΟΚΑΝΑ.

B. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση»

Στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση», εγκρίθηκαν και υλοποιούνται μέσα στο 2002, μία σειρά από έξι προγράμματα («Ενδυνάμωση για ένα νέο ξεκίνημα», «Μέντωρ», «Αλληλεγγύη», «Νέοι Ορίζοντες», «Παρέμβαση», «Ασκληπιός»). Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παροχή συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού στις περιφέρειες της Αττικής, της Κεντρικής και της Δυτικής Μακεδονίας, της Ανατολικής Στερεάς και του Νότιου Αιγαίου. Η διάρκεια του επιχειρησιακού προγράμματος είναι 24 μήνες και ο συνολικός του προϋπολογισμός 1.718.005 ευρώ.

Ο ΟΚΑΝΑ συντονίζει το πρώτο από τα παραπάνω προγράμματα, και συμμετέχει στα υπόλοιπα, τα οποία συντονίζονται από το Κέντρο Μέρμινας Οικογένειας και Παιδιού.

Βασικός στόχος των προγραμμάτων παροχής συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, είναι η κοινωνική και η εργασιακή προετοιμασία, η άρση των διακρίσεων και η ενδυνάμωση των ατόμων που απειλούνται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας, προκειμένου στη συνέχεια να ενταχθούν σε μία ή περισσότερες παρεμβάσεις που προβλέπονται στο πλαίσιο των ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης (π.χ. προκατάρτιση, κατάρτιση, απόκτηση εργασιακής εμπειρίας, νέες θέσεις εργασίας, νέοι ελεύθεροι επαγγελματίες). Με τις προβλεπόμενες δράσεις.

Μέσα στο α' εξάμηνο του 2002 σε ό,τι αφορά την Κοινοτική Πρωτοβουλία Equal (έργα: «Προοπτική», «Νέμεσις», «Πρόκληση») έχουν ολοκληρωθεί:

- Η οριστικοποίηση και η σύσταση των αναπτυξιακών συμπράξεων που θα αποτελέσουν τους φορείς υλοποίησης των έργων
- Η εξεύρεση των διακρατικών εταίρων, η οριστικοποίηση του διακρατικού σχεδίου δράσης, η υπογραφή και η επικύρωση του, από τους διακρατικούς εταίρους, καθώς και από τις διαχειριστικές αρχές των χωρών που μετέχουν στο σχέδιο. Μέσα στο Σεπτέμβριο οριστικοποιείται το σχέδιο δράσης των έργων, και τον Οκτώβριο αναμένεται η έναρξη της υλοποίησης των επιμέρους ενεργειών τους.

Σε ό,τι αφορά το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση», τον Αύγουστο του 2002 εγκρίθηκε η υλοποίηση των έξι επιμέρους προγραμμάτων από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η έναρξη τους αναμένεται τον Οκτώβριο του 2002, μετά την υπογραφή των σχετικών συμβάσεων μεταξύ του Υπουργείου Εργασίας και του συντονιστή εταίρου του κάθε προγράμματος). (Εκθεση: Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002, ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα απεξαρτημένα άτομα δεν είναι, δεν πρέπει να θεωρούνται ,αλλά ούτε πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άρρωστα ή ως άτομα ειδικές ανάγκες.

Η Ελλάδα δεν έχει εθνική πολιτική για την κοινωνική ένταξη/ επανένταξη και την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων ατόμων. Ο κοινωνικός αποκλεισμός των απεξαρτημένων ατόμων οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη νομοθεσία του Κράτους, στις δυσλειτουργίες της πολιτείας και στις προκαταλήψεις της κοινής γνώμης. Κανένας κρατικός φορέας δεν έχει ασχοληθεί σοβαρά με τα προβλήματα των απεξαρτημένων ατόμων ούτε έχει υιοθετήσει τις προτάσεις τους.

Το κόστος (κοινωνικοοικονομικό) της ένταξης/επανένταξης των απεξαρτημένων ατόμων είναι σαφώς μικρότερο από το κόστος που προκαλούν όταν είναι εξαρτημένα.

Η αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού χρειάζεται το συντονισμό της δράσης των αρμόδιων φορέων και όχι τη δημιουργία νέων φορέων.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός οδηγεί τα απεξαρτημένα άτομα στο περιθώριο ή την υποτροπή.(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προτάσεις για τη διαδικασία χάραξης και εφαρμογής της εθνικής πολιτικής

✓ Να αξιοποιηθεί η εμπειρία των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα των μεσογειακών χωρών (Πορτογαλία, Ισπανία, Νότια Γαλλία και Νότια, Κεντρική Ιταλία), επειδή έχουν αρκετά κοινά κοινωνικοπολιτικά χαρακτηριστικά με την Ελλάδα.

✓ Να αξιοποιηθεί η εμπειρία των ελληνικών φορέων που ασχολούνται με το θέμα.

✓ Να συμμετάσχουν στη χάραξη της εθνικής πολιτικής οι ίδιοι οι απεξαρτημένοι, καθώς και οι κοινωνικοί, οικονομικοί και επιστημονικοί φορείς που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με το θέμα.

✓ Η εθνική πολιτική να έχει αφετηρία υπαρκτά δεδομένα (αριθμός απεξαρτημένων, ηλικίες, μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο των απεξαρτημένων κ.λπ.) και να εμπεριέχει σχεδιασμό όχι μόνο για το σήμερα, αλλά και για την αντιμετώπιση πιθανών μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων εξελίξεων.

✓ Η εθνική πολιτική να τεκμηριώνεται επιστημονικά. Αυτό προϋποθέτει εκτός των άλλων και διαρκή ερευνητική, μελετητική εργασία για τα παρακάτω θέματα:

- Μηχανισμοί και μορφές του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων

ατόμων.

- Θεσμικά μέτρα και κοινωνική πολιτική αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η ένταξη/επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων στην αγορά εργασίας.
- Η συμβολή των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού.
- -Ευαισθητοποίηση των εργοδοτών, των κρατικών λειτουργών και της κοινής γνώμης.
- Η εθνική πολιτική να είναι κοινωνικά αποδεκτή και να κατοχυρωθεί με νόμο.
- Η εφαρμογή της εθνικής πολιτικής μπορεί να γίνει μέσα από το συντονισμό της δράσης των δημόσιων, ιδιωτικών, κοινωνικών και επιστημονικών φορέων. Δεν είναι σκόπιμο, αλλά ούτε θα είναι και αποτελεσματικό, να υπάρχει ένας φορέας που θα έχει την κύρια και αποκλειστική ευθύνη του θέματος.

Προτάσεις για το περιεχόμενο της εθνικής πολιτικής

Γενικά: Να εφαρμοστούν προγράμματα αγωγής υγείας και πρωτοβάθμιας πρόληψης για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, έτσι ώστε να μην αυξάνεται ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων και να μην έχουμε μελλοντικά μεγάλες στρατιές από απεξαρτημένα άτομα.

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάταξης: Να ενδυναμωθεί ο φορέας των απεξαρτημένων ατόμων, ο Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάταξης, και να αναλάβει αυτοτελώς ή και με τη συμμετοχή άλλων φορέων την εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης/επανένταξης.

Να συμμετάσχουν ισότιμα και ουσιαστικά οι εκπρόσωποι των απεξαρτημένων στους θεσμούς εκείνους που ασχολούνται με την κοινωνική ένταξη/επανένταξη και την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Τα προγράμματα απεξάρτησης: Τα προγράμματα απεξάρτησης να εστιάσουν ακόμα περισσότερο την εργασία τους στην κοινωνική ένταξη/επανένταξη των μελών τους. Σ' αυτή την κατεύθυνση μπορούν να αξιοποιηθούν τα απεξαρτημένα άτομα ως επαγγελματικοί συνεργάτες των προγραμμάτων εξάρτησης.

Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας: Τα ΜΜΕ μπορούν και πρέπει να συμβάλουν στη συναισθηματική αποφόρτιση, την τεκμηριωμένη ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης. Αυτό προϋποθέτει την ενημέρωση, την επιμόρφωση και την ευαισθητοποίηση των δημοσιογράφων.

Στέγαση: Να λειτουργήσουν ξενώνες όπου θα φιλοξενούνται εκείνα τα απεξαρτημένα άτομα που αντιμετωπίζουν στεγαστικό πρόβλημα. Στους ξενώνες θα ισχύουν χρονικά όρια παραμονής.

Οικογενειακό περιβάλλον: Το απεξαρτημένο άτομο έχει ανάγκη από ένα «υγιές» οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό προϋποθέτει πως θα έχουν αποφασίσει τα

μέλη της οικογένειας του να προχωρήσουν σε μια σειρά από αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται και επικοινωνούν. Οι αλλαγές αυτές μπορούν να ξεκινήσουν με τη συμβολή των προγραμμάτων απεξάρτησης και των συλλόγων γονέων των εξαρτημένων και απεξαρτημένων ατόμων.

Νομοθεσία: Από το Υπουργείο Δικαιοσύνης να συσταθεί επιτροπή με σκοπό να εξετάσει το θέμα «Ναρκωτικά, νομοθεσία και κοινωνικός αποκλεισμός». Μερικά από τα θέματα που θα πρέπει να απασχολήσουν την επιτροπή είναι:

- Η ποινική αντιμετώπιση των χρηστών και των εξαρτημένων.
- Τα απεξαρτημένα άτομα και οι αξιόποινες πράξεις που διαπράχθηκαν κατά τη φάση της εξάρτησης. (Στο παραπάνω θέμα να εξεταστεί και η πρόταση για έκτιση της ποινής σε θεσμούς κοινωνικής προσφοράς).
- Το ποινικό μητρώο των απεξαρτημένων.
- Τα νομικά εμπόδια (απολυτήριο στρατού, ποινικό μητρώο κ.λπ.) για την επαγγελματική απασχόληση των απεξαρτημένων στο δημόσιο τομέα.

Η παραπάνω επιτροπή να αποτελείται από:

- Εκπρόσωπο του Συνδέσμου Κοινωνικής Επανάταξης.
- Εκπροσώπους των αρμόδιων υπουργείων (Δικαιοσύνης, Υγείας, Δημόσιας Τάξης, Εργασίας, Προεδρίας, Εθνικής Άμυνας).
- Εκπρόσωπο των δικαστικών Αρχών.
- Εκπρόσωπο των δικηγορικών συλλόγων.
- Εκπροσώπους των προγραμμάτων απεξάρτησης και επανένταξης.

Να γίνει ενημέρωση, επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση των δικαστικών Αρχών, των αστυνομικών_ οργάνων, των σωφρονιστικών υπαλλήλων και των νομικών.

Επαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση:

- Τα απεξαρτημένα άτομα δεν είναι, δεν πρέπει να θεωρούνται, αλλά ούτε και να αντιμετωπίζονται ως άρρωστα ή ως άτομα με ειδικές ανάγκες. Έτσι δεν έχει νόημα να δημιουργούνται προστατευόμενα εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης.
- Πριν από την επαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση, είναι απαραίτητο να υπάρχει επαγγελματικός προσανατολισμός, έτσι ώστε να κατευθύνονται τα κατάλληλα άτομα στις κατάλληλες θέσεις.
- Ένα πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης που απευθύνεται αποκλειστικά σε απεξαρτημένα άτομα καλό είναι να αποφεύγεται, διότι μπορεί να συμβάλει στην εδραίωση της γκετοποίησής τους. Προτιμότερο είναι τα απεξαρτημένα άτομα να συμμετέχουν σε προγράμματα όπου η πλειοψηφία των

καταρτιζομένων δεν έχει εμπειρίες εξάρτησης.

- Να δοθεί έμφαση στην ευαισθητοποίηση των εργοδοτών. Την προσπάθεια αυτή πρέπει να την αναλάβουν κυρίως οι εργοδοτικές και οι συνδικαλιστικές οργανώσεις.
- Τα προγράμματα επανένταξης να αναλάβουν την ενημέρωση των ευαισθητοποιημένων εργοδοτών που προτίθενται να απασχολήσουν επαγγελματικά ανεξαρτημένα άτομα.
- Να δοθούν κίνητρα στους εργοδότες που επιθυμούν να καταρτίσουν επαγγελματικά τα ανεξαρτημένα άτομα. Π.χ. να επιδοτείται η ενδοεπιχειρησιακή επαγγελματική κατάρτιση. Να διευκολύνονται οι εργοδότες στις συναλλαγές τους με τον ΟΑΕΔ, για να μην αποθαρρύνονται από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες.

(ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και Προσδιορισμός Προτεραιοτήτων πολιτικής, Η.Κατσούλης, Αθήνα 2005).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [01] Γαζγαλίδη Κ., 2000, <<Προγράμματα Μεθαδόνης στην Ελλάδα, Προτάσεις Λειτουργίας Βασισμένες στην Ευρωπαϊκή Εμπειρία>>. Θεσσαλονίκη.
- [02] Δρετάκη Μ., «Η διαίωνιση της φτώχειας στην Ελλάδα», Ελευθεροτυπία 21-22/4/06
- [03] ΕΚΠΠΝΤ , 2003, Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ελλάδα , Αθήνα
- [04] Ζαραφονίτου Χ., Τσιγκάνου Ι.,2002 «Ναρκωτικά, Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη Ελληνική Πραγματικότητα», Νομική Βιβλιοθήκη Αθήνα
- [05] Θησέας, 1993,Ενημερωτικό έντυπο.
- [06] Καβουνίδη Τ., 1996, «Κοινωνικός αποκλεισμός, έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής» στο «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», ΕΚΚΕ,Αθήνα, τομ. Α.
- [07] Καραμεσίνη Μ.,2005 «Ανεργία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» στο Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός», ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- [08] Κατσούλης Η., 2005, <<Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια Θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής>>, ΕΚΚΕ, Αθήνα).
- [09] ΚΕΘΕΑ, Τομέας Ενημέρωσης, 1992.
- [10] Λιάππας Γ., 1999 «Σχέση παράνομης δραστηριότητας και χρήσης ουσιών σε δείγμα χρηστών των εξωτερικών ιατρείων ,Αθηνά.
- [11] Νομικός.Ι. Α ., Ιατρός-Παθολογοανατόμος, Δρ. Πανεπιστημίου Αθηνών).
- [12] ΟΚΑΝΑ, 2000, Πληροφορίες για θεραπεία με χρήση υποκατάστατων.
- [13] ΟΚΑΝΑ, 2001,Έντυπο:Τα θεραπευτικά προγράμματα Υποκατάστασης, Αθήνα
- [14] ΟΚΑΝΑ,2002, Έκθεση Οργανισμού κατά των ναρκωτικών ,Αθήνα
- [15] ΟΚΑΝΑ, 2002,Έκθεση: Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002, Αθήνα
- [16] ΟΚΑΝΑ, 2006, Φυλλάδιο, Αθήνα).

[17] ΟΚΑΝΑ, 2010, Ενημερωτικό Έντυπο, Αθήνα.

[18] Παπαδοπούλου Δ., 2004, «Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία» στο «Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός», βλ. 17, σελ. 367-398, Αθήνα, εκδόσεις Εξάντας.

[19] Τσομπάνογλου Ο.Γ., Κορρές Γ., Γιαννοπούλου Ι., 2005 «Κοινωνικός Αποκλεισμός και Πολιτικές Ενσωμάτωσης», εκ Παπαζήση.

[20] Φακολάς Ν., Στυλιάρης Γ., Μουλά Κ., 2005, «Ο κοινωνικός αποκλεισμός των απεξαρτημένων ατόμων» στο «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα» τόμος Α', σελ. 331-365

[21] ΦΕΚ 1343, Τεύχος Β, 16/10/2002. Προϋποθέσεις ένταξης των τοξικομανών στα Προγράμματα Μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ.

[22] Annete Verster and Ernst Buning, Euro Methword, 2000.

[23] (E.M.C.D.D.A, 1995-1998).

[24] EMCDDA. 2002 ,Annual Report on the state of the drug problem in the European Union and Norway.

[25] R. Castel., 1995, « Les pièges de l'exclusion Lien social et politiques », RIAC.

[26] WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1998.

[27] UNAIDS, 2006, Έγγραφο θέσης, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Εγκλημα.

[28] www.enet.gr

[29] <http://penthileus.blogspot.com>

[30] www.medlab-uoι.gr