

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ
SPECIAL ARTICLE

**Φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία
της εξάρτησης από οπιοειδή
στην Ελλάδα σήμερα
Μετρήσιμα αποτελέσματα
και προκλήσεις για το μέλλον**

Το 2011 υπολογιζόταν ότι 20.473 προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών, ηλικίας 15-64 ετών διαβιούσαν στην Ελλάδα. Εξ' αυτών μέχρι τα μέσα του 2010 σε φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία της εξάρτησης βρίσκονταν μόλις 4.771, με δείκτη κάλυψης της ζήτησης μόλις 21%. Αντίστοιχα, 5.558 άτομα ήταν καταγεγραμμένα σε αναμονή για ένταξη σε πρόγραμμα φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας, με εκτιμώμενο μέγιστο χρόνο αναμονής τα 7,6 έτη στην Αττική και τα 4,4 έτη στη Θεσσαλονίκη. Η διεύρυνση του δικτύου μονάδων φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας μέσω της προσθήκης 33 νέων μονάδων στα γενικά νοσοκομεία ήδη από τα μέσα του 2011, με την πρωτοβουλία του ΟΚΑΝΑ και του Υπουργείου Υγείας, υπερδιπλασίασε την πρόσβαση σε θεραπεία μέσα σε 1 χρόνο, μείωσε στο μισό τη λίστα και το χρόνο αναμονής στην Αττική ενώ τους εξάλειψε στη Θεσσαλονίκη και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Αντίστοιχη, υπερ-πολλαπλάσια αύξηση (κατά μέσο όρο 7 φορές επί της αρχικής) σημειώθηκε και στην κάλυψη προγραμμάτων διανομής αποστειρωμένων συρίγγων και βελόνων στο δρόμο, ιδίως στην Αθήνα, σε μια συντονισμένη προσπάθεια κρατικών φορέων και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων για να αντιμετωπίσουν την επιδημική έξαρση του HIV/AIDS μεταξύ του πληθυσμού των Χρηστών Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών (ΧΕΝ). Η συστηματική και μετρήσιμη βελτίωση των δεικτών κάλυψης της ζήτησης για υπηρεσίες φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης, η οποία αντικατοπτρίστηκε στη συνέχεια και στη βελτίωση των επιδημιολογικών δεικτών επικράτησης του HIV/AIDS στον πληθυσμό των ΧΕΝ, αν και σημαντικότερη ως άμεσο, επείγον και απολύτως επιβεβλημένο πρώτο βήμα πολιτικής απάντησης στην ένταση και έκταση της πρόκλησης είναι σαφές ότι δεν μπορεί να είναι βιώσιμη, αν δεν ολοκληρωθούν οι διαρθρωτικές αλλαγές που απαιτούνται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης, ώστε να αντιμετωπιστούν οι σαφείς και επιμένουσες προκλήσεις: α) της (συνεχιζόμενης) αύξησης και διαφοροποίησης της ανάγκης για πρόσβαση σε θεραπεία σε καθεστώς περιορισμένων πόρων, β) της υποστήριξης της θεραπευτικής πορείας μέχρι την αποκατάσταση (recovery) και, γ) της διαχείρισης της εξαρτησιο-φοβίας και του στίγματος.

**1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΜΕΧΡΙ ΤΑ ΜΕΣΑ ΤΟΥ 2010 – Η «ΣΤΕΡΗΣΗ»
ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Παραδοσιακά, η θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή στην Ελλάδα παρέχεται αναλόγως των αναγκών του εξαρτημένου ατόμου μέσω στεγνών προγραμμάτων (μη

φαρμακευτικά υποστηριζόμενων) ή μέσω προγραμμάτων φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας (προγράμματα «υποκατάστασης»). Φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία υλοποιούν (βάσει του Π.Δ. 19546/2003) μόνο επίσημα αναγνωρισμένες Μονάδες, οι οποίες ανήκουν στον και λειτουργούν υπό την ευθύνη του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Επιπλέον του ΟΚΑΝΑ, (στεγνά

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(Συμπλ 1):35-42
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(Suppl 1):35-42

**Μ. Μαλλιώρη,¹
Χ. Γκόλνα,^{2,3}
Κ. Σουλιώτης,^{4,5}
Α. Φιλαλήθης,⁶
Α. Χατζάκης²**

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Εργαστήριο Υγιεινής - Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³Επιστημονική Εταιρεία Δημόσιων Πολιτικών για τις Ηπατίτιδες Β και C

⁴Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

⁵Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής - Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁶Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Pharmacologically assisted treatment of opioid dependence in Greece today: measurable results and challenges for the future

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου:

Λίστα αναμονής
Μείωση βλάβης
Οικονομική κρίση
Φαρμακευτικά υποστηριζόμενη
θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή
Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών

θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης (κλειστής και ανοιχτής νοσηλείας) λειτουργούν το ΚΕΘΕΑ, το 18 ΑΝΩ και άλλοι φορείς, όπως το πρόγραμμα απεξάρτησης ΙΑΝΟΣ στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα είναι εκτός του σκοπού ανάλυσης του παρόντος άρθρου.

Η πρώτη προσπάθεια για εκτίμηση της έκτασης της προβληματικής χρήσης στην Ελλάδα, δηλαδή της χρήσης για την οποία σε κάποια χρονική στιγμή το άτομο θα ζητήσει θεραπεία για ηρωίνη, πραγματοποιήθηκε το 2001 και βασίστηκε στη μέθοδο capture–recapture (μοντέλο εκτίμησης πληθυσμών). Από το 2002 και μετά ενσωμάτωσε 3 διαφορετικές πηγές πληροφορίας. Το 2011, ο εκτιμώμενος αριθμός προβληματικών χρηστών μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15–64 υπολογιζόταν σε 20.473 άτομα, ή περίπου 2.7 άτομα ανά 1000 κατοίκους. Αντίστοιχα την ίδια χρονιά, ο εκτιμώμενος αριθμός Χρηστών Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών (ΧΕΝ) ανήλθε σε 7.847.¹

Εκ των προβληματικών χρηστών, 4.771 άτομα βρίσκονταν σε θεραπεία στις 25 μονάδες φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ σε όλη τη χώρα στις αρχές του 2010 (κάλυψη μόλις 21%, μια εκ των χαμηλότερων στις χώρες της ΕΕ 17). Παράλληλα, υπήρχαν 5.558 άτομα καταγεγραμμένα σε αναμονή για ένταξη στο πρόγραμμα (δηλαδή περισσότερα άτομα ήταν σε αναμονή παρά σε θεραπεία) με εκτιμώμενο μέγιστο χρόνο αναμονής τα 7,6 έτη στην Αττική και τα 4,4 έτη στη Θεσσαλονίκη. Το φαινόμενο αυτό, το οποίο είχε οδηγήσει στο χαρακτηρισμό της λίστας αναμονής για ένταξη σε θεραπεία σε «λίστα της ντροπής» και στην παραβίαση τελικά του βασικού δικαιώματος των πολιτών για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας τη στιγμή της ανάγκης, οφειλόταν και στο γεγονός ότι καμία νέα μονάδα φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης δεν είχε τεθεί σε λειτουργία στην Αττική από το 2005, ενώ καμία νέα μονάδα φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης δεν είχε τεθεί σε λειτουργία και στην υπόλοιπη χώρα από το 2008.²

Ήδη από τα μέσα του 2010, η κατάσταση με τη λίστα αναμονής για ένταξη σε φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία κατέστη σαφές ότι έχρηζε άμεσης αντιμετώπισης. Η μακροχρόνια και με μικρές προοπτικές επιτυχίας αναμονή για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα αποθάρρυνε τους χρήστες από την αναζήτηση θεραπευτικής επιλογής, συσώρευε τους θεραπευόμενους στα μεγάλα αστικά κέντρα και επέτασσε τα φαινόμενα της «πιάτσας», πολλές φορές και έξω από τα κέντρα θεραπείας του ΟΚΑΝΑ, τα οποία, λόγω της υψηλής γεωγραφικής τους συγκέντρωσης, είχαν γίνει πόλος έλξης μελών της αγοράς για ναρκωτικά.²

Αντίστοιχα περιορισμένης κάλυψης ήταν και τα προγράμματα χαμηλής ουδού (low threshold) για τη διασφά-

λιση της υγιεινής χρήσης και την πρόληψη της μετάδοσης λοιμωδών νόσων μεταξύ των ΧΕΝ. Αν και οι υπηρεσίες που τα προγράμματα αυτά παρείχαν ήταν ευρείες, περιλαμβάνοντας μείωση της βλάβης, πρόληψη και φροντίδα για τα λοιμώδη νοσήματα και πρόληψη υπερβολικής δόσης, εντούτοις, η κάλυψη των αναγκών των ΧΕΝ με το εύρος των παρεμβάσεων αυτών ήταν συγκριτικά πολύ περιορισμένη, ιδίως στο κέντρο της Αθήνας. Υποστηρικτικά στην προσπάθεια αυτή λειτουργούσαν και τα Συμβουλευτικά Κέντρα, τα οποία παρέπεμπαν τους ΧΕΝ στα θεραπευτικά προγράμματα και/ή στα εξωτερικά ιατρεία των Δημόσιων Νοσοκομείων για έλεγχο λοιμωδών νόσων.

2. Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ - ΕΠΙΔΗΜΙΚΗ ΕΚΡΗΞΗ HIV/AIDS ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΧΕΝ

Η έκρηξη, ήδη από τα τέλη του 2010, της εμφάνισης μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ του πληθυσμού των ΧΕΝ σε συνδυασμό με τη συνολική αποσταθεροποίηση των δεικτών της δημόσιας υγείας, ιδίως στο κέντρο της Αθήνας, επιβεβαίωσε την αναγκαιότητα μιας άμεσης παρέμβασης για διευρύνση και ενίσχυση των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης και άμεσης και απρόσκοπτης ένταξης σε φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, μέχρι το 2010, ο αριθμός των ετήσιων νέων διαγνώσεων HIV που συνδέονταν με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών κυμαινόταν μεταξύ 9 και 19. Στο πρώτο μισό όμως του 2011, σημειώθηκε οκταπλή αύξηση νέων περιπτώσεων κυρίως στην Αττική, υποδεικνύοντας στοιχεία επιδημικής έξαρσης HIV μεταξύ των ΧΕΝ. Οι περιπτώσεις μάλιστα HIV μεταξύ των ΧΕΝ αντιπροσώπευαν για πρώτη φορά το 26,8% του συνόλου των νέων διαγνώσεων για το 2011. Αντίστοιχα στοιχεία επιβεβαίωσαν την αύξηση των νέων περιπτώσεων HIV μεταξύ των ΧΕΝ από 0,7–0,8% πριν το 2011 σε 3,7–4,4% το 2011. Η τάση αυτή συνεχίστηκε και το 2012, όπου από τα 1.180 νέα δηλωθέντα οροθετικά κρούσματα HIV/AIDS μέσα στο έτος (1001 άνδρες, 179 γυναίκες) το 44,2% (522) ήταν ΧΕΝ. 93 ασθενείς μάλιστα (7,9% του συνόλου) είχαν ήδη εμφανίσει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS εντός του 2012, αυξάνοντας τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV σε άλλα άτομα.³

Αντίστοιχα αυξητικά κυμάνθηκαν τα ποσοστά νέων λοιμώξεων Ηπατίτιδας C (HCV) και Β (HBV) μεταξύ των ΧΕΝ, με τα ποσοστά να είναι υψηλότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες. Τα στοιχεία επιβεβαιώνουν ότι το 2011 τα επίπεδα λοίμωξης HBV μεταξύ των ΧΕΝ κυμαινόταν μεταξύ 21,6% και 33,3%. Επιπλέον, την ίδια χρονιά, το 70% περίπου των θεραπευόμενων σε προγράμματα ήταν θετικοί σε HCV, ενώ, συνολικά, υπολογίστηκε ότι το 80% περίπου του συνόλου των ΧΕΝ στην Αττική ήταν επίσης θετικοί σε HCV. Η αύξη-

ση της επίπτωσης της HCV μεταξύ των XEN την περίοδο 2009-2011 χαρακτηρίζεται κυρίως από την αύξηση των περιστατικών HCV μεταξύ XEN ηλικίας κάτω των 25 ετών και μεταξύ XEN με συντομότερο ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης, όπως και μεταξύ χρηστών κοκαΐνης.

Η επιδημική μορφή αυτή εξάπλωση των μεταδιδόμενων νόσων μεταξύ των XEN οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό και στην υλοποίηση περιορισμένης έκτασης παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης.⁴ Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες όλων των διεθνών οργανισμών (WHO, UNAIDS, UNODC, EMCDDA, ECDC),⁵⁻⁹ ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ των XEN είναι η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες μείωσης της βλάβης και συγκεκριμένα υπηρεσίες διανομής αποστειρωμένων συρίγγων και βελόνων, υπηρεσίες διανομής προφυλακτικών και άμεσης ένταξης σε πρόγραμμα θεραπευτικής υποκατάστασης.

Στην Ελλάδα όμως, και κυρίως στην Αττική, πέρα από την αδυναμία πρόσβασης των XEN σε πρόγραμμα θεραπευτικής υποκατάστασης, λόγω της λίστας αναμονής, ιδιαίτερα δυσχερής και ανεπαρκής ήταν και η πρόσβαση σε υπηρεσίες μείωσης της βλάβης, καθώς το πρόγραμμα διανομής βελόνων και συρίγγων διένειμε μόλις 7 σύριγγες ανά XEN ανά έτος, όταν οι κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ αναφέρουν ως κατώτατο όριο τις 200 ανά XEN ανά έτος.²

3. Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ – ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Το καλοκαίρι του 2011, ο ΟΚΑΝΑ προχώρησε στη σταδιακή διεύρυνση των υπηρεσιών φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης σε όλη τη χώρα, μέσω της λειτουργίας 33 νέων μονάδων μέσα σε γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, με άμεσο στόχο την απορρόφηση των εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονταν σε λίστα αναμονής και τη διεύρυνση και αποκέντρωση του δικτύου των σημείων παροχής φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης στη χώρα.

Με το άνοιγμα 33 πρόσθετων μονάδων σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η θεραπευτική κάλυψη σχεδόν διπλασιάστηκε από το χαμηλό 21% στο 40% μέσα σε μόλις λίγο παραπάνω από 1 έτος, ενώ μέχρι το τέλος του 2012 8.060 θεραπευόμενοι παρακολουθούσαν προγράμματα φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης.¹⁰ Ο αριθμός αυτός αυξήθηκε οριακά μέσα στο 2013, καθώς τον Δεκέμβριο του 2013 8.212 θεραπευόμενοι παρακολουθούσαν προγράμματα φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης.¹¹ Αντίστοιχα, η «λίστα

της ντροπής» μειώθηκε από 7,6 έτη σε περίπου 3,4 έτη στην Αττική και από 4,4 έτη σε 15 ημέρες στη Θεσσαλονίκη.¹⁰

Εξίσου σημαντικά ενισχύθηκαν και τα μέτρα μείωσης της βλάβης στο δρόμο: ήδη το 2011, από τις δράσεις των δικτύων των φορέων και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων αλλά και τις κινητές μονάδες διανεμήθηκαν 119.000 σύριγγες, αυξάνοντας το «ανεπαρκέστατο» 7 σύριγγες ανά άτομο ανά έτος (περίπου 62.000 σύριγγες το 2010) κατά 7 φορές, σε πάνω από 45 σύριγγες ανά άτομο ανά έτος το 2011 και 145 σύριγγες ανά άτομο ανά έτος το 2012.¹⁰

Επιπρόσθετα, αναπτύχθηκαν και νέα προγράμματα στο δρόμο, κυρίως στην Αθήνα, προκειμένου να διευρυνθεί η δυνατότητα πρόσβασης νέων ομάδων χρηστών, όπως π.χ. νέων χρηστών κάνναβης ή εκδιδόμενων γυναικών Αφρικανικής καταγωγής που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Τα προγράμματα αυτά επικεντρώνονται στην ενημέρωση για την πρόληψη της μετάδοσης των λοιμωδών νόσων και στη διανομή αποστειρωμένων βελόνων και συρίγγων και προφυλακτικών.²

Εκτός από τα προγράμματα στο δρόμο, από το 2011 εφαρμόστηκαν και προγράμματα κατ' οίκου υποστήριξης της θεραπευτικής διαδικασίας. Το χαμηλής ουδού πρόγραμμα ΕΞΕΛΙΞΙΣ του ΚΕΘΕΑ παρέχει πλέον, κατόπιν αίτησης, ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε χρήστες και μέλη των οικογενειών τους στο χώρο διαμονής τους (κατοικία, νοσοκομείο, προσωρινός χώρος διαβίωσης κ.λπ.). Αντίστοιχα, το προσωπικό των προγραμμάτων δρόμου του ΟΚΑΝΑ υποστηρίζει τους θεραπευόμενους του και στις φυλακές και στα νοσοκομεία.

Κατ' αποτέλεσμα, ο αριθμός των ατόμων σε φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία διπλασιάστηκε με το μισό σχεδόν προϋπολογισμό, καθώς, το 2012 φαρμακευτικά υποστηριζόμενες θεραπευτικές υπηρεσίες λάμβαναν 8.060 άτομα με μέσο ετήσιο κόστος ανά άτομο τα €3.200 έναντι των 4.771 θεραπευόμενων το 2009 με μέσο ετήσιο κόστος ανά άτομο τα €10.600.¹⁰

Όλες αυτές οι δράσεις διεύρυνσης της πρόσβασης των XEN σε υπηρεσίες μείωσης της βλάβης και φαρμακευτικής υποκατάστασης είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην αναχαίτιση της επιδημίας των μεταδιδόμενων νόσων. Για πρώτη φορά τον Οκτώβριο του 2013 και μετά από 2 χρόνια, το Ετήσιο Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων καταγράφει μια μείωση των νέων περιπτώσεων HIV/AIDS συνολικά (από 10,7 ανά 100.00 πληθυσμού το 2012 σε 7,2 το 2013) αλλά και μεταξύ του πληθυσμού των XEN (από 506 περιπτώσεις, ποσοστό 47,83% επί του συνόλου, σε 230 περιπτώσεις ή ποσοστό 29,04% επί του συνόλου).¹²

4. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Συνολικά, η εικόνα των υπηρεσιών μείωσης της βλάβης και θεραπείας των ατόμων με εξάρτηση από ναρκωτικά, αν και στάσιμη για πάνω από 10 έτη, άλλαξε ολοσχερώς μέσα σε μόλις 2 χρόνια.

Η διεύρυνση αυτή του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών κατέστη εφικτή κυρίως μέσω της ανάπτυξης ενός αποκεντρωμένου δικτύου πρόσθετων μονάδων φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας μέσα στα γενικά νοσοκομεία της χώρας, η οποία α) βελτιστοποίησε τους ήδη διαθέσιμους πόρους και β) αφαίρεσε το στίγμα που παραδοσιακά συνδεόταν με την αναζήτηση πρόσβασης σε θεραπεία για εξάρτηση από ναρκωτικά, αφού αυτή ήταν πλέον διαθέσιμη μέσα στα γενικά νοσοκομεία, όπως για κάθε άλλη νόσο, και έτσι γ) υλοποίησε στην πράξη μια ολιστική προσέγγιση θεραπείας μέσω των υπηρεσιών διασύνδεσης, έστω και στο πρώτο της βήμα, δηλαδή της διεύρυνσης της πρόσβασης σε γενικά νοσοκομεία και όχι στην πρωτοβάθμια ή την κοινότητα.

Αυτή η διεύρυνση της πρόσβασης «ενεργοποίησε» το δικαίωμα σε θεραπεία των ατόμων με εξάρτηση από ναρκωτικά και επιπλέον συνέβαλε, όπως καταδεικνύεται από τα νούμερα των Δελτίων Επιδημιολογικής Επιτήρησης, στον έλεγχο της εξάπλωσης του ιού HIV/AIDS μεταξύ του πληθυσμού των ΧΕΝ.

Εντούτοις, και παρά τη σημαντικότερη πρόοδο που έχει σημειωθεί στον τομέα τόσο της μείωσης της βλάβης και της πρόληψης της μετάδοσης λοιμωδών νόσων όσο και της παροχής θεραπείας, με τη διασφάλιση, πλέον, καλύτερων όρων και συνθηκών πρόσβασης σε θεραπεία σε πολλές περιοχές της χώρας, με εξαίρεση την Αττική, είναι σαφές ότι οι προκλήσεις για το μέλλον είναι όχι μόνο μετρήσιμες αλλά και επείγουσες.

Οι κυριότερες από αυτές τις προκλήσεις για το μέλλον συνδέονται με τις θεματικές που ακολουθούν:

4.1. Αύξηση και διαφοροποίηση της ανάγκης για πρόσβαση σε θεραπεία σε καθεστώς περιορισμένων πόρων

Με πάνω από 2.600 άτομα σε λίστα αναμονής για έναρξη θεραπείας το Δεκέμβριο του 2013,¹¹ εκ των οποίων τα 2.300 στην Αττική, είναι σαφές ότι υπάρχει ανάγκη για δημιουργία νέων θέσεων θεραπείας ή έστω απελευθέρωση υφιστάμενων θέσεων θεραπείας.

Η ταχύτερη μάλιστα απορρόφηση των ατόμων με εξάρτηση που ήδη βρίσκονται σε λίστα αναμονής αλλά και η συστηματική ολοκλήρωση των παρεχόμενων σε αυτούς

υπηρεσιών μέσω της μετάβασής τους σε συνταγογράφηση και φροντίδα στην κοινότητα/ΠΦΥ το δυνατόν γρηγορότερα θα λειτουργήσει ως βασική «θετική μαρτυρία» στην προοπτική αποκατάστασης του συνόλου των ατόμων με εξάρτηση, καλλιεργώντας έτσι μια «θετική προοπτική» για τη θεραπεία και συμβάλλοντας καθοριστικά στην αποδόμηση στιγματιστικών συμπεριφορών. Επιπλέον, αναμένεται να ωθήσει ακόμη περισσότερους προβληματικούς χρήστες στην αναζήτηση θεραπευτικών επιλογών, ιδίως όταν είναι γνωστό ότι και η πρόσβαση σε θεραπεία είναι πλέον ευχερέστερη.

Ενισχυτικά μάλιστα στην ανάγκη δημιουργίας νέων θέσεων θεραπείας με τη διεύρυνση του δικτύου θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης λειτουργούν και τα επιδημιολογικά στοιχεία σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, τα οποία επιβεβαιώνουν την αύξηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, και μάλιστα διαφοροποιούμενων από τα κλασικά οπιοειδή, ή και της πολύ-χρήσης και των σχετικών επικίνδυνων συμπεριφορών, και ως αποτέλεσμα της εντεινόμενης οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη και διεθνώς.¹³

Η αύξηση της επίπτωσης των εξαρτήσεων σε συνδυασμό με τη διαφοροποίηση και διεύρυνση των μορφών εξάρτησης (και από άλλες νέες ψυχοτρόπες ουσίες ή συνδυασμό τους, αλλά και από το διαδίκτυο, το αλκοόλ κ.λπ.) επιτάσσουν την αύξηση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας αλλά και την εξατομίκευση και διαφοροποίηση των υπηρεσιών και δομών θεραπείας της εξάρτησης, ώστε να ανταποκρίνονται στο μεταβαλλόμενο και εξελισσόμενο επιδημιολογικό προφίλ των εξαρτήσεων συνολικά.

Η ανάπτυξη και διαφοροποίηση αυτή των σχετικών υπηρεσιών στα συστήματα υγείας της Ευρώπης, τα οποία, στο σύνολό τους, «κυνηγούν» αποκλειστικά στόχους οικονομικής αποτελεσματικότητας και περιστολής δαπανών, δεν φαίνεται να μπορεί να επέλθει με περαιτέρω αύξηση των εξειδικευμένων δομών. Αντιθέτως, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της διεύρυνσης των σημείων παροχής υπηρεσιών με σημεία/δομές παροχής υπηρεσιών και από την ΠΦΥ, υπό τις κατάλληλες προϋποθέσεις.

Εξάλλου, ο ίδιος ο ΠΟΥ, στο πλαίσιο της εξελισσόμενης μέχρι σήμερα μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία στην κατεύθυνση της αξιοποίησης των δομών της ΠΦΥ/κοινότητας για την επίτευξη της απο-ασυλοποίησης και του από-στιγματισμού των ψυχικά ασθενών, συνέθεσε το σύνολο των διαθέσιμων επιστημονικών, οικονομικών και πολιτικών δεδομένων σε ένα «βέλτιστο» μοντέλο, πρότυπο για την παροχή υπηρεσιών (optimal mix of services) ανταποκρινόμενων στην πραγματική ανάγκη, την Οργανωτική Πυραμίδα του ΠΟΥ για το Βέλτιστο Μείγμα Υπηρεσιών για την Ψυχική Υγεία,¹⁴ η οποία προτάσσει τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τις γενικές υπηρεσίες υγείας.

Η ολοκληρωμένη προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνιστά, κατά τον ΠΟΥ, το προαπαιτούμενο συνθετικό του μοντέλου αυτού και υποστηρίζεται κατά περίπτωση και κατά τις ανάγκες και από άλλα επίπεδα φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής και της φροντίδας στην κοινότητα.

Το μοντέλο του ΠΟΥ βασίζεται στην παραδοχή ότι κανένα επίπεδο παροχής φροντίδας δεν μπορεί από μόνο του να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το βασικό πάντως μήνυμα της Πυραμίδας του ΠΟΥ είναι ότι τα νοσοκομεία και τα εξειδικευμένα κέντρα παροχής υπηρεσιών, ακόμη και στην κοινότητα, αντιπροσωπεύουν επιλογές υψηλότερου κόστους και μπορούν τελικά να καλύψουν περιορισμένη ζήτηση. Αντίθετα, η αυτο-φροντίδα και η φροντίδα στην ΠΦΥ μπορεί να ανταποκριθεί σε μεγάλη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας με συγκριτικά χαμηλό κόστος.

Σε κάθε περίπτωση και σε συμφωνία με τη βασική αρχή για ενημερωμένη λήψη απόφασης και ενδυνάμωση του ασθενούς, το πυραμидικό μοντέλο του ΠΟΥ προβλέπει ότι οι ίδιοι οι ασθενείς οφείλουν να συμμετέχουν στη διαδικασία της θεραπείας τους, βεβαίως σε διαφορετικά επίπεδα, ιδίως όμως στο στάδιο της αποκατάστασής τους. Το μοντέλο επίσης προϋποθέτει τη συνεχιζόμενη υποστήριξη, εποπτεία, συνεργασία, ανταλλαγή πληροφορίας και εκπαίδευση μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας ως καθοριστική για τη λειτουργία κάθε συστήματος, ανεξαρτήτως μορφής και δομής.¹⁴

Ανεξαρτήτως επίσης επιπέδου διαθέσιμων πόρων, ο ΠΟΥ καλεί όλες τις χώρες να συνθέσουν το «καλύτερο δυνατό μείγμα υπηρεσιών από όλα τα επίπεδα της πυραμίδας» και να αξιολογούν σε συστηματική βάση ποιές και πόσες υπηρεσίες είναι πραγματικά διαθέσιμες και προσβάσιμες, με στόχο τη συνεχιζόμενη βελτίωση του επιπέδου κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού.¹⁴

Το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι πρόκειται να κατευθύνει την περαιτέρω ολοκλήρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ενσωμάτωσή τους στις γενικές υπηρεσίες υγείας σε όλη την Ευρώπη, και ιδίως την ανατολική, καθώς αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνολικά και μειώνονται οι πόροι που είναι διαθέσιμοι για την παροχή τους.

Η παραδοχή της φύσης της εξάρτησης ως μιας κατάστασης υγείας που εντάσσεται στον τομέα της ψυχικής υγείας συνεπάγεται και αξιώνει την εφαρμογή του πυραμидικού μοντέλου και στη θεραπεία της εξάρτησης. Εξάλλου και ειδικά σε ό,τι αφορά στη θεραπεία της εξάρτησης στην Ελλάδα, η Τεχνική Έκθεση του κινδύνου για τον ιό HIV/AIDS του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου

Νόσων υπογραμμίζει τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί στην πρόληψη της μετάδοσης του HIV/AIDS μεταξύ των ΧΕΝ κυρίως και εξαιτίας της άμεσης απάντησης στην ανάγκη διεύρυνσης της πρόσβασης σε προγράμματα φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης και διανομής βελόνων και συρίγγων.⁸ Τονίζει όμως, ότι ο μοναδικός τρόπος να διευρυνθούν περαιτέρω οι παρεχόμενες υπηρεσίες ώστε να καλύπτουν τη ζήτηση, δεδομένης της εξάντλησης των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, είναι «η χρήση γενικών ιατρών για την παροχή υπηρεσιών φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης σε άτομα σταθεροποιημένα σε θεραπεία», αν και η ίδια η έκθεση παραδέχεται ότι η επιλογή αυτή απαιτεί αλλαγές στην εκπαίδευση στην ειδικευση της γενικής ιατρικής και στους όρους άσκησης ιατρικής πρακτικής στη χώρα.⁸

Η «δυσκολία» αυτή στην αλλαγή του πλαισίου παροχής υπηρεσιών φροντίδας σε σταθεροποιημένους ασθενείς σε θεραπεία για την εξάρτηση φαίνεται όμως να συνιστά το μοναδικό «εμπόδιο» σε μια οικονομικά βιώσιμη και πρακτικά εφικτή διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών υπέρ της κάλυψης της πραγματικής ανάγκης του πληθυσμού.

Μάλιστα, η Επιστημονική Επιτροπή για τη Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, στο πόρισμά της το Σεπτέμβριο του 2013,¹⁵ τονίζει την ανάγκη οι νέες υπηρεσίες ΠΦΥ να ενσωματώνουν τη φροντίδα των ατόμων με εξάρτηση, εφόσον αυτά έχουν ήδη σταθεροποιηθεί σε θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, υπογραμμίζει ότι «δεδομένου ότι οι εξαρτήσεις αφ' ενός καταγράφουν μια έξαρση στη χώρα και αφ' ετέρου έχουν ήδη αναγνωριστεί διεθνώς ως νόσος, κρίνεται επιτακτική η επέκταση της διαχείρισης της θεραπείας των ατόμων με εξάρτηση στις δομές ΠΦΥ, πρόταση η οποία τεκμηριώνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του WHO, UNODC, UNAIDS και, ειδικά για την Ελλάδα, και από το EMCDDA και το ECDC».

4.2. Υποστήριξη της θεραπευτικής πορείας μέχρι την αποκατάσταση (recovery)

Είναι σαφές ότι στην Ελλάδα της έλλειψης των κρίσιμων οικονομικών πόρων και της πιεστικής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και φροντίδας για την εξάρτηση, η επίκληση οποιουδήποτε άλλου λόγου για την αλλαγή του προτύπου παροχής θεραπείας, ώστε να παρέχεται πλέον η δυνατότητα περισσότεροι και διαφορετικοί να αποκτήσουν πρόσβαση στη φροντίδα με λιγότερους πόρους, πέρα από τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω στο 4.1 θα μπορούσε να θεωρηθεί δευτερεύουσας σημασίας.

Εντούτοις, βασικό επιχείρημα στη σχετική συζήτηση συνιστά και η ανάγκη διασύνδεσης των υπηρεσιών μείωσης

της βλάβης, θεραπείας της εξάρτησης και αποκατάστασης των θεραπευόμενων, με στόχο την ολιστική προσέγγιση των τελευταίων, μέσω της ενδυνάμωσής τους και της ουσιαστικής επανένταξής τους στην οικογενειακή, κοινωνική και οικονομική ζωή, αλλά και της άμεσης αντιμετώπισης οποιασδήποτε δυσκολίας ή ανατροπής στην πορεία προς την αποκατάσταση. Το φαινόμενο της ασυνέχειας στη φροντίδα, το οποίο εκδηλώνεται π.χ. με τη λειτουργική αποξένωση μεταξύ των φορέων παροχής θεραπείας και την έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών τους με επίκεντρο τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, οφείλεται μερικώς και στη διαχρονική έλλειψη κεντρικού συντονισμού της πολιτικής για τα ναρκωτικά και προσκρούει στην ύπαρξη και λειτουργία πολλών και διαφορετικών φορέων στο χώρο της εξάρτησης, δημόσιων, ιδιωτικών και μη κυβερνητικών, οι οποίοι δεν διασυνδέονται λειτουργικά και δεν εντάσσονται σε μια ενιαία «γραμμή φροντίδας» υπέρ του θεραπευόμενου, αναλόγως των εξατομικευμένων κατά περίπτωση αναγκών του.

Αποτέλεσμα, όπως σε πολλά πεδία παροχής υπηρεσιών υγείας, η αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, η σπατάλη κρίσιμων πόρων και η ταυτόχρονη έλλειψη δυνατότητας κάλυψης των αναγκών ενός άλλου μεγάλου μέρους του πληθυσμού (όπως π.χ. οι προβληματικοί χρήστες που δεν βρίσκονται σε θεραπεία).

Οι δυσκολίες αυτές που ο θεραπευόμενος γνωρίζει ότι θα αντιμετωπίσει και οι οποίες προκύπτουν όχι μόνο από τη φύση της νόσου αλλά και από τη λειτουργική πολυδιάσπαση των υπηρεσιών, πολλές φορές καταγράφονται σαν «απροθυμία» των χρηστών να ενταχθούν σε θεραπεία. Ιδιαίτερα καθώς γνωρίζουν ότι στο τέλος της διαδρομής, μετά τη σταθεροποίησή τους, δεν μπορούν να υποστηριχθούν με βιώσιμες προοπτικές επανένταξης και αποκατάστασης, πολύ περισσότερο στις παρούσες οικονομικές συνθήκες, οι οποίες συνεπάγονται περιστολή των κοινωνικών δαπανών και, πολλές φορές, οριζόντιες περικοπές στο εύρος των προνοιακών και αποκαταστατικών υπηρεσιών.

Πλήττειται, έτσι, σοβαρά η έννοια του θεραπευτικού συνεχούς, ενώ ως συνέπεια και της περιστολής των κρίσιμων πόρων και της συνολικής απομείωσης των προοπτικών κοινωνικής και οικονομικής ζωής για το σύνολο της κοινωνίας (και όχι μόνο για όσους αντιμετωπίζουν την εξάρτησή τους από ναρκωτικά) υποβαθμίζεται συνολικά η προοπτική της θεραπείας ως μόνης βιώσιμης εναλλακτικής σε μια ζωή με εξάρτηση από ναρκωτικά.

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον έλλειψης οργανωτικής και λειτουργικής ολοκλήρωσης των διαθέσιμων υπηρεσιών υπέρ του θεραπευόμενου, ο ρόλος των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι καθοριστικός, ιδίως για τα άτομα εκείνα, τα οποία

έχουν σταθεροποιηθεί σε θεραπεία και μπορούν ή έχουν ήδη αρχίσει να διαμορφώνουν μια «φιλοδοξία αποκατάστασης» και ζωής μακριά από τις εξαρτήσεις.

Έτσι στην πράξη, για τους σταθεροποιημένους ασθενείς, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις λειτουργικής ανασύνταξης των υφιστάμενων υπηρεσιών, ώστε το εύρος τους να είναι διαθέσιμο σε μια «ευθεία» γραμμή, και ο θεραπευόμενος με τη βοήθεια του ιατρού ΠΦΥ να μπορεί να αποκτήσει πρόσβαση σε αυτές κατά τις ανάγκες του εξατομικευμένου θεραπευτικού του πλάνου.

Διαμορφώνονται με τον τρόπο αυτό συνθήκες παροχής υπηρεσιών πραγματικά «ασθενοκεντρικές», όπου η φροντίδα ακολουθεί τον ασθενή, όπου, όπως και όποτε αυτός την έχει ανάγκη, βελτιώνεται η παραμονή στη θεραπεία, ενισχύεται η φιλοδοξία αποκατάστασης και συνολικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα και δημιουργείται μια θετική προοπτική συνολικά για τη θεραπεία της εξάρτησης. Η τελευταία αφ' ενός λειτουργεί ελκυστικά για τους προβληματικούς χρήστες, οι οποίοι μπορούν να «δουν ένα φως στο τούνελ» της εξάρτησης μέσα από την αναζήτηση θεραπείας, και αφ' ετέρου επιδρά θετικά συνολικά στην κοινωνία, η οποία αντιλαμβάνεται και αποδέχεται σταδιακά τη φύση της εξάρτησης ως μιας νόσου για την οποία υπάρχει διαθέσιμη και βιώσιμη θεραπεία.

4.3. Διαχείριση της εξαρτησιο-φοβίας και του στίγματος

Σε σχέση με το τελευταίο σημείο, η διεύρυνση των υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης με την ενσωμάτωση υπηρεσιών ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην εν τοις πράγμασι αλλαγή του τρόπου με τον οποίο η κοινωνία αντιλαμβάνεται την εξάρτηση και να ενισχύσει την κατανόηση της νευροβιολογικής φύσης της εξάρτησης ως εγκεφαλικής διαταραχής, ως χρόνιας δηλαδή υποτροπιάζουσας κατάστασης υγείας, η οποία χρήζει κλινικής διαχείρισης και στο ιατρείο της ΠΦΥ.

Η «εμπειρία» της παροχής φροντίδας σε άτομα με εξάρτηση σταθεροποιημένα σε θεραπεία στο πλαίσιο της ΠΦΥ, μπορεί να αποδείξει έμπρακτα στην κοινωνία ότι τα άτομα με εξάρτηση σε θεραπεία δεν συνιστούν παραβατικά άτομα αλλά ασθενείς που έχουν αποφασίσει να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους και να κερδίσουν την ποιότητα αλλά και την ίδια τη ζωή τους. Μπορεί έτσι να συμβάλει στην αποδόμηση στιγματιστικών συμπεριφορών και στην ανάπτυξη από πλευράς της κοινωνίας της ανοχής και της κατανόησης που είναι απαραίτητη για τον θεραπευόμενο μέχρι να μπορέσει να ορθοποδήσει και να διαχειριστεί την κατάσταση υγείας του.

Μάλιστα, οι συνθήκες παροχής φροντίδας στην ΠΦΥ, στο πλαίσιο των γενικών υπηρεσιών υγείας, μπορούν να συμβάλλουν στην επίτευξη του από-στιγματισμού και του περιορισμού των προκαταλήψεων πολύ γρηγορότερα και πολύ αποτελεσματικότερα από ό,τι οποιαδήποτε ενημερωτική εκστρατεία, η οποία θα στόχευε μεν το γενικό κοινό με σαφή μηνύματα, θα εξακολουθούσε όμως να αναφέρεται σε άτομα που παραμένουν στην καθημερινότητα «αποκομμένα» από τις γενικές υπηρεσίες υγείας και το κοινωνικό σύνολο.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόοδος που έχει σημειωθεί στη βελτίωση των δεικτών κάλυψης της ζήτησης για υπηρεσίες φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης μέσω της διεύρυνσης του δικτύου των μονάδων παροχής των υπηρεσιών αυτών έχει ήδη επιφέρει σημαντικά και μετρήσιμα αποτελέσματα τόσο στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού των προβληματικών χρηστών σε αναμονή για ένταξη σε πρόγραμμα θεραπείας όσο και στην εν τοις πράγμασι «αναχαίτιση» του ρυθμού εξάπλωσης της επιδημίας του HIV/AIDS τόσο στον πληθυσμό αυτό όσο και συνολικά.

Ήταν επίσης η μόνη «αναγκαία», εφικτή και βιώσιμη

επιλογή στο πλαίσιο των συγκεκριμένων κοινωνικών και ιδεολογικών συνθηκών υπό τις οποίες ολοκληρώθηκε – με έντονες και καταγεγραμμένες τις αντιδράσεις κοινωνικών, επιστημονικών και πολιτειακών φορέων για τη διεύρυνση της πρόσβασης σε θεραπεία σε μονάδες μέσα σε γενικά νοσοκομεία, αν και το μεταρρυθμιστικό «αίτημα» εκκρεμούσε για πάνω από 20 έτη.

Παρόλα αυτά, η ανάγκη, στην οποία άμεσα και μετρήσιμα οι μέχρι σήμερα παρεμβάσεις απάντησαν, επιμένει και παραμένει. Συντίθεται, δε, από ένα πλέγμα προκλήσεων που σχετίζονται τόσο με την υφιστάμενη και μη δυναμένη να απορροφηθεί περαιτέρω λίστα αναμονής στην Αττική, όσο και γενικότερα με την επικράτηση της εξάρτησης από ναρκωτικά στην Ελλάδα σήμερα και την αδυναμία, λόγω και των οικονομικών συνθηκών, ενίσχυσης της πορείας των θεραπευόμενων προς την πλήρη αποκατάσταση. Αξιώνει έτσι μια βαθύτερη, ουσιαστικότερη τομή στη διάρθρωση της παροχής υπηρεσιών φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης στην κατεύθυνση της ολοκλήρωσής τους, η οποία οφείλει να προχωρήσει σύμφωνα με την εμπεριστατωμένη επιστημονικά κατανόηση της εξάρτησης ως μιας χρόνιας, υποτροπιάζουσας, εγκεφαλικής διαταραχής, η θεραπεία για την οποία οφείλει να παρέχεται μέσα από ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο, δημόσιο και δωρεάν σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

ABSTRACT

Pharmacologically assisted treatment of opioid dependence in Greece today: measureable results and challenges for the future

MALLIORI¹, C. GOLNA^{2,3}, K. SOULIOTIS^{4,5}, A.E. PHILALITHIS,⁶ A. HATZAKIS²

¹1st Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Athens, ²Department of Hygiene, Epidemiology & Medical Statistics at Athens University Medical School, Athens, ³Hepatitis B and C Public Policy Association, ⁴Department of Social and Educational Policy, Faculty of Social and Political Sciences, University of Peloponnese, Corinth, ⁵Center for Health Services Research, Department of Hygiene, Epidemiology & Medical Statistics, Medical School, University of Athens, Athens, ⁶Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(Suppl 1):35–42

In 2011, 20,473 Problem Drug Users aged 15–64 were estimated to be living in Greece. Of them, only 4,771 were on pharmacologically assisted treatment, at a coverage rate of a mere 21%. Another 5,558 were waiting to get on treatment for 7.6 years in Athens and 4.4 years in Thessaloniki. In mid-2011, OKANA, opened up access to pharmacologically assisted treatment (OST) in 33 additional centers in general hospitals across the country and increased coverage from 21% to 40%. Within 12 months, the waiting list to get on treatment was halved (to 3.6 years) in Athens and almost eradicated in Thessaloniki and the rest of Greece. A substantial, 7-fold increase in Needle and Syringe Programme (NSP) coverage, was also implemented particularly in Athens, in a coordinated effort of state organizations and NGOs to manage the explosion of HIV incidence amongst People Who Inject Drugs (PWIDs). The systematic and measurable improvement in treatment coverage, which was in turn reflected in decreases in HIV/AIDS incidence amongst PWIDs, was important as an urgent and imperative first step to address the HIV/AIDS challenge. Yet,

it cannot be further improved yet, to cover the waiting list of 2,600 people (as of December 2013) or sustained under severe budget cuts, without structural changes in the way treatment is provided. Such changes would help address specific and persistent challenges, as: a) the ongoing increase in the (diversified) need to access treatment in circumstances of severe budget cuts, b) the ongoing integration and support of the treatment process through to recovery and, c) the ongoing management of addicto-phobia and social stigma.

Key words: Economic crisis, Harm reduction, People who inject drugs, Pharmacologically assisted treatment of opioid dependence, Waiting list

Βιβλιογραφία

1. EMCDDA. Country overview: Treatment profile, Greece. EMCDDA, 2011. Available at: www.emcdda.europa.eu
2. ΟΚΑΝΑ. Απολογισμός έργου διετίας 2010–2012, Αθήνα, 2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.okana.gr/apologismos-okana>
3. ΚΕΕΛΠΝΟ. Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV λοίμωξης. ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα, 2012
4. PARASKEVIS D, NIKOLOPOULOS G, FOTIOU A, TSIARA C, PARASK-EVA D, SYPSA V ET AL. Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study. PLoS One 2013, 12:e78941
5. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO, Geneva, 2009. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html
6. WHO AND UNODC. Joint Programme on drug dependence treatment and care. Vienna, May 2009. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who/en/
7. UNODC. Treatnet: working towards evidence-based drug dependence treatment and care. UNODC, Vienna, 2010. Available at: http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-50007_E_ebook.pdf
8. ECDC. Risk assessment on HIV in Greece. ECDC, Stockholm, 2012. Available at: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-risk-assesment-hiv-in-greece.pdf>
9. EMCDDA AND ECDC. Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment/ HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. EMCDDA/ECDC, Lisbon, 2012. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/hiv-in-injecting-drug-users-2011>
10. MALLIORI M, GOLNA C, SOULIOTIS K, HATZAKIS A. Managing opioid dependence treatment and controlling for HIV incidence among injecting drug users in Greece: A case study of optimism in the face of adversity. Addiction 2013, 108:1174-1175
11. ΟΚΑΝΑ. Στοιχεία αρχείου αιτήσεων προγράμματος υποκατάστασης. ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2014
12. ΚΕΕΛΠΝΟ. HIV/AIDS λοίμωξη: νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα, 2013. Διαθέσιμο στο: <http://www.2.keelpno.gr/blog/?p=3024>
13. EMCDDA. European Drug Report: Trends and Developments, Lisbon, 2013. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013>
14. WHO. Improving health systems and services for mental health. WHO, Geneva, 2009. Available at: http://www.who.int/publications/2009/9789241598774_org.pdf
15. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΘΗΡΑΙΟΣ Ε, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΠΑΠΑΔΑΚΑΚΗ Μ, ΤΣΑΝΤΙΛΑΣ Π, ΤΣΙΡΩΝΗ Μ ΚΑΙ ΣΥΝ. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ). Επισημοτική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. Αθήνα, 2013

Corresponding author:

M. Malliori, 27 Parthenonos Str., GR-117 42, Athens, Greece
e-mail: mmalliori@otenet.gr