



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

«Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Κωδικός MIS: 464637

Νόσημα: Χρήση Οινοπνεύματος

Ομάδα εργασίας: κ. Ελευθέριος Θηραίος (Συντονιστής)
κ. Αντώνιος Κούτης (Αναπληρωτής Συντονιστής)
κ. Ανθή Γεωργοπούλου (Επιστημονικός Συνεργάτης)

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής
Ιατρικής
Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

UNIVERSITY OF CRETE
FACULTY OF MEDICINE

Clinic of Social and Family Medicine
P.O Box 2208, Heraklion 71003,
Crete, Greece





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΘΗΡΑΙΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ	Ιατρός, Συντονιστής της ομάδας ανασκόπησης
ΚΟΥΤΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Ιατρός, Αναπληρωτής Συντονιστής της ομάδας ανασκόπησης
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΘΗ	Βιολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΔΙΣΛΙΑΝ ΒΑΛΕΝΤΙΝΑ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΝΤΙΝΑ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΚΟΚΟΤΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ	Εκπρόσωπος «ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ»
ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΛΙΑΠΠΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής Ψυχιατρικής, Εκπρόσωπος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
ΛΥΓΕΡΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΜΑΛΛΙΩΡΗ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ	Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Εκπρόσωπος ΟΚΑΝΑ
ΠΟΥΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Εκπρόσωπος «ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ»
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
BULC MATEJA	Εκπρόσωπος EUROPREV
PAS LODEWIJK	Εκπρόσωπος EUROPREV



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΕΛΥΒΔΑΩΜΙΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	4
1.	Εισαγωγή	5
2.	Ορισμός χρήσης οιοπνεύματος	9
3.	Κλινικά ερωτήματα	13
4.	Μεθοδολογία	15
5.	Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	19
6.	Πρακτικός Αλγόριθμος	28
7.	Επίλογος	29
8.	Βιβλιογραφία	30



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Πρόλογος

Είναι μεγάλη χαρά στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντηρίων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» να προλογίζω ως Επιστημονικός Υπεύθυνος την παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία.

Είναι σημαντικό που για πρώτη φορά στη χώρα μας συντάχθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Γενική Ιατρική ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας και συμφωνίας με εκπρόσωπους Επιστημονικών Εταιρειών (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία), ιατρών (Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής) και νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας), ασθενών και εκπροσώπων της κεντρικής/περιφερειακής διοίκησης καθώς και Ευρωπαϊκών δικτύων. Στο έργο αυτό χρησιμοποιήθηκε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του συγκεκριμένου έργου και αποτελεί σύνθεση δοκιμασμένων εμπειριών και τεχνολογιών από Αμερική, Ευρώπη και Αυστραλία.

Η παρούσα έκδοση παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης που ολοκλήρωσε η ομάδα εργασίας για τη Χρήση Οιοπνεύματος. Σε αυτήν ο ιατρός γενικής ιατρικής και επαγγελματίας υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) μπορεί να αναζητήσει απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ' ημέρα πράξη και να λάβει αποφάσεις που είναι σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και τη γνώμη των ασθενών.

Θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου και ιδιαίτερα τα μέλη της ομάδας έργου (κ. Ελευθέριο Θηραίο που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Αντώνη Κούτη, κ. Ανθή Γεωργοπούλου) που διάβασε συστηματικά τη βιβλιογραφία και συνέταξε μεγάλο μέρος του παρόντος κειμένου, καθώς και την κ. Ειρήνη Βασιλάκη για τον ουσιαστικό της ρόλο στο συντονισμό του έργου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες και στους εκπρόσωπους του EUROPREV, Dr. Mateja Bulc και Dr. Lodewijk Pas.

Θα είναι τιμή και χαρά για όλους μας εάν αυτές οι οδηγίες χρησιμοποιηθούν επ' ωφελεία των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας, των ιατρών και των νοσηλευτών στην Π.Φ.Υ.

Με εκτίμηση,

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του έργου

Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

1. Εισαγωγή

Η χρήση οινοπνεύματος είναι συχνή στον ενήλικο πληθυσμό (77% στην ηλικία 26-34 έτη), σήμερα, όπως και στην αρχαιότητα, ως χαλαρωτικό (“οίνος ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου”) και ως μέσο κοινωνικής συναναστροφής. Επιπλέον, η περιορισμένη χρήση οινοπνεύματος έχει ευεργετικές συνέπειες στο καρδιαγγειακό σύστημα, αφού προκαλεί αύξηση της HDL χοληστερίνης, λόγω δράσεως στο ήπαρ, και μειωμένη πηκτικότητα του αίματος. Όμως, όταν η χρήση γίνεται κατάχρηση, τότε το οινόπνευμα χάνει τις ευεργετικές του ιδιότητες και καταντάσσεται ασθένεια. Η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας οινοπνεύματος μπορεί να αφορά τη χρόνια κατάχρηση αλλά και την περιστασιακή μεγάλη κατάχρηση. Συνήθως απαιτείται χρόνια και υπερβολική λήψη οινοπνεύματος, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι σωματικά εξαρτημένοι («αλκοολικοί»), αλλά κάνουν αυξημένη χρήση, συχνά στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής.

Το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη) είναι η συνηθέστερη και η πλέον διαδεδομένη φαρμακευτική-κατασταλτική ουσία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Έτσι, η κατάχρηση της αιθανόλης είναι μείζον κοινωνικό και κλινικό πρόβλημα, και αποτελεί μια χρόνια πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία σχετίζεται με ένα ευρύτατο φάσμα γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-πολιτισμικών αιτιο-παθογενετικών παραγόντων.

Η αιθυλική αλκοόλη έχει ευρεία τοξική επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό, με αποτέλεσμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) να έχει αναγνωρίσει περισσότερες από 60 παθήσεις/διαταραχές που να σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος, με προβλήματα σε όλα τα λειτουργικά συστήματα του ανθρώπου. Η βλαπτική του επίδραση στα διάφορα όργανα επιφέρει παροδική ή μόνιμη δυσλειτουργία. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της κλινικής σημειολογίας της κατάχρησης οινοπνεύματος είναι η άρνηση του ασθενούς να παραδεχθεί το πρόβλημα, με αποτέλεσμα να αποκαλύπτεται αυτό από τις συνέπειες και τις επιπλοκές του. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται και σε έμμεσες τραγικές συνέπειες της κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης, όπως στα ατυχήματα (55% των τροχαλίων ατυχημάτων), στην αυξημένη αυτοκτονικότητα, στην εγκληματική συμπεριφορά (50% των φόνων, 60% των σεξουαλικών επιθέσεων), στη διατάραξη οικογενειακών ή εργασιακών σχέσεων κ.λπ.

Η έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών αυτών είναι αποφασιστικής σημασίας, διότι επιτρέπει τη θεραπευτική παρέμβαση πριν από την εμφάνιση σοβαρών επιπτώσεων στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και στις οικογενειακές, επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις.

1.1. Το πρόβλημα της χρήσης οινοπνεύματος



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΕΛΛΗΝΙΣΤΙΚΩΝ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί μια συμπεριφορά ιδιαίτερα διαδεδομένη σε ολόκληρο τον κόσμο. Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις του ΠΟΥ, 2 δις. άτομα σε όλο τον κόσμο καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και 76,3 εκατ. πάσχουν από διαταραχές λόγω οινοπνεύματος. Η Ευρώπη αποτελεί την περιοχή στην οποία γίνεται η μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνευματωδών στον κόσμο, δεδομένου ότι κάθε ενήλικας καταναλώνει 11 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο, ποσότητα 2,5 φορές μεγαλύτερη από το μέσο όρο κατανάλωσης στον υπόλοιπο κόσμο. Συνολικά το 11,9 της θνητότητας αποδίδεται στη χρήση αλκοόλ, κάτι που σημαίνει ότι 1 στους 11 θανάτους στους άνδρες και 1 στους 16 στις γυναίκες συνδέονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Ηπατολογικά προβλήματα, καρκίνος και ατυχήματα είναι οι πρώτες αιτίες νοσηρότητας που οδηγούν στο θάνατο.

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ., 2007) το οινόπνευμα ευθύνεται για την πρόκληση περισσότερων από 60 τύπων ασθενειών και βλαβών, πολλές εκ των οποίων είναι σοβαρές, χρόνιες ή και θανατηφόρες.

Είναι επίσης υπεύθυνο για πολλαπλές κοινωνικές, ψυχικές και συναισθηματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων του εγκλήματος, της ενδοοικογενειακής βίας, των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, των τροχαίων ατυχημάτων και των χαμένων ωρών εργασίας, κοστίζοντας στην Ευρωπαϊκή Ένωση περίπου 124 δις € ετησίως. 320.000 άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο, ηλικίας 15-29 ετών, πεθαίνουν κάθε χρόνο από αίτια που συνδέονται με το οινόπνευμα, προκαλώντας ουσιαστικά το 9% των θανάτων σε αυτό το ηλικιακό φάσμα.

Το οινόπνευμα κατέχει επίσης υψηλή θέση στην κλίμακα επιβάρυνσης της υγείας από νόσους και τραυματισμούς (Global Burden of disease and injury). Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ για το 2010, το οινόπνευμα είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου νοσηρότητας σε ολόκληρο τον κόσμο, μετά την υπέρταση και το κάπνισμα.

Υπολογίζεται ότι τα άτομα με κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα θα επισκεφθούν μια υπηρεσία υγείας ή ένα γενικό ιατρό 6-7 φορές συχνότερα, συγκριτικά με αυτούς που δεν εμπλέκονται με το οινόπνευμα.

1.2. Επιδημιολογικά δεδομένα στον ελληνικό πληθυσμό

Τα στοιχεία για τις συμπεριφορές χρήσης οινοπνεύματος στην Ελλάδα προέρχονται από τις έρευνες του γενικού πληθυσμού, καθώς και από αυτές που γίνονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε έφηβους/μαθητές.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Στη μελέτη ΑΤΤΙCΑ που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, το ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης οινοπνεύματος στους ενήλικες άνδρες έφτανε το 42,5%, ενώ στις γυναίκες το 13,6%. Αντίστοιχα ποσοστά επιβεβαιώθηκαν και από άλλες έρευνες. Τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης οινοπνεύματος και στα δύο φύλα, παρατηρούνται στην ηλικία 55 - 64 ετών.

Η τελευταία επιδημιολογική μελέτη στον γενικό πληθυσμό για τη χρήση των οινοπνευματωδών έγινε το 2004 από το ΕΠΙΨΥ. Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας αυτής ήταν τα εξής:

- Σχεδόν όλοι οι Έλληνες (ηλικίας 12-64 ετών) έχουν δοκιμάσει έστω και μία φορά στη ζωή τους κάποιο οινοπνευματώδες ποτό.
- Ποσοστό 74,1% έχουν καταναλώσει έστω και ένα οινοπνευματώδες τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 65,8% έστω και μια φορά τον τελευταίο μήνα.
- Ποσοστό 10% αναφέρει υπερβολική κατανάλωση (τουλάχιστον 5 οινοπνευματώδη στην καθισιά, τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο μήνα) και το 12,2% τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο.

Από το 1984 μέχρι το 2004, η κατανάλωση οινοπνευματωδών δεν έχει μεταβληθεί διαχρονικά ιδιαίτερα, ίσως μάλιστα εμφανίζει και τάσεις μείωσης. Δεν υπάρχει τεκμηρίωση της σημερινής κατάστασης σε σχέση με τις διαταραχές χρήσης οινοπνεύματος στον γενικό πληθυσμό, υπολογίζεται όμως ότι ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων ίσως ξεπερνάει τις 300.000.

1.3. Οι οικονομικές επιπτώσεις της διαχείρισης των σχετιζόμενων με το οινόπνευμα διαταραχών

Οι οικονομικές συνέπειες από την υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος είναι πολυεπίπεδες, καθώς η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών επηρεάζει:

- την επαγγελματική δραστηριότητα (μείωση παραγωγικότητας, αυξημένες ώρες απουσίας από την εργασία, κόστος από εργατικά ατυχήματα, χαμένες εργασιακές ευκαιρίες των ίδιων και των συγγενών τους).
- την ποινική δικαιοσύνη (απαιτεί χρόνο και πόρους από το δικαστικό σύστημα και τις αστυνομικές αρχές).
- το Σύστημα Υγείας (αυξημένες δαπάνες περίθαλψης, λόγω αυξημένων αναγκών των χρηστών από τις επιπτώσεις της χρήσης οινοπνεύματος).
- τις υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας (αντιμετώπιση των προβλημάτων στην οικογένεια, στον επαγγελματικό χώρο, της ανεργίας και της επακόλουθης φτώχειας).

Μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολόγισαν ότι το κόστος του οινοπνεύματος στην κοινωνία ανέρχεται στις £ 25.1 δις. ετησίως (Department of Health, 2007). Μια πρόσφατη έκθεση από το Υπουργείο Υγείας υπολόγισε το ετήσιο κόστος των υπηρεσιών NHS στην Αγγλία σε £ 2.7 δις, (Department of Health, 2008), με το 44% του συνολικού κόστους να αφορά νοσηλείες και ημερήσιες επισκέψεις, ενώ το 38% επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και υπηρεσίες



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ
ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

πρώτων βοηθειών. Το κόστος των σχετιζόμενων με το οινόπνευμα παραβατικών συμπεριφορών (συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για την αστυνόμευση, οδήγηση σε κατάσταση μέθης, τα δικαστήρια και το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης) ανέρχεται σε £ 7,3 δις ετησίως (2003). Το εκτιμώμενο κόστος στο χώρο εργασίας από την απώλεια παραγωγικότητας, απουσίες ασθένειας σχετιζόμενες με το οινόπνευμα και των πρόωρων θανάτων ανέρχεται στα £ 6 δις (Μονάδα Στρατηγικής του Πρωθυπουργού, 2003).

Για την Ευρωπαϊκή Ένωση, το συνολικό (άμεσα μετρήσιμο) κόστος του οινοπνεύματος το 2003 υπολογίστηκε στα 125 δισεκατομμύρια Ευρώ (79 δις - 220 δις Ευρώ), ποσό το οποίο ισοδυναμεί με το 1,3% GDP, ενώ το κοινωνικό κόστος του αλκοόλ εκτιμάται στα 270 δις €, με το αντίστοιχο ποσό στις ΗΠΑ να ανέρχεται στα 185 δις δολάρια.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

2. Ορισμοί Χρήσης Οινοπνεύματος

Με τον όρο κατάχρηση οινοπνεύματος, αναφερόμαστε σε μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, που εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενη λήψη οινοπνευματωδών ποτών, σε ποσότητα ασύμβατη με τις διαιτητικές συνθήκες και τα παραδεκτά όρια του κοινωνικού περιβάλλοντος, και που σε κάποιο βαθμό επηρεάζει την υγεία του χρήστη ή και την επαγγελματική και κοινωνική του λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια που προσδιορίζονται στην 10η έκδοση ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών συμπεριφοράς του Π.Ο.Υ. (ICD-10, από την ειδική έκδοση για τις ψυχικές διαταραχές στην Π.Φ.Υ.), θα πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ:

- έκθεσης σε κίνδυνο κατάχρησης οινοπνεύματος (επισφαλής χρήση αλκοόλ)
 - μεγάλη χρήση οινοπνευματωδών σε ποσότητα που ορίζεται με τοπικά κριτήρια – π.χ. περισσότερα από 21 ποτά την εβδομάδα για τους άνδρες και περισσότερα από 14 για τις γυναίκες,
- επιβλαβούς χρήσης οινοπνεύματος
 - υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών, που έχει προκαλέσει σωματική βλάβη (π.χ. ηπατική νόσο, γαστρεντερικές αιμορραγίες), ψυχική διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη ή άγχος λόγω του οινοπνεύματος) ή έχει οδηγήσει σε βλαπτικές κοινωνικές συνέπειες (π.χ. απώλεια εργασίας)
- εξάρτησης από οινόπνευμα
 - συνεχιζόμενη χρήση οινοπνεύματος παρά την ύπαρξη βλάβης,
 - δυσκολία ελέγχου της χρήσης οινοπνεύματος,
 - έντονη επιθυμία για χρήση οινοπνεύματος,
 - ανοχή,
 - στερητικά συμπτώματα.

Επισφαλής χρήση οινοπνεύματος (hazardous use): Με την έννοια αυτή ορίζεται ως το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που είναι πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη, εάν οι συνήθειες κατανάλωσης επιμένουν. Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος, που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επικίνδυνο, καθώς φαίνεται ότι για πολλές καταστάσεις, οποιοδήποτε επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνο. Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ., περιγράφεται ως μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40 gr αλκοόλης (3 ποτά) για τις γυναίκες και 40-60 gr (5 ποτά) για τους άνδρες.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Επιβλαβής χρήση οиноπνεύματος (harmful use): Με την έννοια αυτή ορίζεται η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με την πρόκληση βλάβης στην υγεία, είτε οργανική είτε ψυχική. Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. περιγράφεται ως μέση κατανάλωση άνω των 40 gr οиноπνεύματος (3 ποτά) ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60 gr (5 ποτά) για τους άνδρες.

Στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV) ορίζονται δύο κυρίως έννοιες αναφορικά με την κατανάλωση οиноπνεύματος, η έννοια της κατάχρησης και αυτή της εξάρτησης.

Σύμφωνα με το DSM-IV η κατάχρηση από το οινόπνευμα (αντιστοιχεί στην επιβλαβή χρήση οиноπνεύματος, κατά Π.Ο.Υ.) αποτελεί ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης του που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα κριτήρια, τα οποία συμβαίνουν σε μια περίοδο 12 μηνών:

- Συνεχής χρήση οиноπνεύματος, που έχει ως συνέπεια αποτυχία εκπλήρωσης βασικών υποχρεώσεων (εργασία, οικογένεια, σχολείο κ.α.).
- Συνεχής χρήση οиноπνεύματος, σε καταστάσεις που ενέχουν σωματικό κίνδυνο (οδήγηση, χειρισμός μηχανημάτων).
- Συνεχής χρήση οиноπνεύματος, που έχει ως συνέπεια προβλήματα με τον νόμο που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ.
- Συνεχής χρήση οиноπνεύματος, παρά την ύπαρξη μόνιμων ή υποτροπιάζοντων προβλημάτων (διαταραχή κοινωνικών, διαπροσωπικών σχέσεων, κ.α.)

Η εξάρτηση από το οινόπνευμα, σύμφωνα με το DSM-IV, αποτελεί μια δυσπροσαρμοστική χρήση του οиноπνεύματος, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια τα οποία συμβαίνουν σε μια περίοδο 12 μηνών:

- Ανοχή, όπως καθορίζεται από ένα από τα ακόλουθα δύο:
 - Ανάγκη για εξεσημασμένα αυξημένες ποσότητες οиноπνεύματος για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή τοξίκωσης (οξείας μέθης).
 - Εξεσημασμένα μειωμένο αποτέλεσμα με την κανονική χρήση της ίδιας ποσότητας οиноπνεύματος.
- Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα δύο:



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

- Τα χαρακτηριστικό αλκοολικό στερητικό σύνδρομο (π.χ. πρωινός τρόμος, άγχος, κακουχία, εφιδρώσεις μετά από διακοπή της χρήσης οινόπνευματος κ.α.).
- Λαμβάνεται η ίδια ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, για να ανακουφιστεί το άτομο ή να αποφύγει τα στερητικά συμπτώματα
- Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινόπνευματος για μεγαλύτερες περιόδους από ό,τι είχε πρόθεση.
- Επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει ή να διακόψει τη χρήση οινόπνευματος.
- Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες αναγκαίες για την προμήθεια οινόπνευματος (π.χ. διανύει μεγάλες αποστάσεις), στην κατανάλωση ή στην αποκατάσταση από τη δράση του.
- Παιρτείνεται ή περιορίζει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή δημιουργικές δραστηριότητες εξαιτίας της χρήσης οινόπνευματος.
- Η χρήση οινόπνευματος συνεχίζεται παρά το γεγονός ότι έχει επίμονα ή υποτροπιάζοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα, που είναι πιθανόν να έχουν προκληθεί ή επιδεινωθεί από το οινόπνευμα (π.χ. συνεχίζει να πίνει παρά το ότι γνωρίζει ότι ένα έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου επιδεινώθηκε από την κατανάλωση οινόπνευματος).

Στα κριτήρια του DSM-IV για την εξάρτηση από το οινόπνευμα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις φυσιολογικές παραμέτρους της ανοχής και της στέρησης, καθώς αυτές σχετίζονται με πολλά συνοδά προβλήματα και με βαρύτερη πρόγνωση. Στο DSM-IV οι διαταραχές που συνδέονται με την κατανάλωση οινόπνευματος είναι οι ακόλουθες:

- Τοξίκωση από οινόπνευμα
- Στερητικό σύνδρομο από οινόπνευμα
- Παραλήρημα οφειλόμενο σε τοξίκωση ή στέρηση από οινόπνευμα (με παραληρητικές ιδέες/με ψευδαισθήσεις)
- Αμνησιακή διαταραχή λόγω χρήσης οινόπνευματος
- Ψυχωσική διαταραχή λόγω χρήσης οινόπνευματος
- Διαταραχή της διάθεσης λόγω χρήσης οινόπνευματος
- Αγχώδης διαταραχή λόγω χρήσης οινόπνευματος
- Άνοια λόγω χρήσης οινόπνευματος



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

- Σεξουαλική δυσλειτουργία λόγω χρήσης οινόπνεύματος
- Διαταραχή του ύπνου λόγω χρήσης οινόπνεύματος

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η κατανάλωση οινόπνεύματος, η σχετιζόμενη με το οινόπνευμα βλάβη και η εξάρτηση από αυτό υφίστανται εντός ενός συνεχούς. Η κατανάλωση οινόπνεύματος κυμαίνεται μεταξύ της μη χρήσης του, του χαμηλού κινδύνου κατανάλωσης, της επικίνδυνης κατανάλωσης, της επιβλαβούς κατανάλωσης και της εξάρτησης. Με τον ίδιο τρόπο, η προκαλούμενη από το οινόπνευμα βλάβη ποικίλλει από καθόλου έως μέτριου βαθμού βλάβη, και στη συνέχεια έως τη σημαντική και σοβαρή βλάβη. Η κατανάλωση οινόπνεύματος και η βλάβη που προκαλείται από αυτό, δεν είναι σταθερές καταστάσεις και τα άτομα μπορούν με ευκολία να μεταπηδούν προς τη μία ή την άλλη πλευρά του συνεχούς, συμπεριλαμβανομένων και εισόδων και εξόδων στη φάση εξάρτησης κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Περιγραφή κατανάλωσης οινόπνεύματος

Σε επιστημονικό επίπεδο, τα γραμμάρια οινόπνεύματος είναι η προτιμώμενη σημειογραφία. Σε επίπεδο πρωτοβάθμιο φροντίδας υγείας, ο αριθμός των τυποποιημένων ποτών (standard drinks) είναι η προτιμώμενη σημειογραφία. Στην Ευρώπη σε ένα τυποποιημένο ποτό περιέχονται 10 γραμμάρια αλκοόλης.

Η χρήση του όρου των τυποποιημένων ποτών (standard drinks) απλοποιεί την εκτίμηση της κατανάλωσης οινόπνεύματος και η συστηματική χρήση του στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να υιοθετηθεί. Εντούτοις, εφόσον υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών, το περιεχόμενο του οινόπνεύματος σε κάθε τυποποιημένο ποτό πρέπει να καθορίζεται σε κάθε χώρα ανάλογα με τις επιστημονικές μελέτες και όχι μόνο κατόπιν συμφωνίας.

Ο Π.Ο.Υ. (2001) προτείνει ότι ένα τυποποιημένο ποτό είναι το ισοδύναμο:

- 330 κυβικών εκατοστών μπίρας 5%
- 140 κυβικών εκατοστών κρασιού 12%
- 90 κυβικών εκατοστών ενισχυμένου κρασιού (sherry) 18%
- 70 κυβικών εκατοστών λικέρ 25%
- 40 κυβικών εκατοστών οινόπνευματώδους ποτού 40%.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

3. Κλινικά ερωτήματα

Αναφορικά με τη διάγνωση, και τα διαγνωστικά εργαλεία:

1. Ποια διαγνωστικά εργαλεία στη Γενική Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρούνται κατάλληλα για εφαρμογή αναφορικά με την επισφαλή χρήση/την επιβλαβή χρήση/την εξάρτηση από το οινόπνευμα;
2. Ποια από τα εργαλεία έγκαιρης ανίχνευσης/διάγνωσης (ερωτηματολόγια ή κλίμακες διαλογής) της επισφαλούς χρήσης/της επιβλαβούς χρήσης/της εξάρτησης από το οινόπνευμα και σε ποιες ομάδες πληθυσμού είναι κατάλληλα (με κριτήρια υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας και υψηλής προγνωστικής αξίας) στην Γενική Ιατρική και την Π.Φ.Υ.;
3. Σε ποια νοσήματα και σε ποιες ειδικές ομάδες πληθυσμού συνιστώνται παρεμβάσεις έγκαιρης ανίχνευσης/διάγνωσης (ερωτηματολόγια ή κλίμακες διαλογής) της επισφαλούς χρήσης/της επιβλαβούς χρήσης/της εξάρτησης από το οινόπνευμα στην Π.Φ.Υ.;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη):

4. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα σε σχέση με την ποιότητα ζωής, το προσδόκιμο επιβίωσης ή και το κόστος των φαρμακολογικών και των μη-φαρμακολογικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην Π.Φ.Υ. σε προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα;
5. Πως διαφοροποιείται η θεραπευτική παρέμβαση σε σχέση με τη συνοσηρότητα για προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα;

Αναφορικά με την πρόληψη:

6. Ποια είναι η πρωτογενής πρόληψη για την κατανάλωση/χρήση οινόπνευματος ή τα σχετιζόμενα με το οινόπνευμα προβλήματα που μπορεί να εφαρμόσει το προσωπικό της Π.Φ.Υ., με ποιο κόστος και ποια αποτελεσματικότητα;

Αναφορικά με την παραπομπή:



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Τι πρέπει να καταγράφεται και να ελέγχεται από τον γενικό γιατρό, σχετικά με τη χρήση/κατάχρηση του οινόπνευματος σε κάθε τακτικό έλεγχο (follow up) οποιουδήποτε ασθενή;
8. Ποια είναι τα κριτήρια παραπομπής ασθενών που επισκέπτονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με προβλήματα σχετιζόμενα με το οινόπνευμα και πού αυτοί θα πρέπει να παραπεμφθούν;
9. Ποιο είναι το κόστος, το όφελος, η αποτελεσματικότητα διαχείρισης στην Π.Φ.Υ. ενός ασθενούς με προβλήματα σχετιζόμενα με το οινόπνευμα;

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

10. Ποια είναι η κατάλληλη δομή της Π.Φ.Υ. για την αποτελεσματική εφαρμογή από τους επαγγελματίες υγείας των Κ.Ο. για την αντιμετώπιση της χρήσης αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

4. Μεθοδολογία

Σκοπός των Κ.Ο. για τη Χρήση Οινοπνεύματος

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη «Χρήση Οινοπνεύματος» αποτελούν συστάσεις προς τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ., για τη διαχείριση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση οινοπνεύματος. Οι συστάσεις αυτές για την φροντίδα των ασθενών που κάνουν χρήση οινοπνεύματος λαμβάνουν υπόψη τους τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, αλλά και τη συνεργασία και υποστήριξη των οικογενειών/φροντιστών τους.

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη «Χρήση του Οινοπνεύματος», αφορούν τη διαχείριση προβλημάτων σχετιζόμενων με το οινόπνευμα ασθενών, που προσέρχονται σε Μονάδα Π.Φ.Υ. (γενικοί ιατροί, άλλοι επαγγελματίες υγείας Π.Φ.Υ.).

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες αφορούν ασθενείς που ανήκουν στον γενικό πληθυσμό της κοινότητας αναφοράς μιας μονάδας Π.Φ.Υ. και δεν αφορούν:

- Παιδιά και Εφήβους (άτομα ηλικίας <18 ετών)
- Εγκύους
- Ασθενείς με εγκαταστημένα οργανικά προβλήματα σχετιζόμενα με το οινόπνευμα
- Ασθενείς που παρακολουθούνται από ψυχιάτρους
- Ασθενείς που έχουν εισαχθεί σε γενικά ή ψυχιατρικά νοσοκομεία

Μεθοδολογία ανάπτυξης Κατευθυντηρίων Οδηγιών

Προκειμένου να υλοποιηθεί το έργο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντηρίων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», κρίθηκε απαραίτητη η σύνταξη ενός μεθοδολογικού εργαλείου κοινού για όλες τις ομάδες εργασίας. Το εγχειρίδιο περιλαμβάνει δύο στάδια, αφενός την εντόπιση, επιλογή και αξιολόγηση των βιβλιογραφικών πηγών (συστηματικών ανασκοπήσεων και κατευθυντηρίων οδηγιών) και αφετέρου την διατύπωση των συστάσεων.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Πηγές δεδομένων

- Αναζήτηση κατευθυντήριων οδηγιών από φορείς του εξωτερικού. Για την εύρεση σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών θα χρησιμοποιηθούν Κέντρα Παραγωγής και Διανομής Κ.Ο. Ευρωπαϊκών ή Αμερικάνικων Επιστημονικών Εταιρειών, Εθνικά Κέντρα Παραγωγής ή Διανομής Κ.Ο. και Κέντρα Σύνθεσης και Διανομής Κ.Ο. Κολεγίων Γενικής /Οικογενειακής Ιατρικής.
- Αναζήτηση επιπρόσθετου υλικού από ΠΟΥ/WHO, OKANNA και άλλα σχετικά Ευρωπαϊκά και Διεθνή Δίκτυα (π.χ. EUROPREV, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).
- Αναζήτηση σχετικών άρθρων από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Medline/PubMed (<http://www.pubmed.com/>) και Cochrane Library (<http://www.cochrane.org/>), με περίοδο αναζήτησης την τελευταία πενταετία.

Κριτήρια επιλογής

Κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού Κ.Ο.

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας των Κ.Ο. με σκοπό την μελλοντική αξιολόγησή τους, μέσω του εργαλείου AGREE I, ήταν:

- Η γλώσσα (Ελληνική ή Αγγλική)
- Η έκδοση εντός τελευταίας πενταετίας (2008-2013)
- Η ποιότητά τους
- Η δυνατότητα εφαρμογής τους στην Ελλάδα

Κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού άρθρων

Απαραίτητη προϋπόθεση για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν η δημιουργία αλγορίθμων και στις δύο βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας όρους Mesh (ή λέξεις-κλειδιά) ανά κλινικό ερώτημα.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Τα κριτήρια που έπρεπε να πληροί μια μελέτη για να μπορέσει να συμπεριληφθεί σε αυτή την αναζήτηση ήταν:

- Γλώσσα : Ελληνική ή Αγγλική
- Τύπος άρθρων: Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs), Συστηματικές ανασκοπήσεις και Συστηματικές ανασκοπήσεις των RCTs (Μετα-αναλύσεις)
- Ημερομηνία δημοσίευσης: Εντός τελευταίας πενταετίας (από 01-01-2008 έως 31-12-2013)
- Είδος: Άνθρωποι
- Ηλικίες: Ενήλικα άτομα άνω των 18 ετών

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρχαν περιορισμοί σχετικά με το φύλο. Από την αναζήτησή μας εξαιρέθηκαν οι ποιοτικές ερευνητικές μελέτες, οι ποσοτικές ερευνητικές μελέτες με παρεμβάσεις που δεν έχουν ομάδα σύγκρισης και οι μη τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.

Εξαγωγή και σύνθεση των δεδομένων

Μετά τη δημιουργία των αλγορίθμων όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έγινε η επιλογή όσων μελετών είχαν σχετική συνάφεια με το εκάστοτε κλινικό ερώτημα. Οι πληροφορίες που προήλθαν από τις μελέτες που επιλέχθηκαν, καταγράφηκαν σε μια σταθμισμένη βάση δεδομένων, υπό την μορφή λογιστικών φύλλων (Excel matrix). Τα δεδομένα που επιλέχθηκαν σχετικά με την εξαγωγή και την αναφορά τους, περιλαμβάνουν το κλινικό/ερευνητικό ερώτημα που πραγματεύονται οι μελέτες, το πλαίσιο της μελέτης, τον πρώτο συγγραφέα, το έτος δημοσίευσης και το περιοδικό δημοσίευσης. Οι συγκεντρωτικές αυτές μελέτες αξιολογήθηκαν με τη χρήση ειδικού/ών εργαλείου/ων.

Αποτίμηση της ποιότητας των Κατευθυντήριων Οδηγιών

Η ποιότητα των Κ.Ο. αξιολογήθηκε με το εργαλείο AGREE (έκδοση I). Ο σκοπός του εργαλείου αξιολόγησης AGREE (www.agreecollaboration.org, www.agreetrust.org) είναι να εξασφαλίσει ένα πλαίσιο για την εκτίμηση της ποιότητας των Κ.Ο. Το εργαλείο αυτό



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

αποτελείται από 23 βασικά στοιχεία (ερωτήματα) οργανωμένα σε έξι τομείς και λεπτομερής περιγραφή του γίνεται στο εγχειρίδιο των μεθόδων για την ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών στη Γενική Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Αποτίμηση της ποιότητας της βιβλιογραφίας

Αποτίμηση της ποιότητας των συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων (AMSTAR)

Το εργαλείο AMSTAR χρησιμοποιήθηκε για την αποτίμηση της ποιότητας των συστηματικών ανασκοπήσεων και των μετα-αναλύσεων. Το εργαλείο αποτελείται συνολικά από 11 βήματα-ερωτήματα, ενώ λεπτομερής περιγραφή του γίνεται στο εγχειρίδιο των μεθόδων για την ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών στη Γενική Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Αποτίμηση της ποιότητας των Τυχαιοποιημένων Ελεγχόμενων Κλινικών Δοκιμών (RCTs') και των διαγνωστικών μελετών

Η αποτίμηση των Τυχαιοποιημένων Ελεγχόμενων Κλινικών Δοκιμών (Τ.Ε.Κ.Δ.) που εντοπίστηκαν, έγινε με τη χρήση των εργαλείων που προτείνει το Centre of Evidence Based Medicine του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης (<http://www.cebm.net/>) όπως αυτά προσαρμόστηκαν στην ελληνική γλώσσα. Συγκεκριμένα, συμπληρώθηκε το δελτίο κριτικής αποτίμησης για Τ.Ε.Κ.Δ. (RCTs' Critical Appraisal Sheet) ή/και το δελτίο Diagnostic Study Appraisal Work Sheet (<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>) στη περίπτωση των διαγνωστικών μελετών ή/και έγινε χρήση του ηλεκτρονικού εργαλείου Cat-maker.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

5. Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης, με υποστηρικτικό κείμενο

Διαλογή της εκτίμησης του τρόπου χρήσης οινοπνεύματος στην Π.Φ.Υ.

Σύσταση 1: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, στους άλλους ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. η διαλογή με χρήση ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του τρόπου κατανάλωσης οινοπνεύματος στην Π.Φ.Υ.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 1,2,3 & Γ 2, 22)

- Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το καταλληλότερο πεδίο εφαρμογής της διαλογής, επειδή είναι το πρώτο σημείο επαφής του γενικού πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Η διαλογή αποσκοπεί στην ταυτοποίηση των ατόμων του γενικού πληθυσμού που κάνουν επισφαλή ή επιβλαβή χρήση οινοπνεύματος.
- Η ανίχνευση της επισφαλούς και της επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ από τους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. έχει συστηματικά αποδειχτεί αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος της.

Σύσταση 2: Το εργαλείο διαλογής AUDIT συνιστάται για την ανίχνευση της επισφαλούς και της επιβλαβούς κατανάλωσης οινοπνεύματος στην Π.Φ.Υ. και στον γενικό πληθυσμό.

ΣΧΟΛΙΟ 1 : Σε κάθε ασθενή της Π.Φ.Υ. πρέπει να γίνεται ερώτηση για τη χρήση οινοπνεύματος.

ΣΧΟΛΙΟ 2: Η χρήση των βιολογικών δεικτών (MCV, γGT, CDT, συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα) θα πρέπει να γίνεται μόνον επικουρικά, στην περίπτωση που η αυτό-αναφερόμενη χρήση είναι μη αξιόπιστη, καθώς έχουν μικρότερη ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση ατόμων με επιβλαβή κατανάλωση οινοπνεύματος, από ότι έχει ένα εργαλείο διαλογής (όπως το AUDIT).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 1,2,4 & Γ 2,4,6,9)

- Το ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων AUDIT (και οι σύντομες εκδοχές του AUDIT-C/τρεις ερωτήσεις & μια ερώτηση), που ανέπτυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για την ανίχνευση της επισφαλούς και της επιβλαβούς κατανάλωσης, καθώς και της εξάρτησης από το οινόπνευμα, έχει μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα, έχει διαπολιτισμική εγκυρότητα,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

μπορεί να είναι αυτό-συμπληρούμενο και είναι το πλέον κατάλληλο και εφαρμοζόμενο εργαλείο διαλογής (screening) στην Π.Φ.Υ.

- Αν και οι ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση οινόπνευματος μπορεί να αναγνωριστούν οποτεδήποτε, υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις καταστάσεις όπου η αναγνώριση μπορεί να εφαρμοστεί:
 - ως μέρος της καταγραφής ενός νέου ασθενή
 - ως μέρος μίας παρέμβασης ρουτίνας
 - πριν τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου που αλληλεπιδρά με το οινόπνευμα
 - σε απάντηση σε προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με το οινόπνευμα

Τεκμηρίωση για Σχόλιο (Β 1,2) & Γ 18,20)

- Οι άμεσοι βιολογικοί δείκτες (μέτρηση των επιπέδων του οινόπνευματος στο αίμα, στα ούρα και στον εκπνεόμενο αέρα) είναι χρήσιμοι μόνο στην περίοδο αμέσως μετά τη χρήση, ενώ οι έμμεσοι βιολογικοί δείκτες (MCV/SGOT/SGPT/γGT/CDT) έχουν μεγαλύτερη ημιπερίοδο ζωής και είναι χρήσιμοι τόσο στην ανίχνευση παρατεταμένης κατανάλωσης οινόπνευματος, όσο και στην παρακολούθηση των υποτροπών.
- Η συνδυασμένη μέτρηση γGT και MCV παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία (17-63%) και ειδικότητα (74-98%) και είναι εύκολα εφαρμόσιμη στην καθημερινή πρακτική της διάγνωσης της κατανάλωσης οινόπνευματος.
- Επειδή τα εργαλεία διαλογής, όπως το AUDIT, έχουν πολύ μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα, οι βιολογικοί δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνον επικουρικά σε αυτά, όταν η αναφερόμενη κατανάλωση οινόπνευματος δεν θεωρείται αξιόπιστη.

Σύσταση 3: Η χρήση του εργαλείου AUDIT, ως μέσο διαλογής, συνιστάται στην ανίχνευση του τρόπου χρήσης οινόπνευματος, σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και άλλα χρόνια νοσήματα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: V

Βαθμός σύστασης: C

Τεκμηρίωση Σύστασης (Β 2)

- Το AUDIT αποτελεί ένα κατάλληλο εργαλείο διαλογής σε ψυχιατρικούς ασθενείς για να ανιχνευθεί η κατάχρηση οινόπνευματος.

Σύσταση 4: Συνιστάται η εκπαίδευση των γενικών ιατρών, των νοσηλευτριών/τών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στην Π.Φ.Υ. στη χρήση του διαγνωστικού εργαλείου AUDIT.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Τεκμηρίωση Σύστασης (Γ 5)

- Συνιστάται η εκπαίδευση των γενικών ιατρών στη χρήση του διαγνωστικού εργαλείου AUDIT, αλλά και στην ανίχνευση οικογενειών ασθενών με προβλήματα χρήσης οινόπνευματος.
- Μελέτες έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας ενισχύει την αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων στους ασθενείς.

Διαχείριση χρήσης οινόπνευματος

Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις

Σύσταση 5: Άτομα με επισφαλή και επιβλαβή χρήση οινόπνευματος μπορεί να ωφεληθούν από βραχείες παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ., από γενικούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 1,2,3,4 & Γ 9,12,15,19,22,24)

- Οι ενδείξεις υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να προσφέρουν βραχείες παρεμβάσεις σε άνδρες ασθενείς που έχουν βαθμολογία 8-15 στην κλίμακα AUDIT ή σε όσους έχουν κατανάλωση 280 gr οινόπνευματος ή και περισσότερο εβδομαδιαίως, καθώς και σε γυναίκες με την ίδια βαθμολογία ή κατανάλωση 140 gr αλκοόλης και παραπάνω εβδομαδιαίως.
- Οι βραχείες παρεμβάσεις για την μείωση της κατανάλωσης του οινόπνευματος, σε άτομα με επισφαλή ή επιβλαβή κατανάλωση, είναι αποτελεσματικές και έχουν καλή σχέση κόστους-αποτελέσματος, όταν ασκούνται από τους επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια της Π.Φ.Υ., και δεν απαιτούνται πιο εξειδικευμένες θεραπείες.
- Φαίνεται πως είναι περισσότερο αποτελεσματικές σε λιγότερο σοβαρά προβλήματα.
- Το πλαίσιο της βραχείας παρέμβασης μπορεί να περιλαμβάνει: **Ενημέρωση** ότι ο τρόπος κατανάλωσης οινόπνευματος του ασθενή ανήκει στην επικίνδυνη κατηγορία κατανάλωσης οινόπνευματος, **Παροχή Πληροφοριών** για τους ειδικούς κινδύνους της συνεχιζόμενης σε επικίνδυνα επίπεδα χρήσης, **Δημιουργία** ενός στόχου για να επιτευχθεί από τον ασθενή ώστε να αλλάξει η συμπεριφορά κατανάλωσης οινόπνευματος, **Συμβουλές σχετικά με τα όρια κατανάλωσης** ποσότητας οινόπνευματος των 280 gr οινόπνευματος ή και περισσότερων εβδομαδιαίως για τους άνδρες, και των 140 gr ή και περισσότερων εβδομαδιαίως για τις γυναίκες και τη **Διαβεβαίωση** ότι όσοι καταναλώνουν οινόπνευμα κατά έναν επικίνδυνο τρόπο δεν είναι απαραίτητως εξαρτημένοι από αυτό, και ότι μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους όσον αφορά την κατανάλωση οινόπνευματος.
- Οι σύντομες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μία έως τέσσερις συνεδρίες, κάθε μία από τις οποίες διαρκεί από 5 έως 30 λεπτά, και, συνήθως συνδυάζουν συνεντεύξεις κινητοποίησης (motivational interviewing) και τεχνικές συμβουλευτικής (counseling techniques).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 6: Εξειδικευμένα προγράμματα απεξάρτησης συνιστώνται σε εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 1,2)

- Οι βραχείες παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ. για τη μείωση της κατανάλωσης του οινόπνευματος δεν είναι αποτελεσματικές στα άτομα που είναι εξαρτημένα, για τούτο θα πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης και να παρακολουθούνται διαχρονικά μετά το πέρας του προγράμματος, από τους επαγγελματίες της Π.Φ.Υ., για τον κίνδυνο της υποτροπής.

Σύσταση 7: Οι γενικοί ιατροί, οι άλλοι ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. θα πρέπει να υποστηρίζουν και να συμβουλεύουν τα μέλη των οικογενειών των ατόμων που καταναλώνουν οινόπνευμα, να τα παροτρύνουν να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες μη-φαρμακολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις [σύντομες παρεμβάσεις (brief interventions), συνεντεύξεις κινητοποίησης (motivational interviewing), γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral therapy)].

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 3,4 & Γ 3)

- Οι οικογένειες των ατόμων με προβλήματα χρήσης οινόπνευματος μπορούν να ζητήσουν συμβουλές, σχετικά με το πώς πρέπει να παρεμβαίνουν, στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει κίνητρα για αλλαγή.
- Θα πρέπει να ενθαρρύνονται οι οικογένειες να συμμετέχουν στη θεραπεία και τη φροντίδα των ανθρώπων που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος για να βοηθήσουν την υποστήριξη και τη διατήρηση της θετικής αλλαγής.
- Όταν οι ανάγκες των οικογενειών των ατόμων που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος έχουν εντοπιστεί, συνιστάται η παροχή καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας (συνήθως αποτελείται από μία μόνο συνεδρία, με την παροχή γραπτών υλικών) και η διευκόλυνση της επαφής τους με ομάδες υποστήριξης.
- Αν τα παραπάνω δεν αποδώσουν, συνιστώνται συναντήσεις της οικογένειας, για να διερευνηθούν και να προωθηθούν αποτελεσματικές συμπεριφορές αντιμετώπισης (διάρκειας τουλάχιστον 5 εβδομάδων).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Φαρμακολογικές παρεμβάσεις

Σύσταση 8: Οι βενζοδιαζεπίνες (διαζεπάμη) και η χλωρομεθειαζόλη αποτελούν τη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή στη διαχείριση των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης, κάτω από ειδικές περιστάσεις, για μέγιστη περίοδο επτά ημερών.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: C

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 2,4,5 & Γ 1,14,21)

- Οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης (άγχος, τρόμος, εφιδρώσεις), καθώς και στην πρόληψη των σπασμών και του τρομώδους παραληρήματος. Η βενζοδιαζεπίνη εκλογής είναι η διαζεπάμη λόγω της ταχείας έναρξης δράσης (1 ώρα) και της μακράς ημιπεριόδου ζωής (33 ώρες). Η λοραζεπάμη, ως ταχείας έναρξης δράσης αλλά μέτριας ημιπεριόδου ζωής (10-20 ώρες), χρησιμοποιείται εκεί που υπάρχουν προβλήματα παρατεταμένης καταστολής, όπως στους ηλικιωμένους, πρόσφατος τραυματισμός στο κεφάλι, ηπατική ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια, σοβαρή παχυσαρκία και άλλα νοσήματα.
- Οι βενζοδιαζεπίνες δεν θα πρέπει να χορηγούνται πέραν της μίας εβδομάδας για τη διαχείριση του συνδρόμου στέρησης, λόγω του κινδύνου του φαινομένου της αναπήδησης και της εξάρτησης.

Σύσταση 9: Όλοι οι ασθενείς που είναι ύποπτοι για εγκεφαλοπάθεια Wernicke θα πρέπει, κάτω από ειδικές περιστάσεις στην Π.Φ.Υ., να θεραπεύονται με υψηλή δόση θειαμίνης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: C

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 2,4,5)

- Η Βιταμίνη B1 (θειαμίνη) θα πρέπει να χορηγείται σε όλους τους ασθενείς που βρίσκονται σε σύνδρομο στέρησης για την πρόληψη της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke, καθώς και σε όσους είναι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα.
- Όλοι οι ασθενείς που είναι ύποπτοι για εγκεφαλοπάθεια Wernicke θα πρέπει να θεραπεύονται με υψηλή δόση θειαμίνης παρεντερικά (τουλάχιστον 500 mg την ημέρα), για τουλάχιστον 3-5 ημέρες. Επακολουθεί από του στόματος χορήγηση θειαμίνης σε δόση 300 mg την ημέρα, για μερικές εβδομάδες.
- Η θειαμίνη είναι απαραίτητη για όσους ασθενείς συνεχίζουν την κατανάλωση αλκοόλ.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 10: Σε ειδικές περιπτώσεις, σε εξαρτημένους από το οινόπνευμα ασθενείς, συνιστάται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Π.Φ.Υ. η συνταγογράφηση του acamprosate με σύγχρονη παρακολούθηση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: C

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 4,5 & Γ 16)

- Πολλές μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα acamprosate στην πρόληψη της υποτροπής για προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα. Πρόκειται για ένα ασφαλές φάρμακο με ελάχιστες ανεπιθύμητες παρενέργειες, το οποίο δεν ενοχοποιείται για εθισμό. Η χρήση του συνιστάται κυρίως τους πρώτους μήνες μετά την αποτοξίνωση από το οινόπνευμα. Αξίζει να σημειωθεί πως δεν είναι αποτελεσματικό για όλους τους ασθενείς, για το λόγο αυτό η αποτελεσματικότητά του πρέπει να ελέγχεται με ραντεβού ανά τακτά χρονικά διαστήματα και να σταματάει η χορήγησή του στην περίπτωση που δεν υπάρχει σοβαρή μείωση της κατανάλωσης. Στην περίπτωση που η χορήγηση φαίνεται αποτελεσματική συνιστάται η λήψη του για διάστημα 6-12 μηνών.

Προβλήματα χρήσης οινόπνευματος και συννοσηρότητα

Σύσταση 11: Ασθενείς με προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα και με συνυπάρχον άγχος ή κατάθλιψη θα πρέπει να θεραπεύονται ταυτόχρονα και για τις δύο διαταραχές.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 4,5 & Γ 13)

- Η εκτίμηση του ασθενούς με προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με το οινόπνευμα θα πρέπει να εστιάζει και στη συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές. Οι συχνότερες από αυτές είναι το άγχος και η κατάθλιψη.
- Εγείρεται διαφορο-διαγνωστικό πρόβλημα κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη είναι ανεξάρτητες συννοσηρές καταστάσεις ή είναι απότοκες της άμεσης επίδρασης του οινόπνευματος ή του συνδρόμου στέρησης. Η περίοδος της αποχής είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος να γίνει η διαφορική διάγνωση.
- Στους ανθρώπους που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος και έχουν συνυπάρχουσα κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές, θα πρέπει να γίνεται πρώτα η θεραπεία της κατάχρησης οινόπνευματος, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της κατάθλιψης και του άγχους.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 12: Η θεραπεία των συνυπαρχουσών διαταραχών άγχους ή/και διάθεσης θα πρέπει να γίνεται αφότου έχει αποδράμει το σύνδρομο στέρησης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: V

Βαθμός σύστασης: C

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 2,5 & Γ 7, 17)

- Η εκτίμηση συννοσηρών διαταραχών διάθεσης και άγχους θα πρέπει να γίνεται αφότου έχει αποδράμει το σύνδρομο στέρησης, επειδή τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης μπορεί να υποχωρήσουν μετά την ελάττωση ή τη διακοπή της κατανάλωσης οινόπνευματος.

Σύσταση 13: Αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα (DSM-IV κριτήρια) επιμένουν για διάστημα μεγαλύτερο από δύο εβδομάδες μετά τη θεραπεία για το οινόπνευμα, θα πρέπει να εξεταστεί από τους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς στην Π.Φ.Υ. η χρήση ενός αντικαταθλιπτικού ή η εξειδικευμένη ψυχολογική θεραπεία μαζί με τη θεραπεία πρόληψης της υποτροπής στο οινόπνευμα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 2,4,5,6)

- Ψυχιατρικές διαταραχές που δεν υποχωρούν σημαντικά ή δεν εξαφανίζονται ή εμφανίζονται μετά από 3-6 εβδομάδες αποχής, θα πρέπει να θεραπεύονται ως ανεξάρτητες συννοσηρές καταστάσεις.

Σύσταση 14: Οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές και εξάρτηση από το οινόπνευμα θα πρέπει να ενθαρρύνονται για την αντιμετώπιση της χρήσης του οινόπνευματος, επωφελούμενοι από τις κινητοποιητικές, γνωσιακές, οικογενειακές και μη-αντιπαραθετικές θεραπείες.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 5)

- Οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές και εξάρτηση από το οινόπνευμα πρέπει να ενθαρρύνονται για την αντιμετώπιση της χρήσης του οινόπνευματος και μπορούν να επωφεληθούν από κινητοποιητικές, γνωσιακές, οικογενειακές και μη-συγκρουσιακές παρεμβάσεις.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Πρόληψη χρήσης οινόπνευματος

Σύσταση 15: Θα πρέπει να παρέχεται ειδική εκπαίδευση στους γενικούς ιατρούς, τους άλλους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τους επισκέπτες υγείας στην Π.Φ.Υ. σχετικά με την παροχή μιας βραχείας παρέμβασης στα άτομα που κάνουν χρήση οινόπνευματος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 1,2,4 & Γ 5,10)

- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ., οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα, είναι σε θέση να κάνουν αυτές τις σύντομες παρεμβάσεις.
- Η εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας στην Π.Φ.Υ. ενισχύει την αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων.
- Το επίπεδο τεκμηρίωσης της αποτελεσματικότητας των σύντομων παρεμβάσεων στην Γενική Ιατρική και την Π.Φ.Υ. είναι ισχυρό, ειδικά για τους άντρες ασθενείς.

Παρακολούθηση και παραπομπή ασθενή

Σύσταση 16: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Π.Φ.Υ. να εξετάζουν την παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, σε άτομα με βαθμολογία μεγαλύτερη του 15 στην κλίμακα AUDIT.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 4,5)

- Σκεφτείτε την παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, σε άτομα με βαθμολογία μεγαλύτερη του 15, στην κλίμακα AUDIT.

Σύσταση 17: Η πρόσβαση σε εξειδικευμένες θεραπείες πρόληψης των υποτροπών πρέπει να διευκολύνεται στην περίπτωση των εξαρτημένων από το οινόπνευμα ασθενών.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 3,4,5 & Γ 8, 23)

- Η πρόσβαση σε εξειδικευμένες θεραπείες πρόληψης των υποτροπών πρέπει να διευκολύνεται στην περίπτωση των εξαρτημένων από το οινόπνευμα ασθενών.
- Ασθενείς με ψύχωση πρέπει να παραπέμπονται για ψυχιατρικές συμβουλές.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 18: Οι γενικοί ιατροί, οι άλλοι ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. θα πρέπει να κρατούν επαφή με τους ασθενείς που έχουν πρόσφατα ακολουθήσει κάποια εξειδικευμένη θεραπεία για τη χρήση του οινόπνευματος.

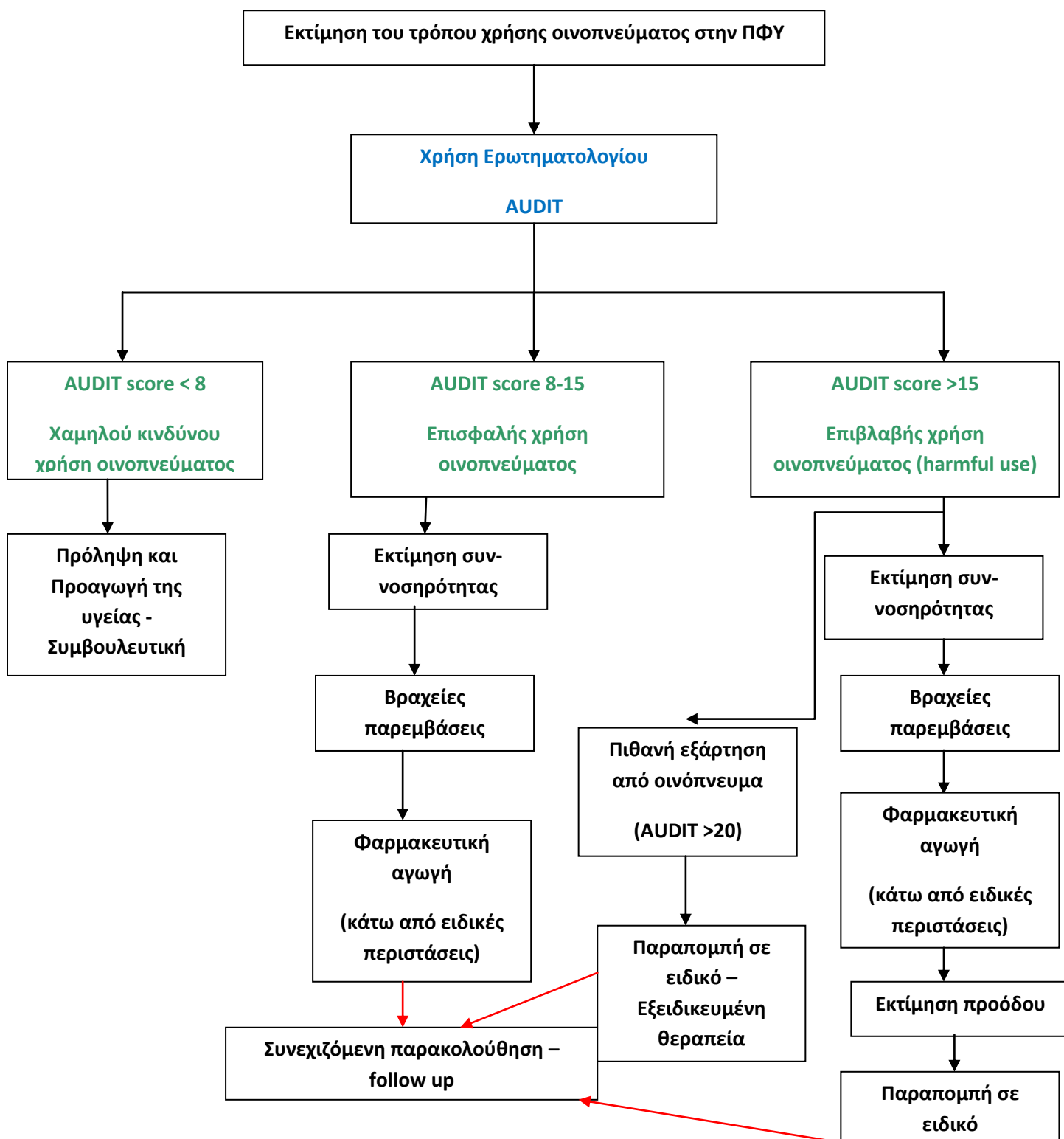
Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Τεκμηρίωση Σύστασης (B 1,2 & Γ 23)

- Έχειδειχθεί ότι η παρακολούθηση χαμηλής έντασης, από ένα έως τρία χρόνια, μειώνει τη σοβαρότητα της υποτροπής και μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε τηλεφωνικά είτε μέσω ενός σύντομου ραντεβού.
- Το καλύτερο μοντέλο σύνδεσης μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών δεν είναι σαφές, αν και φαίνεται ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η θεραπεία από ειδικούς δίνουν καλύτερα αποτελέσματα σε συνδυασμό, από ότι εάν η καθεμία από αυτές παρέχεται ξεχωριστά. Η παρακολούθηση μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο της υποτροπής, και είναι σημαντικό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να διατηρεί μακροχρόνια επαφή με ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν για εξάρτηση από το οινόπνευμα και δεν βρίσκονται σε παρακολούθηση από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες.

6. Πρακτικός Αλγόριθμος





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Επίλογος

Η παρούσα Κ.Ο. συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για τη Χρήση Οινοπνεύματος με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ., κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στη καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα, αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας Κ.Ο. από τις δομές Π.Φ.Υ. της χώρας μας, μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της Χρήσης Οινοπνεύματος που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεσή της από ειδικό ιστότοπο που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. που μετά την επιδοκιμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκιμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της παρούσας Κ.Ο. με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της, σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της Κ.Ο.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

8. Βιβλιογραφία

A. ΓΕΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO (Technical Report Series No. 42). WHO expert committee on mental health. Geneva, 1951 και στο Γ. Χριστοδούλου και συν. Ψυχιατρική, Τόμος Α, σελ. 227, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2002
2. WHO. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva, 2004.
3. WHO (Technical Report Series No. 944). WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. 2ed report, pp. 3-5, Geneva, 2007
4. WHO (Regional Office for Europe). Alcohol in the European Union. Consumption harm and policy approaches. Denmark, 2012
5. WHO-ICD-10 Κεφ. V: Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Ειδική έκδοση για την πρωτοβάθμια φροντίδα, σελ. 12), απόδοση στα ελληνικά Γ. Χριστοδούλου-Β. Αλεβίζος-Β. Μαυρέας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1998
6. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία 2008 – 2012. Αθήνα, 2008

B. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona, 2005
2. Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol, NHMRC, 2009
3. NICE public health guidance 24. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking, 2010
4. NICE clinical guideline 115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2011
5. NICE clinical guideline 115. Alcohol-use disorders. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist, 2011
6. UK Alcohol Forum. Guidelines for the management of alcohol problems in primary care and general psychiatry. London: The Forum; 2001.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Γ. ΑΡΘΡΑ

1. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome (Review). The Cochrane Collaboration, 2011
2. Babor TF & Higgins-Biddle JC. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care. Geneva, 2001, World Health Organization
3. Barber JG, Gilbertson R. An experimental study of brief unilateral intervention for the partners of heavy drinkers. Res Soc Work Pract 1996;6(3):325-36
4. Berks J & McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. Int Psychogeriatr 2008; 20:6, 1090-1103
5. Berner MM et al. Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors. Alcohol & Alcoholism, 2008; 42(4):308-316
6. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. JAMA 1998;280(2):166-71
7. Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. JAMA 1999;281(14):1318-25
8. Hilton ME, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Kelley ME, et al. Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. Alcohol Clin Exp Res 2001;25(1):128-35.
9. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. CMAJ 1995;152(6):851-9
10. Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. Patient Educ Couns. In press 2003
11. Kaner E et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;346:e8501
12. Kypri K et al. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. Arch Intern Med 2008; 168(5):530-536
13. Martinus T, Anderson B, Carter H. Counseling for alcohol problems in primary care in Forth Valley - an innovative approach? Health Bull (Edinb) 2001;59(3):158-62.
14. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. JAMA 1997;278(2):144-51
15. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction 2002;97(3):279-92



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

16. Navarro HJ et al. The cost-effectiveness of tailored, postal feedback on general practitioners' prescribing of pharmacotherapies for alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend* 2012; 124:207-215
17. Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25(2):210-20.
18. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol* 1999;19(3):261-71.
19. Schaus JF et al. Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: a randomized controlled trial. *J Stud. Alcohol Drugs* 2009; supp. 16: 131-141
20. Scouller K, Conigrave KM, Macaskill P, Irwig L, Whitfield JB. Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of gamma-glutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis. *Clin Chem* 2000;46(12):1894-902.
21. Sellers EM, Naranjo CA, Harrison M, Devenyi P, Roach C, Sykora K. Diazepam loading: simplified treatment of alcohol withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 1983;34(6):822-6
22. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse. Ranking its health impact and cost effectiveness. *Am. J. Prev. Med.* 2008; 34, 143-152
23. Stout RL, Rubin A, Zwick W, Zywiak W, Bellino L. Optimizing the cost effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addict Behav* 1999;24(1):17-35.
24. Sullivan LE et al. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *Am J Addict* 2011; 20: 343-356
25. Toft U et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on alcohol intake. The Inter99 study. *Prev Med* 2009; 115-121



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

"Αυτό το έγγραφο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έγγραφο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών. "