

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ  
SPECIAL ARTICLE

**Διευρύνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες  
θεραπείας της εξάρτησης μέσω  
της ενσωμάτωσης δομών πρωτοβάθμιας  
φροντίδας υγείας  
Από την επιταγή στην επιλογή**

Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των πολιτικών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ναρκωτικά συναρτάται με την ουσιαστική συμμετοχή σε αυτήν της κοινωνίας και των θεσμών που τη συνθέτουν. Στο πλαίσιο αυτό, ο σχεδιασμός οφείλει να αποσκοπεί στην παραγωγή και εφαρμογή μέτρων και παρεμβάσεων που εδράζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές, αξιοποιούν στο βέλτιστο βαθμό τους διαθέσιμους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και στοχεύουν στην όσο το δυνατόν «ομαλοποίηση» της διαχείρισης της εξάρτησης από το σύστημα υγείας. Ιδιαίτερα σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από δυσχερείς οικονομικά και κοινωνικά συνθήκες και όπου πόροι δεν μπορούν να σπαταλούνται σε κανένα επίπεδο παροχής δημόσιας και δωρεάν υπηρεσίας, η επιλογή της διαμόρφωσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης οφείλει να είναι όχι μόνο προσεκτική αλλά και εμπειριστατωμένη, προκειμένου να τύχει της πολιτικής νομιμοποίησης, της οικονομικής υποστήριξης και της κοινωνικής αποδοχής. Η «επιταγή» της διεύρυνσης της φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης με ενσωμάτωση και δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επιβεβαιώνεται στην πράξη τόσο για λόγους βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας ζωής των εξαρτημένων ατόμων όσο και για την αποτροπή του «στίγματος» που συχνά συνοδεύει τους εξαρτημένους ασθενείς. Ιδιαίτερα για την Ελλάδα, η «επιταγή» της διεύρυνσης του συστήματος θεραπείας της εξάρτησης και διασύνδεσής του με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οφείλει να είναι και «επιλογή» του συστήματος υγείας, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνεχιζόμενη βιωσιμότητα των προγραμμάτων θεραπείας και η συστηματικά επαρκής κάλυψη της ζήτησης για υπηρεσίες θεραπείας. Για να υλοποιηθεί αυτή, προσπαιτούνται: καταγραφή και επιλογή των δομών που συμμετέχουν στη διεύρυνση, επαρκής και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού υγείας και υποστήριξη με την ενιαία διαχείριση της νόσου, ανεξαρτήτως τύπου δομής και γεωγραφίας, υπέρ τελικά του θεραπευόμενου και της κοινωνίας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(Συμπλ 1):43-51  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(Suppl 1):43-51

**Κ. Σουλιώτης,<sup>1,2</sup>  
Χ. Γκόλνα,<sup>3,4</sup>  
Μ. Μαλλιώρα,<sup>5</sup>  
Ξ. Κοντιάδης,<sup>1</sup>  
Ε. Θηραίος,<sup>6,7</sup>  
Χ. Λιονής<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

<sup>2</sup>Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής - Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup>Εργαστήριο Υγιεινής - Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>4</sup>Επιστημονική Εταιρεία Δημόσιων Πολιτικών για τις Ηπατίτιδες Β και C

<sup>5</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>6</sup>Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα

<sup>7</sup>Κέντρο Υγείας Βάρης, Βάρη

<sup>8</sup>Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Widening access to opioid dependence treatment services through integration of primary care: an externally imposed directive or a conscious system choice?

Abstract at the end of the article

**Λέξεις ευρετηρίου**

Ολοκληρωμένη διαχείριση εξάρτησης από οπιοειδή  
Στίγμα  
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας  
Οικονομική αποτελεσματικότητα  
Εκπαίδευση γενικών και ειδικών ιατρών

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάσταση του συστήματος φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης για ναρκωτικά στην Ελλάδα σήμερα προσδιορίζεται από μια σειρά συγκεκριμένων και μετρήσιμων παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα:

Η ζήτηση για υπηρεσίες φαρμακευτικής θεραπείας της εξάρτησης από ναρκωτικά στην Ελλάδα είναι ακόμη μεγάλη, με πάνω από 2.600 άτομα σε λίστα αναμονής για ένταξη σε πρόγραμμα φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης, εκ των οποίων 2.300 στην Αθήνα, ενώ οι συνολικοί διαθέσιμοι στον ΟΚΑΝΑ άνθρωποι και υλικοί πόροι δεν επιτρέπουν την περαιτέρω αύξηση της δυναμικότητας των υφιστάμενων υπηρεσιών για την ικανοποίηση της ζήτησης αυτής.

Η πιεστικότητα της ανάγκης για κάλυψη της ζήτησης υποστηρίζεται περαιτέρω από τις κρίσιμες προκλήσεις δημόσιας υγείας που η έξαρση της εμφάνισης του ιού HIV αλλά και της ιογενούς Ηπατίτιδας C μεταξύ των πληθυσμών των ΧΕΝ συνεπάγεται για την Ελλάδα και την Ευρώπη.<sup>1-5</sup>

Το μείγμα προκλήσεων γίνεται εκρηκτικό, αν ληφθεί υπόψη η αύξηση και η διαφοροποίηση της ζήτησης για υπηρεσίες θεραπείας της εξάρτησης ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και ο ταυτόχρονος περιορισμός των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την παροχή τους, τον οποίο έχει επιβάλλει η ακολουθούμενη βάσει Μνημονίου δημοσιονομική πολιτική της χώρας. Πολύ περισσότερο, όταν οι κρίσιμοι αυτοί διαθέσιμοι πόροι δαπανώνται σε ένα σύστημα πολυδιασπασμένο, με υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης και έλλειψη λειτουργικής διασύνδεσης των επιμέρους δομών και υπηρεσιών θεραπείας σε ένα θεραπευτικό συνεχές, με αποτέλεσμα τη μη ορθολογική κατανομή πόρων, τις απώλειες και τις αλληλοεπικαλύψεις. Συνεπώς διαμορφώνεται ένα περιβάλλον, όπου διαπιστώνεται αυξημένη και διαφοροποιούμενη ζήτηση για υπηρεσίες και διαρκώς συρρικνούμενοι διαθέσιμοι πόροι για την παροχή τους, οι οποίοι μάλιστα δαπανώνται με ένα τρόπο αποσπασματικό και μη ευθυγραμμισμένο προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων αποκατάστασης με επίκεντρο τον θεραπευόμενο.

Οι Μαλλιώρη και συν.<sup>6</sup> υπογραμμίζουν την ανάγκη διεύρυνσης του τρόπου παροχής υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης με ενσωμάτωση δομών και υπηρεσιών στην ΠΦΥ και στην Ελλάδα, στη βάση τόσο βέλτιστων καλών πρακτικών και κατευθυντηρίων οδηγιών διεθνών και ευρωπαϊκών οργανισμών όσο και της πραγματικής ανάγκης, εξ αιτίας της λίστας αναμονής για ένταξη σε θεραπεία. Εντούτοις, η μετάβαση σε ένα «μεικτού» τύπου πρότυπο παροχής υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης, το οποίο

να ενσωματώνει και υπηρεσίες ΠΦΥ για τους θεραπευόμενους που έχουν σταθεροποιηθεί σε θεραπεία, δεν μπορεί να είναι ούτε γενική, ούτε αυτονόητη, ενώ απαιτείται να ολοκληρωθεί σταδιακά, και εφόσον πληρούνται βασικές προϋποθέσεις, οι οποίες συνιστούν εχέγγυα παροχής υπηρεσιών που καλύπτουν πραγματικά τις ανάγκες του πληθυσμού, με τρόπο ασφαλή, ποιοτικό, αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό.

Δεδομένων των παραπάνω, η υιοθέτηση ενός μεικτού προτύπου παροχής θεραπείας στην Ελλάδα αποκτά ισχυρή τεκμηρίωση. Κατ' αρχήν η επιλογή αυτή αναμένεται να «ολοκληρώσει» το σύστημα παροχής θεραπείας, φέρνοντας στο επίκεντρο τον θεραπευόμενο και αναδιατάσσοντας το σύνολο των διαθέσιμων εξειδικευμένων υπηρεσιών θεραπείας, επανένταξης και αποκατάστασης, ώστε αυτές να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες κατά περίπτωση ανάγκες. Επιπλέον, μια τέτοια αναδιάταξη συνεπάγεται και σημαντικό εξορθολογισμό των διαθέσιμων υπηρεσιών, στο βαθμό που αποτρέπει αλληλοεπικαλύψεις και απώλειες και συμβάλλει στη μετρήσιμη αξιολόγηση του παραγόμενου έργου.

Πρόσθετα, η ενσωμάτωση και υπηρεσιών ΠΦΥ στη θεραπεία της εξάρτησης από ναρκωτικά, ιδίως στη βάση ενός μεικτού προτύπου, συμβάλλει καθοριστικά και στην υπέρβαση στιγματιστικών συμπεριφορών και στο βαθμό αυτό ενισχύει τη «φιλοδοξία» αποκατάστασης στον θεραπευόμενο αλλά και το σύστημα υγείας και την κοινωνία συνολικά.

Τέλος, η συγκυρία της σχεδιαζόμενης μεταρρύθμισης στο σύνολο των δομών και υπηρεσιών ΠΦΥ με στόχο την ενδυνάμωσή της, μοιάζει ευνοϊκή για την υλοποίηση της προτεινόμενης αλλαγής στο σκέλος της που αφορά στις εξαρτήσεις.

## 2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ

Η μετάβαση στο νέο πρότυπο παροχής θεραπείας για την εξάρτηση από οπιοειδή δεν μπορεί να είναι ούτε αυτονόητη, ούτε αυτόματη, ενώ συναρτάται από την επιτυχή ολοκλήρωση συγκεκριμένων προαπαιτούμενων, όπως:

- α) Η καταγραφή του πληθυσμού-στόχου ανά περιοχή και ανά στάδιο θεραπείας της εξάρτησης από ναρκωτικά,
- β) Η αξιολόγηση του υφιστάμενου βαθμού και τρόπου κάλυψης των αναγκών του ως άνω πληθυσμού ανά δομή. Περιλαμβάνει κατά πρώτον ανάλυση των αιτημάτων αναμονής, αλλά, περαιτέρω, εκτίμηση του βαθμού ανταπόκρισης των δομών στις ανάγκες και απαιτήσεις των χρηστών καθώς και του συγγενικού ή κοινωνικού

τους περιβάλλοντος, του κόστους ανά θεραπευόμενο σε σχέση με τα αποτελέσματα, της ταχύτητας επανένταξης, κ.ά.

- γ) Ο ορισμός των προϋποθέσεων και, στη βάση αυτών, η επιλογή των δομών και του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ που απαιτείται για τη διαχείριση των σταθεροποιημένων ασθενών με εξάρτηση από οπιοειδή. Για παράδειγμα θα πρέπει να οριστεί συγκεκριμένη ομάδα υγείας, στην οποία θα περιλαμβάνονται ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά. Η διεπιστημονική αυτή ομάδα διαχειρίζεται τους εν λόγω ασθενείς, αξιολογεί την πορεία τους και βρίσκεται σε διαρκή διασύνδεση και συνεργασία με το φορέα που αναλαμβάνει τον επιτελικό σχεδιασμό του νέου προγράμματος.
- δ) Η εξέλιξη του υφιστάμενου μητρώου καταγραφής (registry) των ασθενών, σε ένα ολοκληρωμένο εργαλείο δυναμικής παρακολούθησης και διαχείρισης της θεραπευτικής πορείας των σταθεροποιημένων ασθενών στην ΠΦΥ, το οποίο περιλαμβάνει τόσο κλινικοεργαστηριακές, θεραπευτικές όσο και οικονομικές πληροφορίες. Το εργαλείο αυτό θα τελεί υπό την ευθύνη του φορέα συντονισμού, ο οποίος θα συντάσσει περιοδικές εκθέσεις ως προς τη συνολική εικόνα της διαχείρισης του προβλήματος των εξαρτήσεων στη χώρα. Επιπλέον, στη βάση των στοιχείων που θα συλλέγει από κάθε δομή, θα μπορεί να τεκμηριώνει τις αναλώσεις σε όλη την επικράτεια και να ρυθμίζει τις διαδικασίες προμήθειας. Σημειώνεται ότι λόγω της φύσης των φαρμάκων και του κινδύνου για παράπλευρη χρήση, κρίνεται σκόπιμος ο έλεγχος του όλου συστήματος παραγγελιών-διανομής-αναλώσεων σε κεντρικό επίπεδο, αν και για τη διευκόλυνση της πρόσβασης προτείνεται η διεύρυνση των σημείων διανομής, στη βάση του registry και του εργαλείου διαχείρισης.

## 2.1. Επιλογή και καταγραφή ιατρών και δομών ΠΦΥ που (μπορούν να) συμμετέχουν στη θεραπεία της εξάρτησης

Για την επιτυχία του εγχειρήματος είναι κρίσιμο να υπάρχει σαφής οριοθέτηση του δικτύου των ιατρών/δομών της ΠΦΥ που συμμετέχουν στο πρόγραμμα διευρυνόμενης πρόσβασης θεραπείας για την εξάρτηση μέσα από μια ενιαία εθνική καταγραφή. Η επιλογή των σημείων ΠΦΥ που παρέχουν θεραπεία για την εξάρτηση πρέπει να πραγματοποιηθεί στη βάση α) της ανάγκης (για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με κριτήρια γεωγραφικά, κοινωνικά και οικονομικά) και β) της δυνατότητας του σημείου ΠΦΥ να εξελιχθεί και να ενσωματώσει υπηρεσίες θεραπείας

της εξάρτησης, λαμβανομένων υπόψη των λειτουργικών χαρακτηριστικών του, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας του ανθρώπινου δυναμικού.

Στους ιατρούς και τις δομές ΠΦΥ που συμμετέχουν στη θεραπεία της εξάρτησης πρέπει να είναι διαθέσιμες προς επιλογή/παραπομπή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς το εύρος και το σύνολο των υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης, ανεξαρτήτως του φορέα που είναι υπεύθυνος για την παροχή τους και ανεξαρτήτως του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. ψυχοκοινωνική υποστήριξη, εργασιακή επανένταξη, αποκατάσταση).

Η δυνατότητα αυτή μπορεί να παρασχεθεί στην πράξη μόνο εφόσον υπάρξει μια κεντρική, ενιαία αποτύπωση του χάρτη των υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων, δημοτικών, μη κυβερνητικών κ.λπ. προγραμμάτων παροχής θεραπείας, ανά γεωγραφική περιοχή, με πλήρη στοιχεία δυναμικότητας ανά πρόγραμμα, ώστε να είναι εφικτή η ορθολογικότερη και οικονομικά αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων αναλόγως των εξατομικευμένων αναγκών των ασθενών.

Ο ορισμός και η ενιαία εθνική καταγραφή των σημείων παροχής θεραπείας για την εξάρτηση και στην ΠΦΥ κρίνονται επίσης αναγκαία, δεδομένου ότι η δυνατότητα πρόσβασης σε συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων για την υποστήριξη της θεραπείας θα πρέπει να απονέμεται βάσει ειδικής εκπαίδευσης και να παρακολουθείται βάσει ενιαίων διαδικασιών υποστήριξης του κλινικού έργου, ώστε να περιορίζεται ο κίνδυνος κακής διαχείρισης των θεραπειών αυτών.

Επιπλέον, η ενιαία καταγραφή των δομών ΠΦΥ που διευρύνουν το πλαίσιο παροχής θεραπείας της εξάρτησης συμβάλλει ουσιαστικά και οφείλει να υποστηρίζεται και η ίδια από σαφείς διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης με τα εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς. Διασφαλίζεται έτσι όχι μόνο η άμεση μετάβαση των σταθεροποιημένων ασθενών σε ένα περιβάλλον πιο «φιλικό» στην προοπτική αποκατάστασής τους αλλά και η συνεχιζόμενη υποστήριξη των θεραπευομένων και των θεραπευτικών υπηρεσιών σε περιπτώσεις επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών, χωρίς την ανάγκη διατήρησης καθεστώτος αυστηρού ελέγχου για όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας.

Οι σαφείς αλλά και λειτουργικά άρρηκτα συνδεδεμένες διαδικασίες παραπομπής μεταξύ της εξειδικευμένης και της φροντίδας στην κοινότητα/ΠΦΥ επιτρέπει στους θεραπευόμενους να κινούνται με ευκολία μεταξύ της εποπτευόμενης χορήγησης, του μεικτού μοντέλου παροχής θεραπείας και της θεραπείας στην κοινότητα/ΠΦΥ κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής τους πορείας, αναλόγως των

εξατομικευμένων αναγκών τους και του διαθέσιμου σε αυτούς «κεφαλαίου αποκατάστασης».<sup>7</sup>

Έτσι η φροντίδα του συστήματος υγείας «ακολουθεί» τους ασθενείς όπου την έχουν ανάγκη, και πέρα από τις αμιγώς ιατρικές υπηρεσίες σε υπηρεσίες στέγασης, μόρφωσης και επαγγελματικής κατάρτισης.

Βασικό αποτέλεσμα μιας τέτοιας ενιαίας καταγραφής των διαθέσιμων δομών παροχής υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης είναι και η επάρκεια και η ορθολογική κατανομή κρίσιμων πόρων, χωρίς «εσωτερικούς» ανταγωνισμούς, ώστε να καλύπτεται ισότιμα και κατά τις ανάγκες η ζήτηση, ιδίως στο σημερινό καθεστώς έλλειψης ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών πόρων.<sup>8</sup>

## 2.2. Εκπαίδευση ιατρών και επαγγελματιών υγείας

Ίσως το πιο σημαντικό λειτουργικό προ-απαιτούμενο της διεύρυνσης της παροχής θεραπείας για την εξάρτηση με ενσωμάτωση και υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση πολιτικών συνεχιζόμενης επιστημονικής κατάρτισης για το ιατρικό και υγειονομικό ανθρώπινο δυναμικό αλλά και η στην πράξη υποστήριξη του κλινικού τους έργου. Αυτή οφείλει να γίνεται μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατευθυντήριων οδηγιών, υποστηριζόμενων πάντα από σύστημα παραπομπών σε εξειδικευμένα κέντρα και κατάλληλα τεχνολογικά εργαλεία υποστήριξης και παρακολούθησης του κλινικού έργου.

Σήμερα, το υγειονομικό προσωπικό που δεν ασχολείται επαγγελματικά με την αντιμετώπιση της εξάρτησης ή εν γένει των ψυχικών διαταραχών σπανίως καλείται να ή τελικά διαχειρίζεται καταστάσεις, όπου η πρόληψη ή η θεραπεία της εξάρτησης είναι κρίσιμη και επείγουσα. Πολύ περισσότερο σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου εκ της δομής του συστήματος υγείας, το ιατρικό αυτό δυναμικό σπανίως έρχεται σε επαφή με την καθημερινότητα της διαχείρισης της θεραπείας της εξάρτησης και, συνεπώς, εκτίθεται ελάχιστα στις προκλήσεις της επιτυχούς έκβασής της.

Το γεγονός αυτό της λειτουργικής «απομόνωσης» των ιατρών και του υγειονομικού δυναμικού που ασχολείται με τη θεραπεία της εξάρτησης καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση του υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού, κυρίως μέσω κατευθυντήριων οδηγιών καλής πρακτικής και εκπαιδευτικών προγραμμάτων που πρέπει να παρέχονται σε συνεργασία με τα εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς, ώστε να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν περισσότερο στις πραγματικές ανάγκες της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Μάλιστα, μελέτη στις ΗΠΑ μεταξύ ιατρών κατέδειξε ότι η εκπαίδευση στη διαχείριση της φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης θα πρέπει να περιλαμ-

βάνει όχι μόνο αρχική επιστημονική κατάρτιση αλλά και συνεχιζόμενα διαθέσιμη καθοδήγηση κατά τη διάρκεια της άσκησης του κλινικού έργου.<sup>9</sup> Η πρόσβαση σε τηλεφωνική υποστήριξη κατά την άσκηση του κλινικού έργου έχει δειχθεί ότι συμβάλλει καθοριστικά στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των ιατρών ΠΦΥ για τη διαχείριση της θεραπείας της εξάρτησης.<sup>10</sup> Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από σχετικές μελέτες στην Αυστραλία, όπου τα σκορ αυτοπεποίθησης των συνταγογράφων ιατρών μετά από ολοκλήρωση εκπαιδευτικού προγράμματος για ιατρούς ΠΦΥ ήταν πολύ βελτιωμένα σε σχέση με τα αντίστοιχα πριν την παρακολούθηση του προγράμματος.<sup>11</sup>

Σε βάθος χρόνου μάλιστα, και καθώς οι μορφές της εξάρτησης διαφοροποιούνται και πολλαπλασιάζονται δημιουργώντας ένα πολυσχιδές περιβάλλον προκλήσεων για την αντιμετώπισή τους, είναι απολύτως αναγκαίο να αναμορφωθεί το βασικό πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών και υγειονομικών σχολών, ώστε να περιλαμβάνει εκπαίδευση στις βασικές αρχές διαχείρισης της εξάρτησης. Στην κατεύθυνση αυτή κινείται και το πρόσφατο ψήφισμα της Επιτροπής των Η.Ε. για τα ναρκωτικά αναφορικά με την εκπαίδευση και την κατάρτιση στη διαχείριση εξαρτήσεων.

Ειδικά για την Ελλάδα, τις σχετικές εκπαιδεύσεις των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ θα μπορούσε να αναλάβει μια μεικτή ομάδα, στην οποία θα συμμετέχουν επαγγελματίες εξοικειωμένοι με το ζήτημα της εξάρτησης αλλά και επιστήμονες της ΠΦΥ, προκειμένου τα προγράμματα να είναι προσαρμοσμένα τόσο στις ιδιαιτερότητες του περιεχομένου τους (εξαρτήσεις), όσο και στις συνθήκες οργάνωσης και λειτουργίας των δομών ΠΦΥ της χώρας. Βασικό, δε, συστατικό της επιτυχίας τους είναι κατά πρώτον η καταγραφή και αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών και, στη συνέχεια, η με διεπιστημονικό τρόπο προσέγγιση των επιμέρους αντικειμένων εκπαίδευσης.

## 2.3. Ενιαία παρακολούθηση της διαχείρισης της νόσου-συστήματα υποστήριξης του κλινικού έργου και επιλογή ασφαλών θεραπειών

Ακόμη και αν πληρούνται τα προ-απαιτούμενα των παραγράφων 2.1 και 2.2 ανωτέρω, για την επιτυχή και ασφαλή διεύρυνση των υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης στην ΠΦΥ είναι απολύτως αναγκαίο να εφαρμοστεί ένα ενιαίο σύστημα παρακολούθησης της διαχείρισης της νόσου με επίκεντρο τον ασθενή.

Ένα τέτοιο σύστημα, το οποίο πρέπει να υποστηρίζεται από ειδικό εργαλείο παρακολούθησης και διαχείρισης της θεραπευτικής πορείας του ασθενούς αλλά και παροχής συμβουλευτικής στους κλινικούς ιατρούς, μέσω ειδικών

alerts/ελέγχων σε σχέση με το βασικό θεραπευτικό πλάνο, επιτρέπει την άμεση και απρόσκοπτη, ενιαία επέκταση του δικτύου παροχής υπηρεσιών σε περισσότερα σημεία, με τους ίδιους όρους και αρχές και ενιαία οργάνωση και διαχείριση του θεραπευτικού συνεχούς, παρά τη λειτουργική αυτονομία του κάθε σημείου παροχής.

Ως τέτοιο, το σύστημα «ενιαιοποιεί» την παροχή θεραπείας μέσα και έξω από τα εξειδικευμένα κέντρα για τους σταθεροποιημένους ασθενείς και επιτρέπει την εναλλαγή της θεραπείας υψηλού ελέγχου με πιο «ανοιχτές» μορφές θεραπείας ακόμη και για τον ίδιο ασθενή, αναλόγως των αναγκών και των προσωπικών του συνθηκών, χωρίς να χάνεται η συνέχεια στη φροντίδα στην κατεύθυνση της επίτευξης συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων.

Είναι, επίσης, απολύτως αναγκαίο το σύστημα αυτό να οργανώνεται και διοικείται κεντρικά, από το βασικό φορέα συντονισμού της θεραπείας της εξάρτησης, ο οποίος θα πρέπει να έχει τη γενική εικόνα αλλά και τη διοικητική απόφαση για τα επιμέρους συνθετικά στοιχεία οργάνωσης, διασύνδεσης, διάδρασης, λειτουργίας αλλά και αποτελεσματικότητας του συστήματος παροχής θεραπείας της εξάρτησης, συμπεριλαμβανομένων των λειτουργικών στοιχείων των συνεργαζόμενων δομών ΠΦΥ.

Παρέχοντας, μάλιστα, τη δυνατότητα πρόσβασης στο ενιαίο σύστημα ακόμη και σε μέλη των ομάδων παρέμβασης στο δρόμο, η προσέγγιση αυτή έχει τη δυναμική να καταγράψει το σύνολο των «προβληματικών» χρηστών όπως και τους κύριους λόγους για τους οποίους κάποιοι από αυτούς δεν αναζητούν ή αρνούνται την προσφορά θεραπείας, εξασφαλίζοντας μια πληρέστερη, ενιαία εικόνα της επιδημιολογίας της εξάρτησης από ναρκωτικά στη χώρα και ενημερώνοντας τη λήψη πολιτικής απόφασης σχετικά με στοχευμένες παρεμβάσεις τόσο πρόληψης όσο και άμεσης παρέμβασης και θεραπείας, οι οποίες βελτιστοποιούν την ποιότητα αλλά και την αναλογία κόστους-οφέλους.

Η επιλογή της θεραπείας που θα χορηγείται αλλά και οι όροι χορήγησης (εποπτευόμενη ή μη εποπτευόμενη) είναι επίσης καθοριστικοί για την επιτυχία της διεύρυνσης της παροχής θεραπείας και τη δημιουργία ενός προσβάσιμου αλλά ταυτόχρονα και ασφαλούς μοντέλου φροντίδας των ατόμων με εξάρτηση από ναρκωτικά.

Η φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία θα πρέπει να είναι αποδεδειγμένα ασφαλής και θεραπευτικά κατάλληλη, ώστε να καλύπτει την πραγματική ζήτηση χωρίς το φόβο της διευκόλυνσης της κακής χρήσης ή της εκτροπής.

Η εκτροπή (diversion) της φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση από οπιοειδή αφορά στην, μη εγκεκριμένη, αλλαγή πορείας ή στην οικειοποίηση της ουσίας

φαρμακοθεραπείας<sup>13</sup> και οφείλεται κυρίως στην έλλειψη πρόσβασης σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Με την έννοια αυτή, η εκτροπή φαρμακευτικών ουσιών θα μπορούσε να ελεγχθεί, αν η πρόσβαση σε θεραπεία ήταν ευρύτατα διαθέσιμη, ώστε να μειώνεται η ανάγκη (και η συνεπακόλουθη ζήτηση) για παράνομη εκτροπή τους.

Η κατάχρηση ή κακή χρήση φαρμακευτικών θεραπειών (misuse) από την άλλη αφορά κάθε χρήση συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής, η οποία αποκλίνει της κλινικής πρακτικής. Έτσι, ο όρος κακή χρήση ή κατάχρηση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο λαμβάνεται η θεραπεία, όπως ενδοφλέβια ή εισπνεόμενα, στην υπερβολική δοσολογία ή στο συνδυασμό με άλλες ουσίες.<sup>13</sup> Η κακή χρήση φαρμακευτικών θεραπειών για την εξάρτηση από οπιοειδή μπορεί να οφείλεται και στη συνταγογράφηση μικρότερης από την αναγκαία δοσολογίας για την κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών του συγκεκριμένου ατόμου.

Με την έννοια αυτή, η κακή χρήση των φαρμακευτικών θεραπειών θα μπορούσε να ελεγχθεί, αν συνταγογραφούνταν η βέλτιστη θεραπευτική δοσολογία για το ικανό εκείνο διάστημα, ώστε ο ασθενής να σταθεροποιηθεί γρήγορα σε θεραπεία, σε συνδυασμό με την κατάλληλη κατά τις ανάγκες του ψυχοκοινωνική στήριξη.

Τόσο η κακή χρήση και κατάχρηση όσο και η έκτροπη των φαρμακευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης επιδρούν στα θεραπευτικά αποτελέσματα, στη δημόσια υγεία και στη διαθεσιμότητα τελικά της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα:

Η εκτροπή της φαρμακοθεραπείας επιδρά αρνητικά στο θεραπευτικό όφελος των ασθενών, δεδομένης της μειωμένης τήρησης της θεραπείας λόγω της παράνομης πώλησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ενώ παράλληλα συντηρεί την επαφή των θεραπευόμενων με τους ενεργούς χρήστες ναρκωτικών και τη συμμετοχή τους σε τρόπο ζωής με επίκεντρο τη χρήση.

Τόσο η κακή χρήση και κατάχρηση όσο και η εκτροπή των φαρμακοθεραπειών σχετίζονται με υψηλότερους κινδύνους υγείας για τους ασθενείς, αυξάνοντας τον κίνδυνο μετάδοσης λοιμωδών νόσων όπως του HIV ή της HCV<sup>14</sup> ή προκαλώντας ανεπιθύμητες ενέργειες ή θανάτους από υπερβολική δόση.<sup>15</sup>

Τέλος, η κακή χρήση, η κατάχρηση και η εκτροπή των φαρμακοθεραπειών μπορούν να υποβαθμίσουν την υπόληψη και τη φήμη ενός θεραπευτικού προγράμματος, όπως και τη δημόσια αποδοχή της θεραπείας για την εξάρτηση από ναρκωτικά. Κάθε συνεπακόλουθος περιορισμός της πρόσβασης σε θεραπεία μπορεί δυνητικά να θέσει τους ασθενείς σε κίνδυνο ζωής, καθώς αυτοί θα αναζητήσουν

φαρμακοθεραπεία στη μαύρη αγορά σε μια προσπάθεια υπέρβασης των δυσχερειών στην πρόσβαση που αντιμετωπίζουν.<sup>16</sup>

Πρόσφατα ευρήματα της μελέτης EQUATOR,<sup>17</sup> η οποία διεξήχθη με ερωτηματολόγια σε ασθενείς και ιατρούς στην Ευρώπη, καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς εκτρέπουν ή χρησιμοποιούν λάθος τη φαρμακοθεραπεία τους – αλλά όλες οι διαθέσιμες θεραπείες δεν είναι όμοιες: παρά το γεγονός ότι όλοι οι αγωνιστές οπιοειδών μπορούν να εκτραπούν, σημειώνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπειών.

Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν και στο ότι κατά μέσο όρο 22% των ασθενών στην Ευρώπη που έλαβαν μέρος στη μελέτη έχουν κάποια στιγμή κάνει κακή χρήση της φαρμακοθεραπεία τους.

Ειδικά σε ό,τι αφορά στη μεθαδόνη, και παρά τους αυστηρούς περιορισμούς στην πρόσβαση, αυτή συχνά εκτρέπεται στη μαύρη αγορά.<sup>18</sup> Στην Ευρώπη, όπως και σε άλλες ηπείρους, η αποδιδόμενη στη μεθαδόνη θνησιμότητα έχει σχετιστεί με την αύξηση της εκτροπής της παράλληλα προς τη διεύρυνση της πρόσβασης στη θεραπεία με μεθαδόνη.<sup>19</sup> Η μεθαδόνη έχει δειχθεί ότι σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας εξαιτίας υπερβολικής δόσης, τυχαίας έκθεσης σε αυτή ή κακής της χρήσης.<sup>20</sup>

Στις ΗΠΑ,<sup>15</sup> στη μεθαδόνη οφείλονται 4 στους 10 θανάτους εξαιτίας υπερβολικής δόσης ενός συνταγογραφούμενου οπιοειδούς, δύο φορές δηλαδή περισσότεροι θάνατοι από εκείνους που οφείλονται σε οποιοδήποτε άλλο συνταγογραφούμενο οπιοειδές.<sup>20</sup>

Αλλά και η μονο-βουπρενορφίνη έχει σχετιστεί με φαινόμενα σημαντικής εκτροπής, αν και γενικά σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο θανάσιμης υπερβολικής δόσης συγκρινόμενη με τη μεθαδόνη.<sup>21</sup>

Μεταξύ του 73% των ατόμων με εξάρτηση από οπιοειδή που συμμετείχαν σε έρευνα στη Φινλανδία,<sup>13</sup> η μονο-βουπρενορφίνη συνιστούσε την πιο συχνά κακώς χρησιμοποιούμενη φαρμακοθεραπεία,<sup>16</sup> με τη μεγαλύτερη ποσότητα της μαύρης αγοράς της να προέρχεται από τη Γαλλία.<sup>22</sup>

Η αυτο-θεραπεία λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε επίσημα θεραπευτικά προγράμματα και η υπο-βέλτιστη θεραπευτική δοσολογία συνιστούν συχνούς λόγους για την εκτροπή και την κατάχρηση μονο-βουπρενορφίνης στην Ευρώπη.

Τα υψηλά επίπεδα κατάχρησης και εκτροπής μονο-βουπρενορφίνης στη Γαλλία σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα σχετιζόμενης θνησιμότητας υποδεικνύουν ότι η ασφάλεια της χρήσης για τη μονο-βουπρενορφίνη δεν προϋποθέτει ούτε διασφαλίζεται από περιορισμούς στην

πρόσβαση και αυστηρούς κανονισμούς, αντίστοιχους με εκείνους που απαιτούνται για τη μεθαδόνη.<sup>23,24</sup>

Ο ΠΟΥ, αναγνωρίζοντας την αυξανόμενη τάση εκτροπής και κακής χρήσης της μονο-βουπρενορφίνης πρόσφατα διατύπωσε οδηγίες προς τις κυβερνήσεις των κρατών μελών μέσω του Διεθνούς Συμβουλίου για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (International Narcotics Control Board), οι οποίες αναγνωρίζοντας τους σχετικούς κινδύνους, υπογραμμίζουν εντούτοις την ανάγκη για όσο το δυνατόν ευρύτερη πρόσβαση στη φαρμακοθεραπεία αυτή.<sup>25</sup>

Από την άλλη, ο σταθερός συνδυασμός βουπρενορφίνης/ναλοξόνης είναι θεραπευτικός συνδυασμός που έχει ένδειξη για μη εποπτευόμενη χορήγηση, δεδομένου του προφίλ ασφαλείας του. Το χαρακτηριστικό του αυτό σε συνδυασμό με τη χαμηλή του αξία στη μαύρη αγορά, το έχει καταστήσει ασφαλές για χορήγηση σε σταθεροποιημένου ασθενείς στην ΠΦΥ.<sup>26</sup>

## 2.4. Άλλα πρακτικά ζητήματα

Συγκεκριμένα ερωτήματα ανακύπτουν και για τα επιμέρους πρακτικά ζητήματα όπως π.χ. για τα σημεία διάθεσης των φαρμακευτικών θεραπειών για τους σταθεροποιημένους ασθενείς στην ΠΦΥ (θα μπορούσαν να είναι το σύνολο των φαρμακείων των δημόσιων νοσοκομείων ή και πρόσθετα σημεία χορήγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, εφ' όσον αυτά συμμετέχουν στο αναβαθμισμένο πρόγραμμα διαχείρισης της θεραπευτικής πορείας των ασθενών ως ανωτέρω, με την εποπτεία, το συντονισμό και τη συνολική ευθύνη του ΟΚΑΝΑ) ή με διαφοροποίηση του ρόλου του ΟΚΑΝΑ.

Ειδικά για το τελευταίο σημειώνεται ότι ο ρόλος του ΟΚΑΝΑ ως συντονιστή και υπεύθυνου της παροχής θεραπείας για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά θα αναβαθμιστεί συνολικά και σημαντικά από την εφαρμογή του προτεινόμενου συστήματος, καθώς θα απελευθερωθούν κρίσιμοι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι, οι οποίοι θα επενδυθούν στην αναβάθμιση της ποιότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών (π.χ. με την ανάπτυξη δεικτών παρακολούθησης της θεραπευτικής πορείας, προσδιορισμού, μέτρησης και αξιολόγησης θεραπευτικών αποτελεσμάτων, αξιολόγησης του κόστους για την επίτευξη των θεραπευτικών αυτών αποτελεσμάτων, ανάπτυξης ειδικών εκπαιδευτικών εργαλείων κ.λπ.) και στην παραγωγή αναφορών στη βάση μεταναλύσεων δεδομένων συστηματικά παραγόμενων από το σύστημα διαχείρισης.

Τέλος, τονίζεται η αναγκαιότητα της διαρκούς αξιολόγησης του προγράμματος και των αποτελεσμάτων του καθώς και το επείγον του χαρακτήρα του, δεδομένου ότι το υφιστάμενο υπόδειγμα δεν μπορεί να υποστηρίξει –λόγω

και της στενότητας των πόρων– τις αντίστοιχες ανάγκες και ως εκ τούτου, αναμένεται να οδηγήσει σε περαιτέρω επιβάρυνση του όλου συστήματος σε όρους χρόνου και ποιότητας ζωής για τους ασθενείς.

### 3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ

Σε συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας και πολύ περισσότερο κρίσης, οι επιταγές στο σχεδιασμό πολιτικής υγείας συντείνουν στη μεγαλύτερη δυνατή ενσωμάτωση ειδικών υπηρεσιών στις γενικές υπηρεσίες υγείας, με στόχο την ευρύτερη δυνατή κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού αναφοράς με τον καλύτερο δυνατό συντονισμό και το μικρότερο δυνατό κόστος.

Οι επιταγές αυτές είναι ακόμη πιο επείγουσες, όταν αναφέρονται στην παροχή υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης στην Ελλάδα και έχουν διατυπωθεί πολλαπλώς από το σύνολο σχεδόν των διεθνών φορέων ευθύνης. Σχετίζονται δε με την πραγματικότητα ότι τα άτομα με εξάρτηση, όπως και συνολικά οι ευάλωτοι πληθυσμοί, υφίστανται την κρίση σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικό πληθυσμό. Όπως επισημαίνει η Παγκόσμια Τράπεζα, το εισόδημά τους μειώνεται, αλλά και οι δωρεές στις ΜΚΟ που τους στηρίζουν και διασφαλίζουν τη συνέχεια π.χ. των δράσεων στο δρόμο για

τη μείωση της βλάβης είναι και αυτές μικρότερες. Κυρίως όμως, περικόπτονται οι χρηματοδοτήσεις των υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές και να διογκώνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός.<sup>27</sup> Επιπλέον, σε περιόδους οικονομικής κρίσης μειώνεται ο αριθμός των ατόμων με εξάρτηση που αναζητούν θεραπεία, επειδή τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και εν γένει η κοινωνική αποδόμηση εξαφανίζουν την ελπίδα για μια καλύτερη ζωή μετά την αποκατάσταση<sup>28</sup> και άρα μειώνουν την «ελκυστικότητα» της ζωής μακριά από τη χρήση.

Η διεύρυνση του δικτύου παροχής υπηρεσιών θεραπείας της εξάρτησης με την ενσωμάτωση και δομών ΠΦΥ έχει όμως πολλαπλά οφέλη και για την ίδια την ΠΦΥ, καθώς συμβάλλει α) στη δημιουργία ενός πραγματικά ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ, το οποίο εγγυάται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλής ποιότητας, β) στον καλύτερο συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε περιφερειακό επίπεδο και άρα τη βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και της (οικονομικής) αποδοτικότητάς τους, αλλά και γ) στη διασφάλιση του συνεχιζόμενου δημόσιου και κοινωνικού χαρακτήρα της ΠΦΥ, όπου ο στρατηγικός σχεδιασμός και ο έλεγχος της διαδικασίας παροχής από το κράτος εγγυάται ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές για όλους.

### ABSTRACT

#### Widening access to opioid dependence treatment services through integration of primary care. An externally imposed directive or a conscious system choice?

K. SOULIOTIS,<sup>1,2</sup> C. GOLNA,<sup>3,4</sup> M. MALLIORI,<sup>5</sup> X. CONTIADES,<sup>1</sup> E. THIRAIOS,<sup>6,7</sup> C. LIONIS<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Department of Social and Educational Policy, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Corinth,

<sup>2</sup>Center for Health Services Research, Department of Hygiene, Epidemiology & Medical Statistics, Medical School,

University of Athens, Athens, <sup>3</sup>Department of Hygiene, Epidemiology & Medical Statistics at Athens University

Medical School, Athens, <sup>4</sup>Hepatitis B and C Public Policy Association, <sup>5</sup>1st Department of Psychiatry, Medical

School, University of Athens, Athens, <sup>6</sup>Athens Medical Society, Athens, <sup>7</sup>Vari Health Centre, Vari, <sup>8</sup>Clinic of Social

and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(Suppl 1):43–50*

The effectiveness of policies to address and manage opioid dependence is pursuant to the active participation of society and its institutions to policy design and implementation, which in turn depends on societal understanding and acceptance. As such, policy design should focus on producing and implementing measures and interventions that are embedded in evidenced based best practices, leverage optimally available human and financial resources and aim at the normalization of opioid dependence management in the health care system. In times when the economic crisis results in severe cuts in all levels of public spending, global coverage is highly dependent on the selection of a service provision structure that not only appears optimal but is also evidence based and can thus be politically legitimized, financially supported and socially accepted. The externally formulated “directive” of widening access to opioid dependence pharmacologically assisted treatment in Greece through the integration of primary care services finds solid ground in arguments (and evidence) of optimal resource allocation, improvements in patient quality of

life and minimization of social stigma. It is also in line with the definition and understanding of opioid dependence as a mental health disorder, the management of which should be integrated with general health services. For these reasons, in Greece, such a directive should also constitute a conscious political choice, as it could guarantee the ongoing sustainability of treatment programs and the systematically adequate coverage of treatment demand in times of scarce resources. This would, in turn, be subject to certain, critical prerequisites being met, such as: the careful selection of structures and services that could participate in such an expansion, the adequate and ongoing training of health professionals at both specialist and generalist level and the integrated management of opioid dependence, independent of type of structure and geography, to the benefit of the patient and society as a whole.

**Key words:** Cost effectiveness, Generalist and specialist training, Integrated opioid dependence management, Primary health care, Stigma

## Βιβλιογραφία

1. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO, Geneva, 2009. Available at: [www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html)
2. WHO, UNODC. Joint Programme on drug dependence treatment and care. Vienna, May 2009. Available at: <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-brochure.pdf>
3. 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](http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-50007_E_ebook.pdf)
4. ECDC. Risk assessment on HIV in Greece. ECDC, Stockholm, 2012. Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-risk-assessment-hiv-in-greece.pdf>
5. EMCDDA, 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>
6. ΜΑΛΛΙΩΡΗ Μ, ΓΚΟΛΝΑ Χ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α, ΧΑΤΖΑΚΗΣ Α. Φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή στην Ελλάδα σήμερα. Μετρήσιμα αποτελέσματα και προκλήσεις για το μέλλον. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:Συμπλ 1:35–42
7. ΓΚΟΛΝΑ Χ, ΜΑΛΛΙΩΡΗ Μ, ΤΣΙΡΩΝΗ Μ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Εναλλακτικά συστήματα παροχής υπηρεσιών φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης από οπιοειδή. Από τον αυστηρό έλεγχο στη φροντίδα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κοινότητα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:Συμπλ 1:25–34
8. HALLAM C, WERB D, LAI G, NOUGIER M, MELIS M, CURTIS M. Drug Policy Guide. IDCP, 2012. Available at: <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>
9. GUNDERSON EW, FIELLIN DA, LEVIN FR, SULLIVAN LE, KLEBER HD. Evaluation of combined online and in person training in the use of buprenorphine. *Subst Abuse* 2006, 27:39–45
10. COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. EU Drugs Strategy (2013–2020). 1754/12 Jai 901 Cordroque 101 San 324 Jaiex 124, 2012
11. LINTERIS N, RITTER A, DUNLOP A, MUHLEISEN P. Training primary health care professionals to provide buprenorphine and LAAM treatment. *Substance Abuse* 2002, 23:245–254
12. UN COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS. Resolution on theoretical and practical training concerning drug use related disorders. 57th session. Vienna, March 2014
13. WHO. LEXICON OF ALCOHOL AND DRUG TERMS. WHO, 1994. Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en)
14. BERSON A, GERVAIS A, CAZALS D, BOYER N, DURAND F, BERNUAU J, ET AL. Hepatitis after intravenous buprenorphine misuse in heroin addicts. *J Hepatol* 2001, 34:346–350
15. HO RC, HO EC, MAK A. Cutaneous complications among i.v. buprenorphine users. *J Dermatol* 2009, 36:22–29
16. ALHO H, SINCLAIR D, VUORI E, HOLOPAINEN A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend* 2007, 88:75–78
17. DALE PERRERA A, GOULAO J, STOVER H. Quality of care provided to patients receiving Opioid Maintenance Treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2012, 14:23–38
18. DUFFY P, BALDWIN H. The nature of methadone diversion in England: a MERSEYSIDE CASE STUDY. *Harm Reduction Journal* 2012, 9:3
19. NEELEMAN J, FARRELL M. Fatal methadone and heroin overdoses: time trends in England and Wales. *J Epidemiol Community Health* 1997, 51:435–437
20. CDC. Vital Signs: use and abuse of methadone as a painkiller. Atlanta, Georgia, June 2012. Available at: [www.cdc.gov/VitalSigns/MethadoneOverdoses](http://www.cdc.gov/VitalSigns/MethadoneOverdoses)
21. THOMAS CP, FULLERTON CA, KIM M, MONTEJANO L, LYMAN DR, DOUGHERTY RH, ET AL. Medication-assisted treatment with buprenorphine: assessing the evidence. *Psychiatr Services* 2014, 65:158–170
22. SIMOJOKI K, VORMA H, ALHO H. A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone). *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008, 3:16
23. VIDAL-TRECAN G, VARESCON I, NABET N, BOISSONNAS A. Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. *Drug Alcohol Depend* 2003, 69:175–181
24. AURIACOMBE M1, FATSEAS M, DUBERNET J, DAULOUEDE JP, TIGNOL

- J. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict* 2004, 13:Suppl 1:S17–28
25. INCB. Report of the International Narcotics Control Board on the availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes. United Nations, New York, 2011. Available at: [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/Supplement-AR10\\_availability\\_English.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/Supplement-AR10_availability_English.pdf)
26. SCHACKMAN BR, LEFF JA, POLSKY D, MOORE BA, FIELLIN DA. Cost-effectiveness of long term outpatient buprenorphine–naloxone treatment for opioid dependence in primary care. *J Gen Intern Med* 2012, 27:669–676
27. GOTTRET P, GUPTA V, SPARKES S, TANDON A, MORAN V, BERMAN P. Protecting pro-poor health services during financial crises: lessons from experience. *Adv Health Econ Health Serv Res* 2009, 21:23–53
28. COSTA STORTI C, DE GRAUWE P, REUTER P. Economic recession, drug use and public health. *Int J Drug Policy* 2011, 22:321–325

*Corresponding author:*

K. Souliotis, Center for Health Services Research, Medical School, University of Athens, 25 Alexandroupoleos St., GR-115 27, Athens, Greece  
e-mail: soulioti@hol.gr