



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ-ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΕΝΕΡΓΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΣΕ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ»

Φοιτήτρια Δημητροπούλου Μαρία (Α.Μ. 20160924)

ΑΘΗΝΑ, 2018

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ-ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»

που απονέμει η Ιατρική Σχολή του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εγκρίθηκε την..... από την εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΒΑΘΜΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Β. ΣΥΨΑ

(Επιβλέπουσα)

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Θ.ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ν.ΣΤΕΦΑΝΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Στη μνήμη του Παντελή Α. & του Κώστα Β.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες σε όσους βοήθησαν, με τον τρόπο του ο καθένας, να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία και να επιτευχθεί ένας στόχος διάρκειας πολλών μηνών.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς στην επίκουρη καθηγήτρια και επιβλέπουσα μου, κυρία Σύψα Βάνα, για την εμπιστοσύνη, την στήριξη και τη καθοδήγηση της. Η συμβολή της τόσο στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας όσο και στην ηθική μου ενθάρρυνση ήταν καθοριστική.

Θέλω να ευχαριστήσω πολύ τον κύριο Κοκκώλη Κωνσταντίνο για την υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθειά του.

Επίσης, ευχαριστώ όλο το προσωπικό-συναδέλφους του ΣΦΕΑ ΟΚΑΝΑ και κυρίως τους εξυπηρετούμενους που έδωσαν την πληροφορία. Ιδιαίτερως, ευχαριστώ την συνάδελφο Παυλίτινα Ειρήνη που στάθηκε δίπλα μου όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Ευχαριστώ τόσο την οικογένειά μου όσο και όλους τους κοντινούς μου ανθρώπους που υπήρξαν αρωγοί ηθικής αλλά και καθημερινής πρακτικής υποστήριξης.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια κυρία Μαλλιώρα Μινέρβα-Μελομένη, για την ευκαιρία και την τιμή να συμμετέχω στο συγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1. Η χρήση ναρκωτικών ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.....	11
1.2. Διεθνή στοιχεία για χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και HIV-HCV-HBV	13
1.3. Ο ιός του HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών παγκοσμίως.....	16
1.4. Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV) στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών παγκοσμίως	20
1.5. Η κατάσταση στην Ευρώπη	22
1.6. Η κατάσταση στην Ελλάδα	23
1.6.1 Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε ειδικούς πληθυσμούς- Προβληματική χρήση....	23
1.6.2. Χαρακτηριστικά των ατόμων που εντάχθηκαν σε Θεραπευτικό Πρόγραμμα--- χαρακτηριστικά των αιτήσεων θεραπείας	26
1.6.3. Ενδοφλέβιοι Χρήστες Ναρκωτικών και Λοιμώδη Νοσήματα	27
1.6.4. Πρόγραμμα «Αριστοτέλης»	30
1.6.5. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	32
1.6.6. Μείωση της βλάβης.....	36
1.6.6.1. Πολιτική του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στη Μείωση της Βλάβης.....	40
1.6.6.2. Διαχρονικά στοιχεία διανομής συρίγγων και προγραμμάτων υποκατάστασης οπιοειδών.....	42
1.6.7. Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)	46
1.6.8. Σκοπός της εργασίας	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	50
2.1. Συλλογή δεδομένων	50
2.1.1. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	52
2.2. Στατιστική ανάλυση	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	55
3.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	55
3.2. Χρήση ουσιών	63
3.3. Λοιμώδη νοσήματα	78
3.4. Άλλα χαρακτηριστικά	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	89
4.1. Συζήτηση	89
4.2. Περιορισμοί της μελέτης.....	115
4.3. Πλεονεκτήματα της μελέτης	115

4.4. Συστάσεις	115
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	133

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Το 2011-2013 σημειώθηκε επιδημία HIV λοίμωξης σε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών στην Αθήνα. Η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των χρηστών που προσεγγίζουν υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, χωρίς αίτημα για θεραπεία, δεν έχει υλοποιηθεί στο παρελθόν και είναι δυνητικά χρήσιμη στην κατανόηση της επιδημίας και στη μετέπειτα παρακολούθησή της.

Σκοπός: Περιγραφή των χαρακτηριστικών των χρηστών ουσιών που προσέρχονται για πρώτη φορά σε Υπηρεσία Άμεσης Πρόσβασης (του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών-Ο.ΚΑ.ΝΑ) στην Αθήνα και αξιολόγηση μεταβολών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επιδημία HIV.

Υλικό-Μέθοδος: Χρήστες που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων του Ο.ΚΑ.ΝΑ τα έτη 2010 (N=109), 2012 (N=99) και 2016/17 (N=134). Στην πρώτη επαφή, συμπληρώνεται ερωτηματολόγιο μέσω συνέντευξης. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων περιγράφηκαν με κατάλληλα μέτρα θέσης/διασποράς ή ποσοστά. Για τη διερεύνηση διαχρονικών μεταβολών χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι χ^2 , ANOVA και Kruskal-Wallis.

Αποτελέσματα: Το 2010, 54.1% των χρηστών ανέφερε απουσία στέγης και 28.4% δεν ήταν ελληνικής εθνικότητας. Η πλειονότητα ανέφερε καθημερινή χρήση (93.6%) και κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη (94.5%). Διαχρονικά, παρατηρήθηκε μείωση στους χρήστες άλλης εθνικότητας (28.4%, 23.2% και 14.2% τα έτη 2010, 2012 και 2016/17, αντίστοιχα, $p=0.023$). Συγκριτικά με το 2010, το ποσοστό των αστέγων μειώθηκε το 2012 (από 54.1% σε 34.3%, $p=0.004$) αλλά αυξήθηκε ξανά το 2016/17 (από 34.3% σε 47.0%, $p=0.054$). Τα έτη 2010, 2012 και 2016/17, παρατηρήθηκε μείωση στο ποσοστό που ανέφερε καθημερινή χρήση ουσιών (93.6%, 75.8%, 81.1%, $p=0.002$) και ηρωίνη ως κύρια ουσία χρήσης (94.5%, 78.8%, 79.1%, $p=0.001$). Αύξηση παρατηρήθηκε στο ποσοστό των χρηστών που αναφέρει ψυχιατρικά προβλήματα (20.2%, 38.4% και 45.5%, $p<0.001$) και HIV λοίμωξη (0%, 11.8% και 14.4%, $p=0.001$).

Συμπεράσματα: Πριν την επιδημία HIV, υψηλό ποσοστό χρηστών άνηκε σε ευάλωτους πληθυσμούς (μετανάστες, άστεγοι) και ανέφερε καθημερινή χρήση ουσιών. Διαχρονικά μειώθηκε ο αριθμός των χρηστών άλλης εθνικότητας και η συχνότητα ενδοφλέβιας χρήσης. Το πρόβλημα της απουσίας στέγης παραμένει. Οι χρήστες που προσέρχονται σε υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης αντικατοπτρίζουν τον

πληθυσμό σε κίνδυνο για λοιμώδη νοσήματα και διαφέρουν από τους αιτούντες θεραπείας (ενδεικτικά το 2010, σε σύγκριση με στοιχεία από ΕΚΤΕΠΝ για αιτούντες θεραπείας: απουσία στέγης 54.1% έναντι 9.3%, άλλης εθνικότητας: 28.4% έναντι 6.6%). Οι ενεργοί χρήστες διαφέρουν από τους αιτούντες θεραπείας για τους οποίους υπάρχει συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση από το 2002. Τα στοιχεία από τις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης αποτελούν μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για χρήστες που είναι ενεργοί και δεν βρίσκονται σε θεραπευτικά προγράμματα, αντανakλούν επομένως το προφίλ και τις πρακτικές του πληθυσμού αυτού. Είναι αναγκαία και απαραίτητη η παρακολούθηση των χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου πληθυσμού καθώς και η συστηματική καταγραφή τους για τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων, ενός βαριά πάσχοντος πληθυσμού που κάνει χρήση επικίνδυνων ουσιών, με υψηλό φορτίο λοιμωδών νοσημάτων, υιοθετεί συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθεί αλλά και να μεταδώσει λοιμώδη νοσήματα. Η παρακολούθηση των χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου πληθυσμού είναι απαραίτητη για την έγκαιρη εφαρμογή παρεμβάσεων.

Λέξεις- κλειδιά: ενδοφλέβιοι χρήστες ναρκωτικών, υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, HIV, Αθήνα.

Abstract

Objective: During 2011-2013 there was an HIV outbreak among people who inject drugs (PWID) in Athens, Greece. The evaluation of the characteristics of drug users who approach low threshold services without treatment request has not been performed in the past in Greece and it would be useful to gain insight in the causes of the HIV outbreak and for subsequent monitoring.

Aim: The aim of the present study was the description of the characteristics of drug users that approach for the first time a low threshold program of the Greek Organisation Against Drugs-OKANA in Athens without treatment request and the evaluation of trends in their characteristics and risk behaviors before, during and after the HIV outbreak.

Material – Methods: Drug users that visited low threshold program (OKANA) the years 2010 (n=109), 2012 (n=99) and 2016-2017 (n=134). During the first appointment, a questionnaire with general information was completed (demographic characteristics, drug use etc.). Statistical analysis was performed with the use of χ^2 test, ANOVA and Kruskal -Wallis.

Results: In 2010, 54.1% of the sample reported homelessness and 28.4% were not of Greek nationality. The majority reported daily drug use (93.6%) while heroin was the main substance used (94.5%). Throughout the years a decrease was observed in the proportion of non-Greek drug users (28.4%, 23.2% and 14.2% the years 2010, 2012, 2016/17 respectively, $p=0.023$). Homelessness decreased significantly in 2012 compared to 2010 (54.1% vs 34.3%, $p=0.004$) but a subsequent increase was observed in 2016/17 (34% vs 47.0%, $p=0.054$). The years 2010, 2012 and 2016/17 the proportion reporting daily drug use significantly decreased (93.6%, 77.3%, 81.1% respectively, $p=0.003$) while the proportion reporting heroin as main drug substance also decreased significantly (94.5%, 78.8%, 81.1%, respectively $p=0.002$). However, the percent of the drug users that reported psychiatric problems (20.2%, 38.3%, 45.5%, $p<0.001$) and HIV infection (0%, 11.8%, 14.4%, $p=0.001$) increased.

Conclusion: Before the HIV outbreak, a high proportion of drug users belonged to vulnerable populations (refugees, homeless) and reported daily drug use. An ongoing improvement in the drug users profile was observed regarding the risk of HIV, however homelessness remains a significant problem. Drug users who approach low threshold services reflect the population at risk for infectious diseases and differ significantly from those who apply for opioid substitution treatment programs (based

on data from EKTEIIN on people who apply for opioid substitution treatment programs in 2010, homelessness 54.1% vs 9,3%, immigrants 28,4% vs 6,6%). Active users approaching low threshold services differ from treatment applicants for whom there has been systematic monitoring and recording since 2002. Data from these services are a valuable source of information for drug users who are active and not in treatment programs, therefore reflecting the profile and practices of this population. It is necessary to monitor the characteristics of the specific population and to systematically record them as this is- a severely suffering population using hazardous substances with a high burden of infectious diseases, adopting high risk behaviors and at greater risk of being infected and of transmitting infectious diseases. Monitoring the characteristics of the population is necessary for the design and implementation of appropriate interventions.

Keywords: PWID, low threshold services, high risk behaviors, HIV, Athens.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Η χρήση ναρκωτικών ως πρόβλημα δημόσιας υγείας

Η τοξικομανία έχει αναγνωριστεί από τα 193 κράτη μέλη της Ειδικής Συνόδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά (UNGASS 2016), «ως πολύπλοκη πολυπαραγοντική διαταραχή της υγείας χαρακτηριζόμενη από χρόνια και υποτροπιάζουσα φύση», και όχι ως αποτέλεσμα ηθικής αποτυχίας ή εγκληματικής συμπεριφοράς. Ιστορικά, οι στρατηγικές των περισσότερων εθνών για την αντιμετώπιση των διαταραχών της χρήσης ουσιών έχουν επικεντρωθεί στην τιμωρία και, ως εκ τούτου, η αναγνώριση της ανάγκης για μετάβαση από την ποινική δικαιοσύνη σε μια προσέγγιση δημόσιας υγείας αντιπροσωπεύει μια σημαντική αλλαγή νοοτροπίας από τα κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών. Η υιοθέτηση αυτών των συστάσεων είναι ζωτικής σημασίας για την εκπλήρωση της από κοινού δέσμευσης των κρατών μελών για αποτελεσματική αντιμετώπιση και αντιμετώπιση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών.

Ο στόχος δημόσιας υγείας για τη μείωση των προβλημάτων στον κόσμο των ναρκωτικών δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές της χρήσης ουσιών με την ίδια επιστημονική αυστηρότητα, συμπόνια και δέσμευση όπως αντιμετωπίζονται άλλα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι διαταραχές της χρήσης ουσιών είναι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές και η πρόσβαση σε προσιτή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για τέτοιες διαταραχές έχει κηρυχθεί εγγενές δικαίωμα για όλους τους πολίτες των κρατών μελών των Ηνωμένων Εθνών.

Η χρήση ναρκωτικών έχει αναγνωριστεί ότι συντελεί στην παγκόσμια νοσοεπιβάρυνση. Χρόνια και οξεία προβλήματα υγείας σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και επιτείνονται από διάφορους παράγοντες όπως οι ιδιότητες των ουσιών, η οδός χορήγησης, η ατομική ευαισθησία και το κοινωνικό πλαίσιο της χρήσης ουσιών. Στα χρόνια προβλήματα συγκαταλέγονται η εξάρτηση και οι λοιμώξεις που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών, ενώ υπάρχει και ευρύ φάσμα οξέων βλαβών, με τη λήψη υπερβολικής δόσης να είναι η καλύτερα τεκμηριωμένη εξ αυτών. Παρότι σχετικά σπάνια, η χρήση οπιοειδών εξακολουθεί να ευθύνεται για σημαντικό ποσοστό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών. Οι κίνδυνοι αυξάνονται με την ενέσιμη χρήση (EMCDDA, 2017). Ειδικοί πληθυσμοί, όπως οι ενδοφλέβιοι χρήστες ναρκωτικών παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων.

Παγκοσμίως ο εκτιμώμενος αριθμός χρηστών ουσιών προσεγγίζει τα 255 εκατομμύρια, το 5% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, έχει κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών τουλάχιστον μία φορά το 2015. Πιο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι 29,5 εκατομμύρια άνθρωποι -το 0,6% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού- εμπλέκονται σε προβληματική χρήση και υποφέρουν από διαταραχές χρήσης ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης σύμφωνα με την τελευταία παγκόσμια έκθεση. Τα οπιοειδή είναι το πιο επιβλαβές είδος ναρκωτικών και αντιστοιχεί στο 70% των αρνητικών για την υγεία επιπτώσεων που συνδέονται με διαταραχές χρήσης ναρκωτικών σε όλον τον κόσμο (UNODC, 2017).

Το μέγεθος της βλάβης που προκαλείται από τη χρήση ναρκωτικών υπογραμμίζεται από τα εκτιμώμενα 28 εκατομμύρια χρόνια "Υγιής" ζωή (έτη ζωής αναπροσαρμοσμένης αναπηρίας -DALYs) που χάθηκαν παγκοσμίως το 2015 ως αποτέλεσμα του πρόωρου θανάτου και της βλάβης που προκαλείται από τη χρήση ναρκωτικών (UNODC, 2017). Το 2016, καταγράφηκαν 60.000 θάνατοι από υπερβολική δόση στην Αμερική και 9.000 στην Ευρώπη (EMCDDA, 2018).

Η «προβληματική χρήση» ναρκωτικών καθορίστηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (EMCDDA) ως «χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ή μακροχρόνια χρήση ή τακτική χρήση οπιοειδών, κοκαΐνης ή και αμφεταμινών, εξαιρουμένων των χρηστών έκστασης και κάνναβης». Από τον Φεβρουάριο του 2013 ο όρος «προβληματική χρήση ναρκωτικών» μετονομάστηκε και επαναπροσδιορίστηκε ως «χρήση ναρκωτικών υψηλού κινδύνου», που σημαίνει «επαναλαμβανόμενη χρήση ναρκωτικών που προκαλεί στον άνθρωπο πραγματικές βλάβες (αρνητικές συνέπειες) (συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης αλλά και άλλων μορφών υγείας, ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα) ή θέτει το άτομο σε μεγάλη πιθανότητα/κίνδυνο να υποστεί τέτοια βλάβη» (EMCDDA, 2015).

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Οι ιογενείς λοιμώξεις μεταδίδονται μέσω του αίματος και αυτό αφορά στη μη ασφαλή ενέσιμη χρήση ουσιών. Η ηπατίτιδα Β και C (HBV και HCV, αντίστοιχα) εξαπλώνονται ακόμη περισσότερο μέσω αυτής της πρακτικής από ό,τι ο ιός του HIV.

Οι χρήστες ναρκωτικών, ιδίως όσοι κάνουν ενέσιμη χρήση, κινδυνεύουν να προσβληθούν από λοιμώδη νοσήματα λόγω κοινής χρήσης συρίγγων και άλλων συνέργων. Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών συνεχίζει να διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην εξάπλωση αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως αυτά που

προκαλούνται από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και σε κάποιες χώρες, από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) (Nelson et al, 2011, EMCDDA, 2017).

1.2. Διεθνή στοιχεία για χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και HIV-HCV-HBV

Η κοινή χρήση εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών προκαλεί σημαντική επιβάρυνση των ασθενειών. Η μετάδοση αιματογενώς μεταδιδόμενων ιών μέσω μολυσμένων συσκευών ενέσιμης χρήσης, συμπεριλαμβανομένου του ιού HIV, του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) και του ιού της ηπατίτιδας B (HBV), αποτελεί τον κύριο παράγοντα της νοσηρότητας και της θνησιμότητας ως συνέπεια της ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών (Degenhardt et al, 2016).

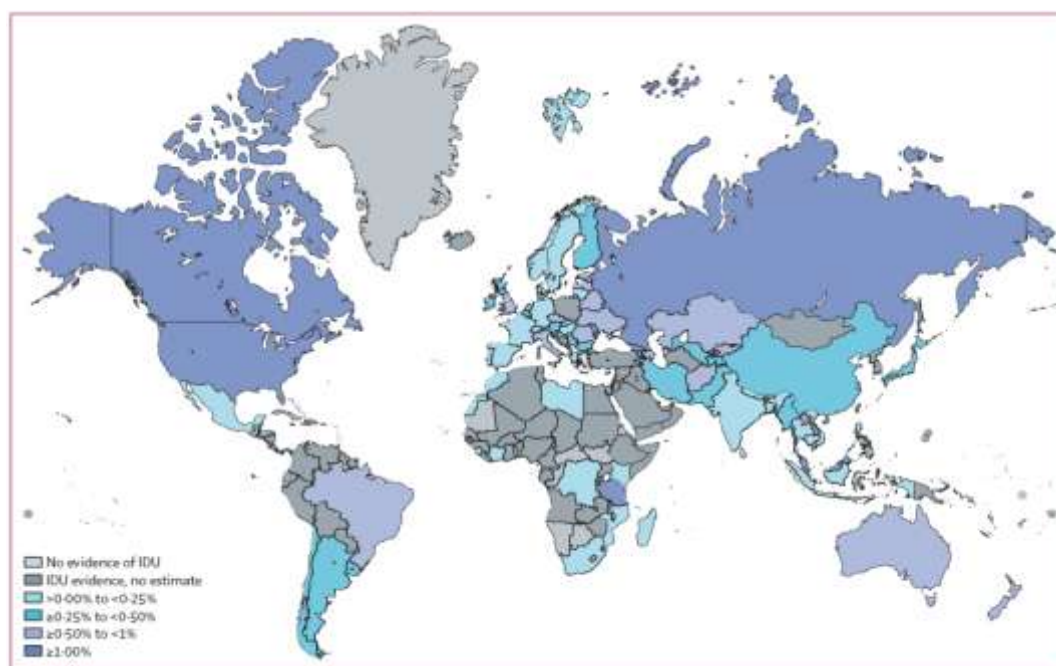
Η ποσοτικοποίηση του μεγέθους του πληθυσμού των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN), η αποτύπωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους και η έκταση της έκθεσής τους σε συμπεριφορές και περιβάλλοντα κινδύνου είναι ουσιαστικής σημασίας για να καταστεί εφικτός ο αποτελεσματικός σχεδιασμός πολιτικών για την υγεία (ECDC and EMCDDA, 2011).

Το 2008 (Mathers et al, 2008) και το 2011 (Nelson et al, 2011), έγιναν παγκόσμιες συστηματικές ανασκοπήσεις για την εκτίμηση του επιπολασμού της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών παγκοσμίως, καθώς και του επιπολασμού του HIV, του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) και του ιού της ηπατίτιδας B (HBV). Αυτές οι ανασκοπήσεις σημείωσαν αύξηση του αριθμού των χωρών στις οποίες είχε εντοπιστεί XEN σε σχέση με την επανεξέταση από το 1998.

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση για την επικράτηση των XEN καταγράφηκαν στοιχεία σε 179 (από 206 χώρες), τα οποία καλύπτουν το 99% του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 15-64 ετών, σε σύγκριση με το 2007 (που υπήρχαν στοιχεία από 148 χώρες). Υπάρχει μια αύξηση 31 χωρών (κυρίως στην υποσαχάρια Αφρική και τα νησιά του Ειρηνικού), οι εκτιμήσεις επιπολασμού εντοπίστηκαν σε 83 χώρες. Για το 2015 εκτιμάται ότι ο αριθμός των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ανέρχεται σε 15, 6 εκατομμύρια παγκοσμίως, δηλαδή το 0,3% ηλικίας 15-64 ετών. Αυτός ο αριθμός αναφέρεται σε άτομα που έχουν κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες. Εκ των οποίων 12,5 εκατομμύρια άνδρες και 3,2 εκατομμύρια γυναίκες XEN παγκοσμίως. Ειδικότερα, ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,9% στη νότια Ασία έως 1,30% στην Ανατολική Ευρώπη. Οι μεγαλύτεροι πληθυσμοί των XEN συγκεντρώνονται στην ανατολική και νοτιοανατολική Ασία (4,0

εκατ., 3,05 εκατ.), στην Ανατολική Ευρώπη (3,0 εκατ.) και στη Βόρεια Αμερική (2, 6 εκατομμύρια). Η υψηλότερη επικράτηση της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών ήταν στην Ανατολική Ευρώπη, όπου το 1,3% του πληθυσμού κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, σε σύγκριση με 0,33% παγκοσμίως (Πίνακας 1.1, Degenhardt et al, 2017).

Πίνακας 1.1: Επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών ανά χώρα (Degenhardt et al, 2017)



Η σύνθεση των φύλων ποικίλλει ανάλογα με την τοποθεσία: οι γυναίκες υπολογίστηκαν ότι αντιπροσώπευαν το 30% των XEN στη Βόρεια Αμερική και 33,4% στην Αυστραλασία, σε σύγκριση με 3,1% στη νότια Ασία (Degenhardt et al, 2017). Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι γυναίκες αποτελούν το ένα στα πέντε (20,4%) όλων των ανθρώπων που κάνουν ενέσιμη χρήση, αλλά αυτό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των εθνών και των περιφερειών. Τα χαμηλότερα ποσοστά γυναικών παρατηρούνται στη Νότια Ασία (3,1%) και τη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική (3,5%). Ορισμένες πηγές που εξετάσαμε υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών σε αυτές τις περιοχές υποεκτιμώνται εξαιτίας του ακραίου στιγματισμού και της κακής πρόσβασης στις υπηρεσίες που συναντούν (Degenhardt et al, 2017).

Το ένα τέταρτο και το ένα τρίτο των ανθρώπων που κάνουν ενέσιμη χρήση σε παγκόσμιο επίπεδο είναι νέοι, ηλικίας κάτω των 25 ετών. Τα υψηλότερα ποσοστά

νέων ανθρώπων στον ενέσιμο πληθυσμό παρατηρήθηκαν στη Λατινική Αμερική (51,2%), στην Ανατολική Ευρώπη (41,8%) και στη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική (38,7%) (Degenhardt et al, 2017).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται ότι το 82,9% των XEN χρησιμοποιεί κυρίως οπιοειδή και το 33,0% κάνει ενέσιμη χρήση κυρίως διεγερτικών. Το 27,9% των XEN παγκοσμίως είναι νεότεροι από 25 ετών, το 21,7% είχαν πρόσφατα (κατά το παρελθόν έτος) εμπειρία αστεγίας ή μη σταθερής στέγης και το 57,9% είχαν ιστορικό φυλάκισης (Degenhardt et al, 2017).

Οι περισσότεροι XEN εκτίθενται σε περιβάλλοντα που αυξάνουν τον κίνδυνο βλάβης που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Στην παγκόσμια έκθεση, αναφέρονται 12 εκατομμύρια άνθρωποι που κάνουν ενέσιμη χρήση, 1,6 ενέσιμοι χρήστες που ζουν με HIV και 6 εκατομμύρια που έχουν HCV (UNODC, 2017).

Στην πρόσφατη ανασκόπηση (όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.2) εκτιμήθηκε ότι από τα 15,6 εκατομμύρια XEN παγκοσμίως, περίπου ένας στους έξι ζει με τον ιό HIV (το 17,8%), περισσότεροι από τους μισούς έχουν εκτεθεί σε HCV (52,3% θετικοί σε αντισώματα HCV) και ένας στους δέκα έχει ενεργό HBV (9,1% θετικοί ως προς το επιφανειακό αντιγόνο του HBV) (Degenhardt et al, 2017).

Πίνακας 1.2 Περιφερειακές και παγκόσμιες εκτιμήσεις XEN με HIV (+), anti-HCV (+), HBsAg (+) (Degenhardt et al, 2017)

	HIV		HCV		HBV	
	Prevalence among PWID (95% UI)	Estimated number of PWID living with HIV (95% UI)	Prevalence among PWID (95% UI)	Estimated number of PWID who are HCV-antibody positive (95% UI)	Prevalence among PWID (95% UI)	Estimated number of PWID who are HBsAg positive (95% UI)
Eastern Europe	24.7% (15.6–33.9)	747 000 (313 500–1 331 500)	84.7% (56.6–72.9)	1 955 500 (927 000–3 171 000)	7.9% (5.7–10.6)	238 000 (107 500–405 000)
Western Europe	4.5% (3.2–6.0)	46 000 (24 500–73 000)	53.2% (48.4–57.9)	537 000 (339 500–777 000)	3.2% (0.9–5.6)	32 000 (11 500–60 500)
East and Southeast Asia	15.2% (9.9–20.4)	605 000 (375 000–829 500)	50.3% (32.7–67.8)	2 007 500 (1 337 500–2 783 500)	20.0% (9.8–30.2)	797 000 (410 000–1 263 000)
South Asia	19.4% (15.0–23.8)	198 500 (141 500–264 500)	38.6% (17.2–62.4)	395 000 (239 500–573 500)	5.7% (4.1–7.3)	58 000 (38 500–82 000)
Central Asia	10.5% (8.6–12.5)	39 500 (17 500–44 000)	54.0% (49.4–58.4)	151 000 (93 000–218 000)	9.4% (5.6–13.3)	26 500 (15 000–40 500)
Caribbean	13.5% (8.3–19.1)	11 000 (6 000–16 500)	63.6% (54.3–72.8)	50 500 (31 000–73 000)	10.4% (5.5–15.5)	8 000 (5 000–12 500)
Latin America	35.7% (15.0–56.6)	651 000 (437 000–926 000)	63.9% (58.9–64.9)	1 128 000 (823 500–1 458 000)	2.8% (1.7–4.0)	51 000 (27 000–81 500)
North America	9.0% (7.0–11.1)	230 500 (105 000–389 000)	55.3% (40.8–67.7)	1 411 000 (687 000–2 388 500)	4.8% (3.0–7.2)	127 500 (47 500–227 500)
Pacific Island States and Territories ^a	16.3% (10.0–22.7)	3 500 (2 000–55 000)	55.5% (43.8–67.8)	12 500 (7500–18 000)	10.4% (5.5–15.3)	2 500 (1300–3500)
Australia	1.3% (0.8–1.4)	1 000 (1000–2000)	57.1% (52.7–61.5)	66 000 (47 500–86 000)	3.6% (2.2–5.1)	4 000 (2500–6500)
Sub-Saharan Africa	18.3% (11.3–25.4)	251 500 (75 000–508 500)	21.8% (12.6–26.5)	300 000 (90 500–608 000)	3.7% (2.3–5.3)	51 000 (9500–127 500)
Middle East and North Africa	3.6% (1.5–6.7)	12 500 (4500–24 500)	48.1% (39.2–57.1)	168 000 (88 000–263 500)	8.1% (6.1–10.3)	28 000 (14 000–46 500)
Global	17.8% (10.8–24.8)	2 787 000 (1 482 500–4 464 000)	52.3% (47.4–62.1)	8 182 500 (4 691 500–12 418 000)	9.1% (5.1–13.2)	1 439 000 (888 500–2 358 500)

Country-level estimates of IDU prevalence are available in the appendix (pp 79–76), details of country-level estimates of HIV, HBV, and HCV are in the appendix (pp 77–109). Numbers are rounded to the nearest 500. IDU=injecting drug use. PWID=people who inject drugs. HCV=hepatitis C virus, HBV=hepatitis B virus, Anti-HCV=HCV antibodies, HBsAg=hepatitis B surface antigen. ^aNo estimates of the prevalence of HIV, anti-HCV or HBsAg could be located for the Pacific Island States and Territories, so we used the weighted observed global prevalence—caution should be used in the interpretation of these estimates.

Ειδικότερα, σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίστηκε ότι 2,8 εκατομμύρια XEN ζουν με HIV, που ανέρχονται σε 17 ,8% του PWID. Ο επιπολασμός του ιού HIV στους XEN κυμαίνεται σημαντικά μεταξύ γεωγραφικών περιοχών, από 1 ,1% στην Αυστραλασία, 3 ,6% στη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική και 4, 5% στη Δυτική Ευρώπη, σε 24, 7% στην Ανατολική Ευρώπη και 35,7% στη Λατινική Αμερική. Η Ανατολική Ευρώπη και η Λατινική Αμερική έχουν τον μεγαλύτερο αριθμό XEN που ζουν με HIV (Degenhardt et al., 2017).

1.3. Ο ιός του HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών παγκοσμίως

Ο HIV συγκεντρώνει παγκοσμίως την προσοχή των επιστημόνων, με την επιδημιολογία του να επιτηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο. Το 2016, 36.9 εκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο υπολογίστηκε πως ζουν έχοντας μολυνθεί με τον HIV. Αν και ο ρυθμός εξάπλωσης παγκοσμίως το 2014 καταγράφηκε να έχει μειωθεί σε σύγκριση με τον αντίστοιχο ρυθμό των προηγούμενων ετών, το 2016 1,8 εκατομμύρια νέα περιστατικά διαγνώστηκαν παγκοσμίως και καταγράφηκαν 1 εκατομμύριο θάνατοι σχετιζόμενοι με AIDS (UNAIDS, 2017).

Η εξάπλωση του ιού του HIV διαχρονικά στον Δυτικό κόσμο σχετίζεται, κυρίως, με τους MSM (Men having Sex with Men). Τα τελευταία χρόνια όμως έχουν συμβεί επιδημικές εκρήξεις σε πληθυσμούς με άλλα χαρακτηριστικά. Η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αναδεικνύεται σταδιακά σε ένα σημαντικό παράγοντα εξάπλωσης του ιού (Mathers et al., 2008).

Η Ιρλανδία είναι η τρίτη χώρα που αναφέρει ένα ξέσπασμα του HIV μεταξύ των XEN κατά τα τελευταία πέντε χρόνια στην Ευρώπη (Giese et al, 2015), μετά την Ελλάδα και τη Ρουμανία το 2011 (Sypsa et al, 2015 Hedrich et al, 2013). Παρόμοια αύξηση έχει επίσης αναφερθεί πρόσφατα στη Γλασκόβη και στο Clyde τον Ιούνιο του 2015 (Scotland, 2015). Οι εστίες του ιού HIV μεταξύ των XEN έχουν επίσης αναφερθεί στο Ισραήλ το 2012 και στην Ιντιάνα στις Ηνωμένες Πολιτείες στις αρχές του 2015 (Katchman et al, 2013, Conrad et al, 2015).

Η χαμηλή κάλυψη δραστηριοτήτων μείωσης της βλάβης, όπως τα προγράμματα βελόνων και συρίγγων και τα προγράμματα υποκατάστασης οπιοειδών στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, με την παράλληλη ανάπτυξη της αγοράς νέων ψυχοτρόπων ουσιών, καθιστά πιθανό να αυξηθεί στην Ευρώπη ο κίνδυνος του ιού HIV μεταξύ των XEN, και ιδιαίτερα των αστέγων (EMCDDA, 2015, ECDC, 2015).

Αυτή η πρόβλεψη μπορεί να είναι προς όφελος άλλων χωρών να εξετάσουν το ενδεχόμενο ενίσχυσης των προγραμμάτων πρόληψης για τους XEN (Giese et al, 2015, EMCDDA, 2015).

Τέσσερις παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με την ταχεία μετάδοση του ιού HIV σε πληθυσμούς χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών: η απουσία γνώσης μεταξύ των XEN ότι ο HIV είναι τοπική απειλή, οι περιορισμοί στην πρόσβαση σε αποστειρωμένο ενέσιμο εξοπλισμό, οι υψηλές συχνότητες συμπεριφοράς ενέσιμης χρήσης, μεγάλα δίκτυα κινδύνου ενέσιμης χρήσης, με μηχανισμούς για ταχεία αλλαγή

συντρόφων με κίνδυνο αλλαγής. Τέτοιοι μηχανισμοί περιλαμβάνουν την ομαδική ενέσιμη χρήση (σε γκρουπ, “shooting galleries”) και τη χρήση από δίκτυο προμηθευτών (“dealers work”). Το ξέσπασμα της Αθήνας περιλάμβανε και τους τέσσερις παράγοντες, μαζί με οικονομικούς παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση της έλλειψης στέγης, μεγαλύτερων δικτύων ενέσιμης χρήσης, ανεπαρκή προμήθεια αποστειρωμένου εξοπλισμού για ενέσιμη χρήση, ανεπαρκή προβολή και εξέταση HIV που θα μπορούσε να προειδοποιήσει για τον τοπικό κίνδυνο του HIV. Επιπλέον, υπήρχε σοβαρή έλλειψη θεραπευτικής αγωγής για άτομα που έκαναν ενέσιμη χρήση σε πολύ υψηλά ποσοστά (Des Jarlais, 2016).

Σε συστηματική ανασκόπηση διαπιστώθηκε πως το πλήθος των χωρών στις οποίες έχει καταγραφεί η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών αυξήθηκε την προηγούμενη δεκαετία. Έτσι, η αυξημένη επίπτωση του HIV στους XEN, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ολοένα και αυξάνει παγκοσμίως, συνετέλεσε στην εκτίμηση πως περίπου 3 εκατομμύρια (0.8-6.6 εκατομμύρια) XEN μπορεί να είναι HIV(+) παγκοσμίως (Mathers et al., 2008). Στην παραπάνω έρευνα, δεν υπήρχαν δεδομένα σχετικά με τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών για χώρες της Αφρικής, της Μέσης Ανατολής και της Λατινικής Αμερικής. Έτσι, δεν ήταν δυνατόν να εξαχθούν αντίστοιχα συμπεράσματα σχετικά με την εξάπλωση του HIV στους XEN σε αυτές τις χώρες. Μέρος αυτού του κενού φαίνεται να καλύπτει μια νεότερη συστηματική ανασκόπηση για την εξάπλωση του HIV σε XEN σε χώρες της Βόρειας Αφρικής και Μέσης Ανατολής. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις που υποδεικνύουν την ύπαρξη επιδημικών εκρήξεων HIV μεταξύ XEN σε πολλές από αυτές τις χώρες, ενώ οι επιδημίες αυτές φαίνεται να έχουν σαν αφετηρία την τελευταία δεκαετία, πριν το 2014, και να συνεχίζουν να εξαπλώνονται (Mumtaz et al., 2014).

Παγκοσμίως, το 17,8% των ανθρώπων που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ζουν με λοίμωξη από τον ιό HIV. Η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία έχουν από τους χαμηλότερους επιπολασμούς του ιού HIV στους ανθρώπους που εγχέουν τα ναρκωτικά παγκοσμίως, στο 1,1%, αλλά ο επιπολασμός κατά του HCV είναι υψηλότερος από τον παγκόσμιο μέσο όρο, στο 57,1% (Degenhardt et al, 2017, Larney et al., 2017). Η Ρωσία έχει τον τρίτο μεγαλύτερο πληθυσμό ανθρώπων που εγχέουν ναρκωτικά παγκοσμίως (1,9 εκατομμύρια) και μεταξύ του υψηλότερου επιπολασμού του ιού HIV (30,4%) και του επιπολασμού κατά του HCV (68,7%), αλλά πολύ κακής πρόσβασης στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Ο αριθμός των νέων μολύνσεων

από τον ιό HIV στη Ρωσία αυξάνεται (σε αντίθεση με τις παγκόσμιες τάσεις) και περισσότερες από τις μισές νέες μολύνσεις από τον ιό HIV στη χώρα οφείλονται στην χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Εν όψει του εντυπωσιακά υψηλού επιπολασμού του HIV και του HCV, χρειάζονται επείγοντως αυξήσεις στην πρόληψη και η θεραπεία με HIV και HCV (Larney et al., 2017).

Συμπερασματικά, σε παγκόσμιο επίπεδο φαίνεται ότι ο πληθυσμός των XEN σήμερα θεωρείται ένας πληθυσμός «κλειδί» για την εξάπλωση του HIV, με πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα την Ανατολική Ευρώπη και την Κεντρική Ασία, όπου το 51% των νέων περιστατικών HIV για το έτος 2014 αφορούσαν XEN (UNAIDS, 2016), καθώς και η επιδημία του HIV-1 που παρατηρήθηκε στον πληθυσμό των XEN στην Αθήνα, το έτος 2011 (Paraskevis et al., 2011).

Η εμπειρία από την έλλειψη στέγης, η σύλληψη, η φυλάκιση και σεξουαλική εργασία μπορεί να αυξήσει την έκθεση των XEN σε HIV, HCV και HBV και να αυξήσει τους κινδύνους σωματικής και ψυχικής υγείας. Η ηλικία, το φύλο και οι τύποι των φαρμάκων που γίνονται ενέσιμα σχετίζονται με τον κίνδυνο ιού που μεταδίδεται με αίμα μεταξύ των XEN και μπορεί να απαιτούν πολύ διαφορετικές αντιδράσεις θεραπείας και μείωσης της βλάβης (Degenhardt et al, 2017).

Διαχρονικά, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι μια ολοένα και πιο σημαντική αιτία μετάδοσης του ιού HIV στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σε παλιότερη συστηματική ανασκόπηση εκτιμάται ότι 3,0 εκατομμύρια χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών είναι θετικοί στον ιό HIV κυρίως στην Ανατολική Ευρώπη, την Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία και τη Λατινική Αμερική (Mathers et al, 2008).

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα σχετικά με την εξάπλωση του HIV εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (31 χώρες της ΕΕ), 29. 992 διαγνωσθέντα άτομα κατοικούν στις χώρες της ΕΕ. Το 4% των νέων μεταδόσεων του ιού συνολικά φαίνεται να συμβαίνει μεταξύ XEN. Επίσης, εκτιμάται ότι την τελευταία δεκαετία, το πλήθος των HIV(+) στους MSM συνεχώς αυξάνει. Αντίστοιχα, στον πληθυσμό των XEN καταγράφεται μια έκρηξη από το 2010 μέχρι το 2012, ενώ μετά οι ρυθμοί μετάδοσης φαίνεται να φθίνουν. Πιο αναλυτικά, την πενταετία 2010-2014 συνεχώς παρατηρούνται πολλά νέα περιστατικά HIV στις χώρες της ΕΕ. Πάρα τις προσπάθειες, ο ρυθμός μετάδοσης του ιού στις χώρες της ΕΕ παραμένει σχεδόν σταθερός, με μια ίσως ελάχιστη μείωση (ECDPC & WHO, 2015). Κατά τη διάρκεια όλης αυτής περιόδου, το μεγαλύτερο ποσοστό νέων περιστατικών HIV αφορούσαν MSM. Παράλληλα, αν και συνεχώς παρατηρούνται νέα κρούσματα HIV σε XEN, και

παρά τη μεγάλη έκρηξη των νέων διαγνώσεων HIV σε XEN που παρατηρήθηκε σε Ελλάδα και Ρουμανία τα έτη 2011 και 2012, ο ρυθμός μετάδοσης του ιού σε αυτό τον πληθυσμό φθίνει συνεχώς εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ECDPC & WHO, 2015).

Ωστόσο, οι επιδημικές εκρήξεις σε Ελλάδα και τη Ρουμανία, υποδεικνύει ότι τέτοια έντονα φαινόμενα μπορούν να ξεσπάσουν ανά πάσα στιγμή. Άλλωστε, πριν το 2011 -οπότε και εντοπίστηκε σημαντική αύξηση της εξάπλωσης του HIV στους XEN σε Ελλάδα και Ρουμανία,- δεν προμήνυαν τις επιδημίες, καθώς η εξάπλωση της HIV-λοίμωξης μεταξύ των XEN στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες ήταν πολύ περιορισμένη. Μόλις στα τέλη αυτής της πενταετίας άρχισε να παρατηρείται κάποια αύξηση στο ρυθμό μετάδοσης του HIV σε XEN στις δύο χώρες, όταν πλέον το φαινόμενο εξελισσόταν και ήταν αρκετά αργά για να προληφθεί (Pharris et al., 2011, Nakagawa et al., 2014, Wiessing et al., 2011).

Σύμφωνα με τελευταία στοιχεία για το έτος 2014, η μεταναστευτική ροή κυρίως από χώρες της ανατολής προς την Ευρώπη (και την Ελλάδα) δημιουργεί συνθήκες που θα μπορούσαν να ευνοήσουν νέα περιστατικά εκρήξεων στη μετάδοση του HIV μεταξύ των XEN ή και άλλων πληθυσμών, με δεδομένο ότι τα έτη 2015 και 2016 υπάρχει μεταναστευτικό κύμα στην Ευρώπη (ECDPC & WHO, 2015).

Το 2016 κοινοποιήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση 1.027 νεοδιαγνωσθέντα κρούσματα HIV σε άτομα τα οποία προσβλήθηκαν λόγω ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, αριθμός που αντιπροσωπεύει το 5% του συνόλου των διαγνωσθέντων κρουσμάτων για τα οποία η οδός μετάδοσης είναι γνωστή. Τα νέα κρούσματα λοίμωξης από τον HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών μειώθηκαν στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, καταγράφοντας συνολική μείωση 51% στο διάστημα από το 2007 έως το 2016. Παρά ταύτα η ενέσιμη χρήση εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική οδό μετάδοσης σε κάποιες χώρες. Το 2016, σύμφωνα με στοιχεία από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), πάνω από το ένα τέταρτο των νεοδιαγνωσθέντων κρουσμάτων HIV σε Λιθουανία (47%), Λουξεμβούργο (29%) και Λετονία (27%) αποδίδονταν στην ενέσιμη χρήση. Στην Ρουμανία και την Ελλάδα, παρότι ο αριθμός των νέων κρουσμάτων HIV που αποδίδονται σε ενέσιμη χρήση ναρκωτικών συνέχισε να μειώνεται το 2016, παραμένει πάνω από τα επίπεδα που αναφέρονταν πριν από τις επιδημικές εξάρσεις του 2012 (EMCDDA, 2018).

1.4. Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV) στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών παγκοσμίως

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) είναι μια χρόνια ιογενής λοίμωξη που μεταδίδεται στο αίμα και είναι παγκόσμιας σημασίας (Nelson et al., 2011, Degenhardt, 2017). Περίπου 160 εκατομμύρια άνθρωποι, ή το 2-3% του παγκόσμιου πληθυσμού, έχουν χρόνια HCV. Η χρόνια HCV αντιπροσωπεύει το ένα τέταρτο των περιπτώσεων κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου (HCV) (Nelson et al., 2011, WHO, 2014). Η συντριπτική πλειοψηφία των περιστατικών και των επικρατούντων λοιμώξεων από τον ιό HCV στον κόσμο σχετίζεται με μη ασφαλείς ιατρικές και παράνομες ενέσεις ναρκωτικών. Στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος, η κύρια οδός μετάδοσης HCV οφείλεται στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Η HCV είναι συγκεντρωμένη σε XEN στις χώρες αυτές (Nelson et al., 2011) και περίπου 50-80% των XEN είναι χρόνια μολυσμένοι (Nelson et al., 2011, Smith, 2015). Παρά τον υψηλότερο επιπολασμό και μεταδοτικότητα που έχουν οι ηπατίτιδες στους XEN έχουν λάβει διεθνώς πολύ λιγότερο προσοχή συγκριτικά με τον ιό HIV. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν βασική ομάδα-στόχο για την πρόληψη και τη θεραπεία της ιογενούς ηπατίτιδας (Nelson et al, 2011). Πάνω από το ήμισυ (52,3%) των XEN έχουν αντι-HCV, υποδηλώνοντας το ενδεχόμενο χρόνιας μόλυνσης από HCV.

Τρεις περιοχές εκτιμάται ότι συγκεντρώνουν τους μεγαλύτερους πληθυσμούς XEN, η ανατολική και νοτιοανατολική Ασία, η ανατολική Ευρώπη, και η Βόρεια Αμερική. Επίσης, εκτιμάται ότι έχουν χαμηλή κάλυψη προγραμμάτων βελόνων και συριγγών και θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών. Η επικράτηση του ιού HIV στις περιοχές αυτές εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 9%, στη Βόρεια Αμερική έως το 25% (16-34) στην Ανατολική Ευρώπη και ο επιπολασμός του HCV αντισώματος από το 50% στην ανατολική και νοτιοανατολική Ασία σε 65% στην ανατολική Ευρώπη (Larney et al., 2017).

Σύμφωνα με παγκόσμια στοιχεία από συστηματική ανασκόπηση το 2007, σε 16 εκατομμύρια χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) η πλειοψηφία έχει μολυνθεί από HCV (10,0 εκατομμύρια XEN είναι θετικοί για anti-HCV), 6,4 εκατομμύρια XEN είναι anti-HBc θετικοί και 1,2 εκατομμύρια είναι θετικοί για HBsAg (Nelson et al, 2011).

Ο HCV μεταδίδεται εξαιρετικά αποτελεσματικά μέσω παρεντερικής έκθεσης σε μολυσματικό αίμα και ο επιπολασμός της μόλυνσης από HCV σε XEN κυμαίνεται

συνήθως μεταξύ 40% και 90%, ανάλογα με τη γεωγραφική θέση και τη διάρκεια της έκθεσης στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών (Hagan et al, 2008). Έχουν αναφερθεί εξαιρετικά υψηλά ποσοστά επικράτησης HCV-μεταξύ 85% και 98% (Eicher et al, 2000, Kuo et al, 2006, Van de Laar et al, 2005). Ωστόσο, έχουν καταγραφεί ποσοστά συχνότητας εμφάνισης πάνω και κάτω από αυτό το εύρος, με ορισμένα από τα υψηλότερα ποσοστά που παρατηρήθηκαν σε νεοεισερχόμενους χρήστες ναρκωτικών και σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (Hagan et al, 2008, Van den Berg et al, 2007, Maher et al, 2007, Garten et al, 2004).

Η οξεία μόλυνση με HCV έχει ως αποτέλεσμα χρόνιες μεταφορές σε ποσοστό 70% -80% των περιπτώσεων και το 20% -25% των ατόμων με επίμονη λοίμωξη θα εμφανίσει ηπατική νόσο που μπορεί να εκδηλωθεί ως κίρρωση, ηπατική ανεπάρκεια ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (Burke et al, 2010). Στις Ηνωμένες Πολιτείες αναμένεται ότι η θνησιμότητα που σχετίζεται με τον HCV θα ξεπεράσει τη θνησιμότητα που σχετίζεται με τον ιό HIV τα επόμενα χρόνια (Deuffic-Burban, 2010). Δεν υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HCV (Grebely et al, 2009). Η θεραπεία για μόλυνση με HCV είναι δαπανηρή και οι XEN είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία της λοίμωξης από άλλες ομάδες ασθενών (Grebely et al, 2009 Stooné et al, 2005). Έτσι, η πρόληψη της πρωτοπαθούς μόλυνσης από τον ιό HCV μεταξύ των XEN είναι ένα θέμα δημόσιας υγείας μείζονος σημασίας και απαιτούνται συμπεριφορικές και δομικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της μετάδοσης του HCV μεταξύ των XEN.

Η HCV λοίμωξη εμφανίζει υψηλό επιπολασμό στους XEN σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα επίπεδα αντισωμάτων κατά του ιού HCV, τα οποία δηλώνουν παρούσα ή παρελθούσα λοίμωξη, κυμαίνονται από 15% έως 82% στα εθνικά δείγματα χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών κατά το διάστημα 2015-2016. Ενώ, 6 από τις 13 χώρες που διαθέτουν στοιχεία εθνικής εμβέλειας αναφέρουν ποσοστό επιπολασμού άνω του 50%. Πτωτική τάση του επιπολασμού ανέφεραν 4 χώρες, ενώ σε 2 παρατηρείται αύξηση. Ο επιπολασμός του HCV είναι υψηλότερος στους XEN μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τους νεότερους, γεγονός που αναδεικνύει τη συσσώρευση κινδύνων με την πάροδο των ετών και τη μεγαλύτερη επιβάρυνση των μεγαλύτερης ηλικίας χρηστών από λοιμώξεις . Στους XEN η λοίμωξη από τον ιό της HBV είναι λιγότερο διαδεδομένη από τη λοίμωξη από τον HCV. Ωστόσο, για τον συγκεκριμένο ιό η παρουσία του επιφανειακού αντιγόνου του HBV υποδεικνύει παρούσα λοίμωξη, η οποία μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Σε 7 χώρες που διαθέτουν εθνικά στοιχεία,

εκτιμάται ότι από 1,5% έως 11% των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών έχουν προσβληθεί από τον HBV (EMCDDA, 2018).

1.5. Η κατάσταση στην Ευρώπη

Η επικράτηση της επικίνδυνης χρήσης οπιοειδών στους ενήλικες (15-64 ετών) εκτιμάται σε 0,4% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1,3 εκατομμύρια προβληματικούς χρήστες οπιοειδών το 2016. Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών συνδέεται κυρίως με τη χρήση οπιοειδών, παρότι σε μικρό αριθμό χωρών, πρόβλημα αποτελεί η ενέσιμη χρήση διεγερτικών όπως οι αμφεταμίνες ή η κοκαΐνη. Εκτιμήσεις για την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών από το 2011, διαθέτουν μόνο 16 χώρες, οι οποίες κυμαίνονται από λιγότερους από 1 έως 9 χρήστες ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Τα οπιοειδή δηλώνονται ως η κύρια ουσία ενέσιμης στην πλειονότητα (14) των χωρών, η ηρωίνη αναφέρεται σε 13 από τις χώρες αυτές. Τα οπιοειδή αποτελούν στο 36% την κύρια ουσία χρήσης του συνόλου των αιτήσεων θεραπείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. 628.000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπείας υποκατάστασης το 2016 στην Ευρώπη. Ποσοστό των 27% των χρηστών ηρωίνης που ξεκίνησαν θεραπεία για πρώτη φορά το 2016 αναφέρουν ότι κάνουν κυρίως ενέσιμη χρήση, τα επίπεδα ενέσιμης διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα, κυρίως ενέσιμη χρήση αναφέρουν το 1% των χρηστών. Η θεραπεία στην Ευρώπη παρέχεται ως επί το πλείστον σε πλαίσια εξωτερικής παραμονής. Η θεραπεία υποκατάστασης συνιστά την επικρατέστερη θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες οπιοειδών (EMCDDA, 2018).

Ο επιπολασμός ενέσιμης χρήσης έχει τάση μείωσης σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία αλλά εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τις πολιτικές στον τομέα της δημόσιας υγείας. Στους χρήστες ηρωίνης που εισάγονται για πρώτη φορά σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας η ενέσιμη χρήση βρίσκεται στα χαμηλότερα επίπεδα της δεκαετίας, παρότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών. Μερικοί από τους δείκτες επιβλαβών για την υγεία συνεπειών που συνδέονται με τη συγκεκριμένη οδό χορήγησης και ειδικότερα τα ποσοστά νέων διαγνωσθέντων κρουσμάτων HIV που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, εμφανίζουν παράλληλη καθοδική πορεία. Πολλοί μακροχρόνιοι χρήστες οπιοειδών στην Ευρώπη, συνήθως με ιστορικό πολλαπλής χρήσης ουσιών είναι πλέον στην πέμπτη ή έκτη δεκαετία της ζωής τους. Ιστορικό ενέσιμης χρήσης και κακή κατάσταση της υγείας, κακές συνθήκες διαβίωσης εκθέτουν τους συγκεκριμένους χρήστες σε διάφορα

χρόνια προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων καρδιαγγειακών και πνευμονικών παθήσεων (EMCDDA, 2017). Το διάστημα αμέσως μετά την αποφυλάκιση εγκυμονεί ιδιαίτερα μεγάλους κινδύνους για όσους έχουν ιστορικό χρήσης οπιοειδών. Για το λόγο αυτό αρκετές χώρες έχουν αναπτύξει καινοτόμα προγράμματα εκπαίδευσης των αποφυλακισμένων χρηστών. Το 2016 στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρθηκαν περίπου 1,5 εκατομμύρια αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, αριθμός αυξημένος κατά 33% σε σύγκριση με το 2006. Τα περισσότερα από αυτά τα αδικήματα (74%) αφορούσαν χρήση ή κατοχή (EMCDDA, 2018).

Τα στοιχεία σχετικά με την επικράτηση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών στις ευρωπαϊκές χώρες είναι πολύ ετερογενή. Έχει αναφερθεί υψηλότερος επιπολασμός συννοσηρότητας σε πληθυσμούς που χρησιμοποιούν ναρκωτικά από ότι σε πληθυσμούς που δεν χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Οι συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ των χρηστών παράνομων ουσιών είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους (κυρίως διαταραχές πανικού και μετατραυματικού στρες) και οι διαταραχές της προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνικές και οριακές). Υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τη μελέτη της ψυχιατρικής συννοσηρότητας των χρηστών ναρκωτικών και υπάρχει μια ανεπιτυχής ανάγκη για αξιόπιστα μέσα και κοινές μεθοδολογίες για τον προσδιορισμό του μεγέθους της στην Ευρώπη, προκειμένου να υπάρξει καλύτερη θεραπεία (EMCDDA, 2015).

Η ηρωίνη εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό (περίπου 80%) των νέων αιτήσεων θεραπείας για τα ναρκωτικά από οπιοειδή στην Ευρώπη. Η συνολική μείωση των αιτήσεων θεραπείας για την ηρωίνη -η οποία παρατηρείται από το 2007- δεν είναι πλέον έκδηλη. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η ανοδική εκτίμηση στην Ευρώπη όσον αφορά τους θανάτους από υπερβολική δόση, για τρίτη συνεχόμενη χρονιά με κύρια ουσία την ηρωίνη να ανιχνεύεται στο 81% των θανάτων από υπερβολική δόση (EMCDDA, 2017).

1.6. Η κατάσταση στην Ελλάδα

1.6.1 Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε ειδικούς πληθυσμούς- Προβληματική χρήση

Το μέγεθος του πληθυσμού που εμφανίζει υψηλού κινδύνου συμπεριφορά εκτιμάται σε ετήσια βάση από το 2002 από το ΕΚΤΕΠΝ με τη μέθοδο capture-recapture, η οποία εφαρμόζεται σε τρεις πηγές στοιχείων από θεραπευτικές μονάδες στα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας. Σε αυτή τη μεθοδολογία η

προσαρμογή ενός κατάλληλου στατιστικού μοντέλου στις εγγραφές χρηστών από τρεις πηγές πληροφόρησης επιτρέπει την εκτίμηση του μεγέθους του «κρυμμένου πληθυσμού» των χρηστών που δεν παρουσιάστηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά τη διάρκεια του έτους. Σύμφωνα με αυτή τη διαδικασία, ως προβληματικός χρήστης ορίζεται εκείνος που κάποια στιγμή θα ζητήσει τη βοήθεια μιας θεραπευτικής υπηρεσίας για τη χρήση ηρωίνης (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Αναφορικά με τους χρήστες υψηλού κινδύνου (Πίνακας 1.3), σταθερός παραμένει ο αριθμός τους από το 2010 –γύρω στους 17.000– από τους οποίους οι 8.500 περίπου βρίσκονται στην Αττική (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Πίνακας 1.3: Εκτιμήσεις του αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου με ηλικία 15-64 ετών και με κύρια ουσία τα οπιοειδή ανά φύλο και ηλικία, 2016 (ΕΚΤΕΠΝ, 2018)

	Εγγραφές	Κρυμμένος πληθυσμός (1)	Εκτίμηση του συνολικού πληθυσμού	
			Πληθυσμός	95% δ.ε. (2)
Σύνολο	2.830	14.237	17.067	14.663 - 20.103
Φύλο				
Άνδρες	2.461	12.671	15.132	12.838 - 18.085
Γυναίκες	369	1.607	1.976	1.371 - 3.088
Ηλικία				
15-24	143	349	492	335 - 816
25-34	1.014	4.551	5.525	4.360 - 7.224
35-64	1.673	8.907	10.580	8.641 - 13.231
Τόπος διαμονής				
Αττική	1.333	7.263	8.596	6.794 - 11.193

Σημειώσεις. (1) Εκτίμηση του αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου που δεν καταγράφηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά το έτος 2016. (2) Διάστημα εμπιστοσύνης.

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2018.

Για το έτος 2016, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή είναι 17.067 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 14.663 – 20.103. Σε σχέση με το μέγεθος του γενικού πληθυσμού αυτής της ηλικίας, αντιπροσωπεύει μία αναλογία 2,46 τοις χιλίοις (95% δ.ε. 2,11 – 2,90). Η συνολική εκτίμηση δε διαφέρει ουσιαστικά από την αντίστοιχες εκτιμήσεις για το 2013 και 2014. Κατά συνέπεια, ο συνολικός αριθμός χρηστών φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί, σε ένα χαμηλότερο επίπεδο από τη μέγιστη εκτίμηση των 24.000 χρηστών το 2009. Η συνολική εκτίμηση του αριθμού των χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα είναι 4.173 άτομα (95% δ.ε. 3.376 – 5.303), η οποία διαχρονικά είναι εμφανώς χαμηλότερη (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Για το έτος 2012 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη είναι 20.429 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 18.232 – 22.968. Αυτός ο αριθμός είναι πολύ κοντά στην αντίστοιχη εκτίμηση για το 2011 (η οποία ήταν 20.473 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 18.529 έως 22.688). Η συνολική εκτίμηση του αριθμού προβληματικών χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα είναι 7.651 (95% δ.ε. 6.616 – 8.914), Κατά συνέπεια, η εκτίμηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί στο επίπεδο των ετών 2006-2008 ύστερα από μια σχετική αύξηση το 2009 και 2010 (ΕΚΤΕΠΝ, 2013). Ειδικότερα, για το έτος 2010 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη ήταν 22.515 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (δ.ε.) 20.202–25.171. Η σύγκριση όλων των εκτιμήσεων από την πρώτη εφαρμογή της μεθοδολογίας το 2002 δείχνει αυξητική τάση της τάξης των 628 επιπλέον χρηστών κάθε χρόνο. Η συνολική εκτίμηση του αριθμού προβληματικών χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα για το έτος 2010 ήταν 9.439 (95% δ.ε. 8.110 – 11.060) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Επομένως και στον αριθμό χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση διαχρονικά υπάρχει τάση μείωσης (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η επικίνδυνη χρήση ουσιών στην Ελλάδα οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ενέσιμη χρήση οπιοειδών, κυρίως της ηρωίνης. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο αριθμός των υψηλού κινδύνου χρηστών ηρωίνης έχει μειωθεί από το 2010. Η ηρωίνη παραμένει η κυριότερη αιτία αναζήτησης εξειδικευμένης θεραπείας στην Ελλάδα. Αυξητική τάση σημειώθηκε στους αναφερθέντες θανάτους από τα ναρκωτικά και στην Ελλάδα για το έτος 2015, μετά από μια περίοδο μείωσης των θανάτων από το 2005 (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Συνεχίστηκε και το 2015 η μείωση του συνολικού ετήσιου αριθμού των ατόμων που εισήλθαν στη θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών, η οποία είχε ξεκινήσει μετά το 2012. Η μείωση αυτή χαρακτηρίζει όλους τους τύπους προγραμμάτων αλλά είναι εντονότερη στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Οι μειώσεις στον αριθμό των εισόδων που παρατηρούνται μετά το 2012 αφορούν εξίσου την πρώτη θεραπεία και τις περιπτώσεις με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2018). Αξιοσημείωτη είναι η μείωση στην εκτίμηση των προβληματικών χρηστών από το 2010 έως το 2015.

1.6.2. Χαρακτηριστικά των ατόμων που εντάχθηκαν σε Θεραπευτικό Πρόγραμμα-χαρακτηριστικά των αιτήσεων θεραπείας

Η αίτηση για θεραπεία αφορά κάθε περίπτωση που ένα άτομο έχει τουλάχιστον μία επαφή αυτοπροσώπως με ένα θεραπευτικό πρόγραμμα / υπηρεσία για να ξεκινήσει θεραπεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Τουλάχιστον 4314 άτομα με προβλήματα από τη χρήση ουσιών εισήλθαν στα προγράμματα θεραπείας της χώρας το 2016. Ο αριθμός αυτός παρουσίασε αύξηση σε σύγκριση με το 2015 σηματοδοτώντας την ανακοπή της πτωτικής πορείας στις εισόδους στη θεραπεία, η οποία είχε ξεκινήσει από το 2013. Η αύξηση του αριθμού των εισόδων το 2016 συνδέεται σχεδόν αποκλειστικά με τη διάθεση νέων θέσεων στο πρόγραμμα υποκατάστασης στην περιοχή της Αττικής. Περίπου το 70% των ατόμων που εισέρχονται σε θεραπεία αναφέρουν χρήση περισσότερων των μίας ουσίας. Τα οπιοειδή (κυρίως ηρωίνη) ωστόσο συνεχίζουν να αποτελούν τη συχνότερα αναφερόμενη «κύρια» ουσία χρήσης στα άτομα που εισέρχονται στη θεραπεία στην Ελλάδα αναφέρθηκαν από περίπου το 66% των ατόμων που εισήλθαν στη θεραπεία το 2016 (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Συνεχίστηκε το 2016 η πτωτική τάση στο ποσοστό των χρηστών οπιοειδών που αναφέρουν την ένεση ως τον συνήθη τρόπο χρήσης της ουσίας η οποία είχε αρχίσει να διαγράφεται μετά το 2011. Μείωση στο ποσοστό των χρηστών που αναφέρουν πρόσφατη ενέσιμη χρήση, ενώ πτωτική τάση παρουσιάζει διαχρονικά και η κοινή χρήση σύριγγας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών πριν από την είσοδο στη θεραπεία(ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Τα κυριότερα παθολογικά προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν το 2016 σε χρήστες αιτούντες θεραπείας στην Ελλάδα ήταν διάφορες λοιμώξεις (αναπνευστικού, ουρολογικού, γαστρεντερικού και αποστήματα), θρομβοφλεβίτιδες, έλκη, τραύματα, διαβήτη, επιληψία, ψώρα, άσθμα, πονοκέφαλοι και περιφερικές νευροπάθειες. Τα λιγοστά διαθέσιμα στοιχεία που έχουν συλλεγεί από εξειδικευμένες δομές που προσφέρουν θεραπεία σε χρήστες ναρκωτικών με ψυχιατρική συννοσηρότητα αναφέρουν ως κύρια ψυχιατρικά προβλήματα: ψυχώσεις (σχιζοφρενικού και άλλου τύπου), διαταραχές προσωπικότητας, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη και δυσθυμία. Όλοι ήταν πολυχρήστες με κύρια ουσία χρήσης για τους περισσότερους την ηρωίνη και δευτερεύουσες ουσίες κατάχρησης/εξάρτησης κατά σειρά τις βενζοδιαζεπίνες, την κάνναβη, το αλκοόλ, τα ψευδαισιογόνα, τα αντιπαρκινσονικά, τη μεθαδόνη και την κοκαΐνη. Πάνω από το ένα τέταρτο (26,7%) των χρηστών ναρκωτικών που

βρίσκονταν σε θεραπεία έχουν διαγνωσθεί για κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

1.6.3. Ενδοφλέβιοι Χρήστες Ναρκωτικών και Λοιμώδη Νοσήματα

Τα τελευταία χρόνια η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας C (HCV). Η χρήση ναρκωτικών αποτελεί την τρίτη πιο συχνή κατηγορία μετάδοσης του HIV στην Ελλάδα. Οι Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (XEN) είναι η κύρια ομάδα κινδύνου στην Ελλάδα, εξαιτίας της κοινής χρήσης συνέργων χρήσης. Στην Αθήνα εκτιμάται ότι υπάρχουν 8.800 XEN, ένας πληθυσμός με δυσανάλογο φορτίο HIV λοίμωξης και ηπατίτιδας C παγκοσμίως. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το 85% των XEN που προσεγγίζουν τα προγράμματα υποκατάστασης με οπιοειδή, έχει έρθει σε επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας C.

Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV) είναι μείζον ζήτημα υγείας, αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες της ηπατικής νόσου όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως και είναι πιθανή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στο μέλλον. Οι επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα δείχνουν ότι ο επιπολασμός της μόλυνσης από HCV κυμαίνεται από 0,5% έως 2%.

Η παρούσα κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην Ελλάδα φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την επικράτηση του HCV μεταξύ των XEN. Τα δεδομένα πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης στην Ελλάδα (2008-σήμερα) (Hatzakis et al, 2015) αναφέρουν ότι η μείωση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος αντιστρόφως συσχετίζεται με τα ετήσια ποσοστά επικράτησης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και του HCV μεταξύ των XEN (Paraskevis et al, 2013) Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΠΝΤ) και το ECDC επιβεβαιώνουν αυτά τα αποδεικτικά στοιχεία.

Παρά τις διακυμάνσεις τα ενδιάμεσα χρόνια, σε εθνικό επίπεδο ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης στους χρήστες ενέσιμων ουσιών που προσεγγίζουν τις υπηρεσίες απεξάρτησης/μείωσης της βλάβης, κυμάνθηκε το 2015 στα επίπεδα του 2010 ($\approx 62\%$), στους αιτούντες θεραπείας στην Ελλάδα, αλλά ήταν υψηλότερος της περιόδου που προηγήθηκε της τελευταίας δετίας. Υψηλά επίπεδα στην HCV λοίμωξη είναι ενδεικτικά της συνεχιζόμενης υιοθέτησης ενέσιμης συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου στον πληθυσμό αυτόν (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Διαχρονικά, έως και το 2010 το ποσοστό των περιπτώσεων HIV στις οποίες η μόλυνση οφείλεται σε χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών διατηρούνταν χαμηλό (δεν ξεπερνούσε το 5%) (ΚΕΕΛΠΝΟ 2010). Μέχρι το 2010 η μετάδοση του HIV-1 στην Ελλάδα περιοριζόταν κυρίως μεταξύ των ανδρών που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες (MSN: Men who have Sex with Men) ενώ τα περιστατικά μεταξύ των XEN ήταν λίγα και σποραδικά (Sypsa et al., 2015). Ο αριθμός των κρουσμάτων μόλυνσης από HIV στους XEN για το 2010 δεν ξεπερνούσε τα δεκατέσσερα (N=14), αριθμός που κυμάνθηκε στα ίδια επίπεδα με εκείνους προηγούμενων ετών.). Ωστόσο, με την έναρξη του 2011 ο αριθμός των νέων κρουσμάτων αυξήθηκε σημαντικά, με αποτέλεσμα ήδη στα τέλη Ιουλίου 2011 να έχει ξεπεράσει τα 100. Η μεγαλύτερη αναλογικά αύξηση κρουσμάτων το 2011 καταγράφεται στα στοιχεία του Δικτύου ΕΚΤΕΠΝ τα οποία αφορούν XEN με μεγαλύτερη κατά μέσο όρο ηλικία και με επιβαρυνμένο ιστορικό χρήσης (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η Ελλάδα ανέφερε τοπική επιδημική έξαρση νέων κρουσμάτων HIV το 2011 στους XEN της Αθήνας (EMCDDA, 2017). Μέχρι τότε, όπως αναφέρθηκε, η επιδημία HIV στην Ελλάδα ήταν σε χαμηλά επίπεδα, κυρίως μέσω σεξουαλικής επαφής μεταξύ ανδρών, με μόνο μερικές νέες διαγνώσεις που αναφέρονταν ετησίως μεταξύ των ενέσιμων χρηστών. Η επιδημία του 2011 συνέβη στο πλαίσιο των χαμηλών επιπέδων παροχής υπηρεσιών μείωσης της βλάβης και σοβαρής οικονομικής ύφεσης (Sypsa et al, 2017).

Στο πρώτο επτάμηνο του 2011 ο συνολικός αριθμός των δηλωθέντων περιπτώσεων HIV/AIDS που αφορούσαν την κατηγορία των XEN είχε σχεδόν οκταπλασιαστεί συγκριτικά με το 2010 (N=113) (Paraskevis et al 2011), με την αύξηση αυτήν μάλιστα να συνεχίζεται. Το δε ποσοστό των XEN, ως κατηγορία μετάδοσης, από 2,5% που ήταν το 2010 ανήλθε κατά το πρώτο επτάμηνο του 2011 στο 20,2%. Τα στοιχεία και από τα δύο παραπάνω, ανεξάρτητα συστήματα τεκμηρίωσης (ΕΚΤΕΠΝ και ΚΕΕΛΠΝΟ) παραπέμπουν ευθέως στην υπόθεση περί επιδημικής έκρηξης του ιού του HIV στους XEN, ιδιαίτερα αυτών που ζουν στο Νομό Αττικής (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η έξαρση αυτή του HIV στους XEN δεν περιορίστηκε μόνο στο έτος 2011, αλλά συνεχίστηκε και τα επόμενα χρόνια. Από το 2013, ο ρυθμός των διαγνώσεων μειώνεται στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών. Ενδεικτικά τα έτη 2013 και 2014 ο ρυθμός μετάδοσης του ιού στους XEN στην Ελλάδα είχε πτωτική τάση (επιπολασμός HIV σε XEN από 9.5 το 2012, σε 7.2 το 2013 και 5.9 το 2014).

Ωστόσο, αυτή η ύφεση δεν αποκλείει νέα αύξηση στη συγκεκριμένη ομάδα ή σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες στο μέλλον (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2015).

Πίνακας 1.4: HIV διαγνώσεις κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος διάγνωσης στην Ελλάδα (2010-2017) (ΠΗΓΗ: ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017)



Περαιτέρω ανακοπή της επιδημικής αύξησης της HIV λοίμωξης στους χρήστες ενέσιμων ουσιών παρατηρήθηκε το 2015, η οποία φαίνεται να συνεχίζεται σύμφωνα και με τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ για τους πρώτους 10 μήνες του 2016. Το 2015 δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ 70 νέες περιπτώσεις HIV οροθετικών με την «ενέσιμη χρήση» ως πιθανή κατηγορία μετάδοσης, αριθμός μειωμένος κατά περίπου 34% συγκριτικά τόσο με το 2014 και κατά 87% συγκριτικά με το 2012 (οπότε και καταγράφηκε ο υψηλότερος αριθμός νέων διαγνώσεων) (Πίνακας 1.4, ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017). Ο επιπολασμός της HIV λοίμωξης σε δείγματα χρηστών ενέσιμων ουσιών που προσέγγισαν υπηρεσίες απεξάρτησης ή μείωσης της βλάβης παρουσίασε σταθερότητα το 2015 -κυμάνθηκε μεταξύ 6% και 9% (στοιχεία πανελλήνιας κάλυψης), με τα επίπεδα της λοίμωξης να είναι υψηλότερα στην Αττική (μεταξύ 11% και 15%).

Εν κατακλείδι, τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η μετάδοση της HCV και του HIV συνεχίζεται στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στην Αθήνα, αλλά όσον αφορά τον HIV βρίσκεται σε χαμηλότερα ποσοστά από ότι την περίοδο 2011-13.

Η μείωση του αριθμού των νέων διαγνώσεων φαίνεται να συνδέεται με το έργο των προγραμμάτων πρόληψης, ευαισθητοποίησης και μείωσης της βλάβης που αναπτύχθηκαν μετά την επιδημική έκρηξη το 2011 (ιδιαίτερα το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ). Απόρροια αυτών είναι η αλλαγή των προτύπων στη λήψη των ουσιών και ο περιορισμός των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Ενδεχομένως, αυτή η μείωση να επηρεάζεται και από τη μείωση του αριθμού των εξετάσεων που καταγράφεται τα τελευταία χρόνια λόγω περιορισμού των διαθέσιμων πόρων. Επίσης, ενδέχεται να συνδέεται με τις μειώσεις

στον αριθμό των εισαγωγών στη θεραπεία και της μη-συνέχισης προγραμμάτων μείωσης της βλάβης, τα οποία ενθάρρυναν τους ελέγχους και την παραπομπή των οροθετικών χρηστών στη θεραπεία και, κυρίως με τις παρατηρούμενες σποραδικές ελλείψεις σε αντιδραστήρια για τοξικολογικούς ελέγχους και εξετάσεις αίματος στα προγράμματα υποκατάστασης. Συνεπώς, είναι σημαντικό να δημιουργηθούν εκ νέου οι συνθήκες που ευνοούν την εντατικοποίηση των ελέγχων και τη διευκόλυνση της πρόσβασης των εξαρτημένων ατόμων στην υποκατάσταση (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

1.6.4. Πρόγραμμα «Αριστοτέλης»

Στα πλαίσια της περιγραφής και ταυτόχρονα του περιορισμού της επιδημίας του HIV-1 στους XEN της Αθήνας, σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ (Hatzakis et al., 2015). Το Πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ σχετικά με «Υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και στις υψηλού κινδύνου επαφές τους για την αντιμετώπιση της επιδημικής έκρηξης HIV/AIDS», υλοποιήθηκε στην Αθήνα κατά την περίοδο 2012-2013 από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και τον ΟΚΑΝΑ. Ο ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ στόχευε στη διερεύνηση των επιδημιολογικών, συμπεριφορικών και ιολογικών χαρακτηριστικών της HIV επιδημίας στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην Αθήνα, την έγκαιρη παρέμβαση στους χρήστες και στο άμεσο περιβάλλον τους (οροθετικοί και οροαρνητικοί), την εκτίμηση του επιπολασμού HIV-1 και την αναστολή της επιδημικής έξαρσης. Στόχος του προγράμματος ήταν να εντοπισθούν σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα όσο το δυνατόν περισσότεροι XEN στην Αθήνα, ώστε να ενημερωθούν σχετικά με το πώς μπορούν να προφυλαχθούν από την μετάδοση του HIV, να εξετασθούν για το αν έχουν προσβληθεί και τελικά να γίνει ένταξη των HIV(+) σε πρόγραμμα αντιετρωϊκής θεραπείας.

Οι τέσσερις άξονες του προγράμματος: εντοπισμός, εξέταση, θεραπεία και περιορισμός της εξάπλωσης, ήταν τα βασικά χαρακτηριστικά τα οποία το έκαναν τόσο ξεχωριστό και του επέτρεψαν να πετύχει τους βασικούς του στόχους. Λόγω της εκρηκτικής φύσης της επιδημίας, ο διαθέσιμος χρόνος ήταν περιορισμένος. Έτσι, οι ερευνητές ενήργησαν πολύ πιο γρήγορα, και τελικά πέτυχαν να προλάβουν και να εμποδίσουν την εξάπλωση της επιδημίας σύντομα και αποτελεσματικά (Hatzakis & Malliori, 2014). Στο πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ συμμετείχαν συνολικά 3320 XEN σε διάρκεια 16 μηνών, αποτελώντας το μεγαλύτερο RDS (Respondent Driven Sampling- τύπος δειγματοληψίας προσέγγισης κρυμμένων πληθυσμών) πρόγραμμα -

δικτύων μετάδοσης του ιού και δικτύων ενδοφλέβιας χρήσης- που πραγματοποιήθηκε ποτέ σε μία μόνο πόλη.

Η κάλυψη του προγράμματος επί του συνολικού πληθυσμού των XEN στην Αθήνα εκτιμήθηκε περίπου στο 96% (Hatzakis et al., 2015). Αναλύσεις βασισμένες σε δεδομένα του προγράμματος ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ έδειξαν ότι ο κίνδυνος HIV λοίμωξης είναι υψηλότερος όταν οι ενεργοί χρήστες είναι άστεγοι, έχουν φυλακιστεί, κάνουν ενέσιμη χρήση καθημερινά, έχουν κάνει κοινή χρήση σύριγγας τις τελευταίες 30 ημέρες, χρησιμοποιούν κοκαΐνη ή συνδυασμό κοκαΐνης και ηρωίνης (σπίντμπολ), δεν έχουν μπει στο παρελθόν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και ανήκουν σε διευρυμένο δίκτυο ενέσιμων χρηστών (Hatzakis et al, 2015).

Ειδικότερα, ο εκτιμώμενος επιπολασμός του ιού HIV ήταν 16,5% (Sypsa et al, 2017). Η κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη για το 83,4% των συμμετεχόντων. Η μέση διάρκεια της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών ήταν 12 έτη. Το 11,3% των συμμετεχόντων ήταν νέοι ενέσιμοι χρήστες (≤ 2 χρόνια χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών). Σημαντικό ποσοστό όλων των συμμετεχόντων (42,6%) έκανε ενέσιμη χρήση περισσότερες από μία φορές την ημέρα. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (59,6%) δήλωσαν ότι δεν είχαν ποτέ μοιραστεί σύριγγες κατά το παρελθόν έτος (αλλά η κοινή χρήση άλλου εξοπλισμού εμφανίστηκε συχνότερα). Όταν οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για την τελευταία φορά που έκαναν ένεση με κάποιον άλλο, το 19,5% ανέφερε ότι είχε μοιραστεί σύριγγα. Η έλλειψη στέγης συνδέθηκε έντονα με τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV: το 33,0% των άστεγων και το 15,2% των στεγασμένων XEN εμφάνισε τον ιό HIV θετικό (Sypsa et al, 2015). Βρέθηκε πως οι Έλληνες και οι μη Έλληνες δεν κινδυνεύουν σε διαφορετικό βαθμό για μετάδοση με HIV, αν και φάνηκε πως τα άτομα από Αφγανιστάν και από Ιράν ήταν πιο πιθανό να είναι HIV(+) (Sypsa et al., 2015). Η εξάπλωση του HIV σε νέους XEN (NXEN) φάνηκε να είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους XEN που κάνουν μακροχρόνια χρήση. Μεταξύ άλλων παραγόντων, η έλλειψη στέγης, ο τύπος ναρκωτικών που χρησιμοποιείται και η συχνότητα που γίνεται η χρήση ναρκωτικών και η συχνότητα με την οποία μοιράζεται σύριγγες ή άλλο εξοπλισμό χρήσης ένας XEN, φαίνεται να επηρεάζουν την εξάπλωση της επιδημίας (Sypsa et al., 2015).

Στα συμπεράσματα του προγράμματος ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ επισημάνθηκε ότι οι προσπάθειες για τη μείωση της μετάδοσης του ιού HIV θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την έλλειψη στέγης καθώς και να αυξήσουν τις υπηρεσίες πρόληψης, όπως η διανομή των βελόνων και των συριγγών και άλλες παρεμβάσεις μείωσης του κινδύνου.

1.6.5. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα επηρεάστηκε περισσότερο από την οικονομική αναταραχή που ξεκίνησε το 2007 από οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα, είναι ίσως η πιο πληγείσα χώρα από την ευρωπαϊκή χρηματοπιστωτική κρίση. Η οικονομική κρίση είναι μια πραγματικότητα σε εξέλιξη και η αξιολόγηση των επιπτώσεων της ήδη καταγράφονται. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, τα χρέη, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός φαίνεται να οδηγούν σε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυξημένη αυτοκτονία. Το αλκοόλ και η χρήση ουσιών και η μείωση του κρατικού προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες υγείας ενισχύουν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία (Stavrianakos et al., 2014).

Η ανεργία, σύμφωνα με δελτίο της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, σημειώνει εκρηκτική άνοδο, από 7,4% το 2008 σε 27,6% το 2013, με τον αριθμό των ανέργων να υπερβαίνει το 1,5 εκατομμύριο. Ολοένα και περισσότεροι πολίτες βρίσκονται αντιμέτωποι με συρρίκνωση ή παντελή έλλειψη πρόσβασης σε υγειονομική φροντίδα, λόγω απώλειας των ασφαλιστικών δικαιωμάτων τους.

Τόσο οι αναφορές στον τύπο όσο και η σχετική επιστημονική αρθρογραφία αφορούν στην «καταθλιπτική Ελλάδα» και στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των Ελλήνων. Σχετικά με τον γενικό πληθυσμό, καταγράφεται αύξηση της επικράτησης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου από 3,3% το 2008 στο 12,3% το 2013 και επισημαίνεται η ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στον υψηλό βαθμό οικονομικής δυσχέρειας και επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης, με πληττόμενους κυρίως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (45 ετών και άνω), τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, τους έγγαμους, όσους διαβιούν στην Αθήνα και τους ανέργους (Economou et al., 2013). Παράλληλα, παρουσιάζεται αύξηση στην κατανάλωση αντιψυχωτικών, αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων και σχετίζεται με την αύξηση της ανεργίας, την κοινωνική αναστάτωση και την ανισορροπία που επέφερε η οικονομική ύφεση (Madianos, 2011, Economou et al., 2013).

Σε άλλη ερευνητική μελέτη (Μπούρας, 2011) γίνεται αναφορά στη συμβολική κατάρρευση που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι σε συνθήκες ανεργίας/απότομης μείωσης του εισοδήματός τους και τη συμβολή της εν λόγω κατάρρευσης στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, με αναφορά σε στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη.

Από στοιχεία της Εθνικής Γραμμής Βοήθειας για αυτοκτονία προκύπτει ότι το 25% των καλούντων αντιμετώπισαν οικονομικές δυσκολίες το 2010, η αδυναμία αποπληρωμής υψηλών επιπέδων προσωπικών χρεών μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για την αύξηση των αυτοκτονιών. Από άλλη μελέτη, προκύπτει ότι μεταξύ 2007 και 2009 αυξήθηκε η βία και τα ποσοστά ανθρωποκτονίας και κλοπής σχεδόν διπλασιάστηκαν (Kentikelenis et al., 2011).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία καταγράφεται αύξηση στο ποσοστό των αυτοκτονιών στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής ύφεσης περισσότερο από 30%, με πολλαπλάσιες τις ανεπιτυχείς απόπειρες αυτοκτονίας (ΕΨΕ, 2015). Την περίοδο 2008-2011, ο δείκτης αυτοκτονικότητας σημείωσε αύξηση κατά 27% για άτομα ηλικίας 50-54 ετών (Kontaxakis et al, 2013). Σύμφωνα με στοιχεία από το Εθνικό ίδρυμα Έρευνας Αυτοκτονιών για το 2010, παρατηρείται ποσοστό 75% ατόμων κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας με υπερβολική δόση φαρμάκων. Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών συνδέονται με την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών. Στην Ιρλανδία, ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης έγινε αισθητός και μέσα από τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών (15% το 2009). Τα προγράμματα πρόληψης των αυτοκτονιών είναι απαραίτητα για τον ακριβή και έγκαιρο εντοπισμό, την άμεση και αποτελεσματική διαχείριση (Stavrianakos et al, 2014). Απαιτείται ανίχνευση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών σε ομάδες υψηλού κινδύνου και εστίαση της πρόληψης για αυτοκτονίες σε άτομα με απόπειρες και άτομα με κατάθλιψη (Papaioannou et al., 2016).

Η αυστηρή δημοσιονομική λιτότητα συνεχίζεται, η οικονομία υποχωρεί, η πίεση στα συστήματα υγείας αυξάνεται και οι περικοπές του προϋπολογισμού έχουν περιορίσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Παρόλο που υπάρχουν πολλές δυνητικά συγκεχυμένες διαφορές μεταξύ των χωρών που διανύουν οικονομική ύφεση, παρατηρείται ότι, ενώ οι οικονομικές δυσχέρειες θέτουν κινδύνους για την υγεία, η αλληλεπίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας με τις οικονομικές κρίσεις και η ασθενής κοινωνική προστασία είναι αυτό που τελικά φαίνεται να κλιμακώνει τις κοινωνικές και κοινωνικές κρίσεις στην Ευρώπη (Karanikolos et al., 2013). Το παράδοξο είναι πως τη στιγμή που οι οικονομικές και οι κοινωνικές συνθήκες οδηγούν ολοένα και μεγαλύτερο τμήμα του ελληνικού πληθυσμού αλλά και των συνήθων ευάλωτων ομάδων να αναζητούν κοινωνική στήριξη, την ίδια ώρα η δημοσιονομική λιτότητα και η κυριαρχία άλλων προτεραιοτήτων τείνει στη συρρίκνωση των κοινωνικών και των υγειονομικών

υπηρεσιών (Papaioannou et al., 2016). Οι περικοπές στην κοινωνική πρόνοια συνδέονται με αλλαγές στους δείκτες υποσιτισμού, στην πρόσβαση σε προσυμπτωματικούς ελέγχους, στην παιδική θνησιμότητα και στους δείκτες αυτοκτονικότητας.

Οι άμεσες συνέπειες της οικονομικής ύφεσης αφορούν στη διεύρυνση της φτώχειας, στην αύξηση της ανεργίας και της οικονομικής ανισότητας, στη μείωση των κοινωνικών παροχών. Σύμφωνα με δεδομένα από την διεθνή και την ελληνική εμπειρία σχετικά με τις άμεσες αλλά και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της οικονομικής κρίσης στη δημόσια υγεία, τα παραπάνω αφορούν ιδιαίτερα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, εξαρτημένους, μετανάστες, άστεγους, κρατούμενους, άτομα σχετιζόμενα με το σεξ και ευάλωτα νεαρά άτομα.

Η χρήση ουσιών δεν περιορίζεται σε μια κοινωνική μειονότητα ή σε ειδικούς πληθυσμούς. Αφορά στο σύνολο της κοινωνίας και είναι αλληλένδετη με την παραβατικότητα με μια σχέση πολύπλοκη και δαπανηρή. Στο πρόβλημα των εξαρτήσεων η κρίση έχει αρνητικές συνέπειες λόγω πολλών παραγόντων νέες τάσεις και αύξηση χρήσης νόμιμων-παράνομων ουσιών ή άλλων εξαρτητικών συμπεριφορών. Το μεταβαλλόμενο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει τους παράγοντες κινδύνου για τη χρήση ναρκωτικών. Η οικονομική κρίση μπορεί να ενθαρρύνει τη μετάβαση σε φθηνότερα ναρκωτικά και, εάν αυτά χορηγούνται ενδοφλέβια ή / και προκαλούν επικίνδυνη συμπεριφορά, μπορεί να επηρεάσουν τη συχνότητα εμφάνισης μολυσματικών ασθενειών. Παρατηρείται παραγωγή νέων ψυχοδραστικών ουσιών, νέες πληθυσμιακές ομάδες-στόχοι, νέοι τρόποι πρόσβασης και αγοράς ουσιών, αύξηση της μικροεγκληματικότητας, μείωση πόρων στους σχετικούς φορείς.

Σημειώνεται αύξηση της χρήσης ουσιών, το επιπλέον άγχος λόγω των μη ευνοϊκών συνθηκών στη μακρο-οικονομία και στην αγορά εργασίας μπορεί να οδηγήσει περισσότερα άτομα στη χρήση ουσιών. Όσο πιθανό είναι οι αυξανόμενες δυσκολίες να ενισχύσουν τη χρήση ουσιών, άλλο τόσο πιθανό είναι να αλλάξει την κατανάλωση ναρκωτικών όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ως προς το είδος και τον τρόπο χρήσης (Storti et al., 2011).

Η αυξανόμενη φτώχεια μπορεί να αλλάξει την ουσία χρήσης καθώς επίσης να ενισχύσει ορισμένους τρόπους χρήσης ουσιών έναντι άλλων. Η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών οδηγεί κάποιους χρήστες στο να προτιμούν την ενέσιμη χρήση έναντι άλλων τρόπων χρήσης, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την επίδραση

της δόσης (Ben Lakhdar, 2011). Συμπερασματικά, η οικονομική κρίση προκαλεί μεγάλες αλλαγές και στο φαινόμενο των εξαρτήσεων. Τα κοινωνικά προβλήματα και η χρήση ουσιών αναμένεται να οξυνθούν, όχι μόνο λόγω της κρίσης, αλλά και λόγω της προβλεπόμενης αύξησης της διαθεσιμότητας των ναρκωτικών (EMCDDA, 2011).

Το 2011, όπως προαναφέρθηκε, υπήρξε ραγδαία αύξηση των λοιμώξεων από τον ιό HIV στους ΧΕΝ. Ο επιπολασμός της χρήσης ηρωίνης αυξήθηκε κατά 20% το 2009 σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΕΚΤΕΠΝ. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι ευάλωτες ομάδες αποτελούν ομάδα κινδύνου και είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών αποτελούν μια εξαιρετικά ευάλωτη κοινωνική ομάδα με υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας που πλήττονται ιδιαίτερα από την αρχή της οικονομικής κρίσης με την τραγική αύξηση του ποσοστού των θετικών στη λοίμωξη HIV. Η αύξηση αυτή συνδέεται άμεσα με την μείωση της χρηματοδότησης στον χώρο της υγείας και κατά συνέπεια σε μειωμένες δράσεις πρόληψης και Μείωσης Βλάβης στον πληθυσμό αυτό (Paraskevis et al, 2013). Σε αυτή την επιδημία συνέβαλαν η αύξηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, η έλλειψη στέγης και οι περικοπές στα κονδύλια για την υγεία εν μέσω της οικονομικής κρίσης (Kakalou et al, 2014). Τα μέτρα λιτότητας επηρέασαν τα προγράμματα για την πρόληψη λοιμώξεων που προέρχονται από τη χρήση ναρκωτικών. Στην Ελλάδα, τα προγράμματα πρόληψης της δημόσιας υγείας υπέστησαν μεγάλες περικοπές κατά τη διάρκεια του 2008-2011. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας του HIV, τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων, η διανομή προφυλακτικών και η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών βελτιώθηκαν, αν και παρέμειναν σε επίπεδα κάτω του βέλτιστου επιπέδου. Πέρα από την Ελλάδα, το EMCDDA έχει εγείρει ευρύτερες ανησυχίες σχετικά με τον αντίκτυπο των μέτρων λιτότητας στην πολιτική για τα ναρκωτικά, με οκτώ χώρες να μειώνουν τις δημόσιες δαπάνες που συνδέονται με τα ναρκωτικά μετά την έναρξη της κρίσης.

Οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν τη συχνότητα και την επικράτηση των μολυσματικών ασθενειών, ιδιαίτερα μεταξύ των ευάλωτων ομάδων, εκτός από τις επιδημίες του ιού HIV μεταξύ των ΧΕΝ στην Ελλάδα και τη Ρουμανία, (ECDC, 2013) και παρόλο που οι επιπτώσεις της φυματίωσης μειώθηκαν τον τελευταίο καιρό στην Ευρωπαϊκή Ένωση, συγκεκριμένες υποομάδες του πληθυσμού, όπως οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί παραμένουν σε υψηλό κίνδυνο φυματίωσης (Odone et al, 2015). Η Ελλάδα έχει χαμηλό ποσοστό κοινοποίησης της φυματίωσης, αλλά υπάρχουν αμφιβολίες για την υποβολή αναφορών, καθώς πρόσφατα σημειώνεται

αύξηση των κοινοποιήσεων για τη φυματίωση (Lytras et al., 2012). Το 2011-2012 παρατηρήθηκε ένα ξέσπασμα των περιπτώσεων ελονοσίας σε γεωργική περιοχή στη νότια Ελλάδα, όπου ζει και εργάζεται ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών από ενδημικές χώρες (Danis et al., 2013, Tseroni et al., 2015). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, περικοπές στην υγεία μπορούν να επηρεάσουν τη συχνότητα εμφάνισης μολυσματικών ασθενειών μεταξύ των μεταναστών (Kentikelenis et al., 2015).

Ο αντίκτυπος της σοβαρής οικονομικής κρίσης στην τρέχουσα υγειονομική περίθαλψη, στις υποδομές δημόσιας υγείας και στον έλεγχο φορέων αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για το μέλλον.

Σε μια προσπάθεια να χρηματοδοτηθούν τα χρέη, οι απλοί άνθρωποι πληρώνουν το τελικό τίμημα: χάνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης, αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους από τον ιό HIV και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και στις χειρότερες περιπτώσεις χάνουν τη ζωή τους. Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην πρόσβαση στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη για να διασφαλιστεί ότι η ελληνική κρίση δεν θα υπονομεύσει την τελική πηγή του πλούτου της χώρας - των ανθρώπων της (Kentikelenis et al., 2011).

1.6.6. Μείωση της βλάβης

Η μείωση της βλάβης (συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων διανομής συρίγγων και της θεραπείας υποκατάστασης με οπιοειδή) είναι μια προσέγγιση βασισμένη στην τεκμηρίωση της πρόληψης, της θεραπείας και της περίθαλψης για τα άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και υποστηρίζεται σθεναρά από τον ΠΟΥ και άλλες υπηρεσίες του ΟΗΕ. Ωστόσο, η ποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών, το στίγμα και οι διακρίσεις κατά των ανθρώπων που ενέχουν τα ναρκωτικά συμβάλλουν στις συνεχιζόμενες επιδημίες του HIV, καθώς οι άνθρωποι που κάνουν έγχυση ναρκωτικών δεν έχουν πρόσβαση στη μείωση των βλαβών και σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, τα προγράμματα μείωσης των επιβλαβών συνεπειών απλώς δεν είναι διαθέσιμα ή είναι εξαιρετικά περιορισμένα όσον αφορά την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα λόγω περιοριστικών και αναποτελεσματικών πολιτικών και νόμων. Τα ακόλουθα αποτελούν ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας που συνιστάται από την ΠΟΥ για την πρόληψη, θεραπεία και φροντίδα του HIV σε άτομα που εγχέουν ναρκωτικά:

- Προγράμματα ανταλλαγής και διανομής συρίγγων

- Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών
- Εξέταση HIV και παροχή συμβουλευτικής
- Θεραπεία και φροντίδα του HIV
- Προγραμματισμός για χρήση προφυλακτικού
- Συμπεριφορικές παρεμβάσεις
- Πρόληψη και αντιμετώπιση της ιογενούς ηπατίτιδας, της φυματίωσης και των συνθηκών ψυχικής υγείας
- Παρεμβάσεις σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας
- Παροχή ναλοξόνης και εκπαίδευση στην πρόληψη υπερβολικής δόσης για τους XEN (WHO, www.who.int)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η προβληματική χρήση ουσιών και οι αρνητικές και επιβλαβείς συνέπειες που συνδέονται με αυτήν, όπως η εξάπλωση λοιμωδών νοσημάτων αντιμετωπίζονται κυρίως με παρεμβάσεις-πρακτικές μείωσης της βλάβης.

Ως «συνδυασμένη παρέμβαση», η μείωση των βλαβών περιλαμβάνει μια δέσμη παρεμβάσεων προσαρμοσμένες στις τοπικές ρυθμίσεις και ανάγκες, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε θεραπεία. Ο όρος «μείωση βλάβης» αναφέρεται σε «πολιτικές, προγράμματα και πρακτικές που αποσκοπούν στη μείωση των αρνητικών κοινωνικών και οικονομικών συνεπειών της χρήσης νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών φαρμάκων» και βασίζονται σε μια ισχυρή δέσμευση για τη δημόσια υγεία και τον άνθρωπο (EMCDDA, 2010).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η εστίαση στην πρόληψη της βλάβης, παρά στην πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών από μόνη της, και η εστίαση στα άτομα που συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά, άτομα που δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να σταματήσουν τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Η μείωση των βλαβών συμπληρώνει τις προσεγγίσεις που αποσκοπούν στην πρόληψη ή τη μείωση του συνολικού επιπέδου κατανάλωσης ναρκωτικών. Βασίζεται στην αναγνώριση ότι πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο συνεχίζουν να χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες παρά τις ισχυρότερες προσπάθειες για την πρόληψη της έναρξης ή της συνεχούς χρήσης ναρκωτικών. Η μείωση της βλάβης δέχεται ότι πολλοί άνθρωποι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά είναι ανίκανοι ή απρόθυμοι να σταματήσουν να χρησιμοποιούν φάρμακα ανά πάσα στιγμή. Η πρόσβαση σε καλή θεραπεία είναι σημαντική για άτομα με προβλήματα ναρκωτικών, αλλά πολλά άτομα με προβλήματα ναρκωτικών αδυνατούν ή δεν επιθυμούν να λάβουν θεραπεία (www.hri.global/).

Υπάρχει ανάγκη να παρέχονται σε άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά επιλογές που συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη συνέχιση της χρήσης ναρκωτικών και την πρόκληση βλάβης στον εαυτό τους ή σε άλλους. Είναι επομένως απαραίτητο να υπάρχουν πληροφορίες για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών, οι υπηρεσίες και άλλες παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν τους ανθρώπους να είναι υγιείς και ασφαλείς. Το να επιτραπεί στους ανθρώπους να υποφέρουν ή να πεθάνουν από αιτίες που μπορούν να αποφευχθούν δεν είναι μια επιλογή. Πολλοί άνθρωποι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά προτιμούν να χρησιμοποιούν άτυπες και μη κλινικές μεθόδους για τη μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων ή τη μείωση των κινδύνων που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (www.hri.global/).

Η προσέγγιση της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών στα ναρκωτικά βασίζεται σε μια ισχυρή δέσμευση για τη δημόσια υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η μείωση της βλάβης είναι μια στοχοθετημένη προσέγγιση που επικεντρώνεται σε συγκεκριμένους κινδύνους και ζημιές. Οι πολιτικοί, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής, οι κοινότητες, οι ερευνητές, οι πρώτοι εργαζόμενοι και τα άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά πρέπει να εξακριβώνουν:

- Ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι κίνδυνοι και οι βλάβες που συνδέονται με τη χρήση συγκεκριμένων ψυχοδραστικών φαρμάκων;
- Τι προκαλεί αυτούς τους κινδύνους και ζημιώνει;
- Τι μπορεί να γίνει για να μειωθούν αυτοί οι κίνδυνοι και να βλάψει;

Η μείωση των βλαβών στοχεύει στις αιτίες των κινδύνων και των ζημιών. Ο εντοπισμός συγκεκριμένων βλαβών, οι αιτίες τους και οι αποφάσεις σχετικά με τις κατάλληλες παρεμβάσεις απαιτούν σωστή εκτίμηση του προβλήματος και των απαιτούμενων ενεργειών. Η προσαρμογή των παρεμβάσεων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων κινδύνων και βλαβών πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη παράγοντες που μπορούν να καταστήσουν ιδιαίτερα ευάλωτα τα άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, όπως η ηλικία, το φύλο και η φυλάκιση (www.hri.global/).

Οι προσεγγίσεις για τη μείωση της βλάβης είναι πρακτικές, εφικτές, αποτελεσματικές, ασφαλείς και οικονομικά αποδοτικές. Η μείωση της βλάβης έχει τη δέσμευση να στηρίζει την πολιτική και την πρακτική στις πιο ισχυρές διαθέσιμες αποδείξεις. Οι περισσότερες προσεγγίσεις για τη μείωση των βλαβών είναι φθηνές, εύκολο να εφαρμοστούν και έχουν μεγάλη επίδραση στην ατομική και την κοινοτική υγεία. Σε έναν κόσμο όπου δεν θα υπάρχουν ποτέ επαρκείς πόροι, το όφελος

μεγιστοποιείται όταν προτιμώνται οι παρεμβάσεις χαμηλού κόστους / υψηλής επίπτωσης έναντι των παρεμβάσεων υψηλού κόστους / χαμηλής επίπτωσης (www.hri.global/).

Ιστορικά, το κύριο κίνητρο για την ανάπτυξη πολιτικών για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών και προγράμματα ήταν ο εντοπισμός του ρόλου της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών και η διανομή βελόνων και συρίγγων στη μετάδοση του HIV / AIDS. Η απειλή για την ατομική και δημόσια υγεία που προκαλείται από τον ιό HIV και το AIDS είναι μεγαλύτερη από την απειλή που συνιστά η κατάχρηση ναρκωτικών. Πρόκειται για μια προσέγγιση που στηρίζεται στη δημόσια υγεία και σε αυτό το πλαίσιο, πολλές χώρες εισήγαγαν προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και ανέπτυξαν ή επέκτειναν τα προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη, οδηγώντας στη διαπίστωση ότι οι πολιτικές αυτές έχουν αποδειχθεί επιτυχείς για την αποτροπή ή αντιστροφή της επιδημίας διάδοσης του HIV / AIDS (Hunt et al, 2003).

Από μετα-ανάλυση διαπιστώθηκε σημαντική και στατιστικά σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης HCV σε XEN-κατά προσέγγιση 75% όταν εφαρμόστηκαν συνδυαστικές στρατηγικές πρόληψης συνδυασμού. Αυτό το εύρημα είναι συνεπές με την κατανόηση ότι μια σειρά παραγόντων διευκολύνει τη μετάδοση HCV μεταξύ των XEN, συμπεριλαμβανομένης της δεξαμενής μεγάλης ασθένειας των HCV μολυσματικών ενέσιμων, της αποτελεσματικότητας με την οποία μπορεί να μεταδοθεί ο HCV μέσω ενός αριθμού διαφορετικών πρακτικών σχετικών με την ένεσιμη χρήση και χαοτική και βιαστική ατμόσφαιρα της ρύθμισης της ενέσιμης χρήσης (Hagan et al., 2010, Hagan et al., 2001, Hahn et al, 2002, Rhodes et al, 2006). Έτσι, οι πολυσωματικές παρεμβάσεις που υποστηρίζουν μια σειρά στρατηγικών (μείωση ή εξάλειψη της έγχυσης φαρμάκων, υιοθέτηση πρακτικών ασφαλούς χρήσης μέσω της παροχής αποστειρωμένων συριγγών και εξοπλισμού παρασκευής φαρμάκων ή παροχής συμβουλών για αλλαγή συμπεριφοράς) αναμένεται να επιτύχουν μεγαλύτερη επιτυχία από αυτά προσφέροντας λιγότερες επιλογές για τη μείωση του κινδύνου. Συμπερασματικά, η τρέχουσα έρευνα δείχνει ότι μπορεί να προληφθεί ο ιός HCV μεταξύ των XEN (Hagan et al, 2011).

Προτείνεται ένα πλαίσιο για την περαιτέρω ανάπτυξη δεικτών κάλυψης και ποιότητας των υπηρεσιών μείωσης των βλαβών, ως ένα πρώτο βήμα για τη βελτίωση της εφαρμογής των βέλτιστων πρακτικών στον τομέα των ναρκωτικών. Αυτό βασίζεται στην επιτυχή ανάπτυξη καθιερωμένων συστημάτων και δεικτών παρακολούθησης και σε μια διεθνή συναίνεση. Το πλαίσιο αυτό μπορεί να είναι

ιδιαίτερα χρήσιμο για τους επαγγελματίες που είναι επιφορτισμένοι με την παρακολούθηση ή / και τη χρηματοδότηση της εφαρμογής και της ποιότητας των υπηρεσιών σε υψηλότερα (π.χ. εθνικά, διεθνή) επίπεδα συγκέντρωσης, εκτός από την παροχή κάποιας καθοδήγησης σε επίπεδο τοπικών και επιμέρους υπηρεσιών. Η εφαρμογή περιορισμένης δέσμης επικυρωμένων και διεθνώς συμφωνημένων δεικτών για την παρακολούθηση των βέλτιστων πρακτικών υπηρεσιών μείωσης των επιβλαβών συνεπειών θα αποτελέσει ισχυρότερη βάση για μελλοντικές μελέτες δημόσιας υγείας και επιδημιολογικές μελέτες, προκειμένου να προωθηθεί η πολιτική υγείας που βασίζεται σε τεκμήρια (Wiessing et al, 2017).

Σε εθνικό επίπεδο, υπηρεσίες μείωσης της βλάβης παρέχονται κυρίως από τους φορείς θεραπείας OKANA και ΚΕΘΕΑ, οι οποίοι διασφαλίζουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης, ιδιαίτερα πρόληψης και θεραπείας μολυσματικών ασθενειών (EMCDDA, 2017).

Στην Ελλάδα, οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης περιλαμβάνουν την παροχή καθαρών βελονών και συρίγγων, προφυλακτικών, έντυπου υλικού πληροφόρησης, καθώς και εκπαίδευση στην ασφαλή χρήση και παροχή πρώτων βοηθειών σε χρήστες. Το 2015 αποστειρωμένα σύνεργα χρήσης παρέχονταν τόσο σε σταθερά σημεία από ομάδες δουλειάς-στο-δρόμο, όσο και από κινητές μονάδες. Μετά την επιδημική έκρηξη του HIV/AIDS στην Αθήνα το 2011, τα προγράμματα μείωσης της βλάβης επεκτάθηκαν πέρα από την Αθήνα και νέα προγράμματα ξεκίνησαν στη Θεσσαλονίκη. Παρόλα αυτά, η κάλυψη στην υπόλοιπη χώρα είναι χαμηλή. (EMCDDA, 2017).

1.6.6.1. Πολιτική του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στη Μείωση της Βλάβης

Η μείωση της βλάβης σε σχέση με τα ναρκωτικά είναι μία πολιτική που στο πλαίσιο της προστασίας της οικονομίας, της κοινωνίας και της υγείας του πληθυσμού από το κράτος, επιλέγεται ως μια απάντηση στις δευτερογενείς συνέπειες της εξάρτησης (εντάσσεται δηλαδή κυρίως στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη) που με μία λέξη προσπαθεί να προλάβει τα χειρότερα, χωρίς όμως να επιβάλει αναγκαστικά τη μείωση της κατανάλωσης.

Οι υπηρεσίες μείωσης της βλάβης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά. Η προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους

δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο»), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου, οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών. Στόχοι των υπηρεσιών μείωσης της βλάβης είναι: η ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας ή η παραπομπή των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες υγείας, η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα, η προσπάθεια ανάπτυξης κινήτρου για την ένταξή τους στα θεραπευτικά προγράμματα, η μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας, ο περιορισμός της βλάβης (πρόληψη της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και της μετάδοσής τους) (www.okana.gr).

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

Πληθυσμοί στους οποίους απευθύνεται η μείωση της βλάβης: χρήστες που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, άτομα με συννοσηρότητα, πολυτοξικομανείς, κτλ. Υπηρεσίες στην «υπηρεσία» της μείωσης της βλάβης: streetwork (δουλειά στο δρόμο)-διανομή συριγγών, χώροι επιτηρούμενης χορήγησης (shooting rooms), προγράμματα εμβολιασμών, προγράμματα υποκαταστάτων, προγράμματα ηρώνης, ελεγχόμενοι χώροι συνάντησης (στέκια).

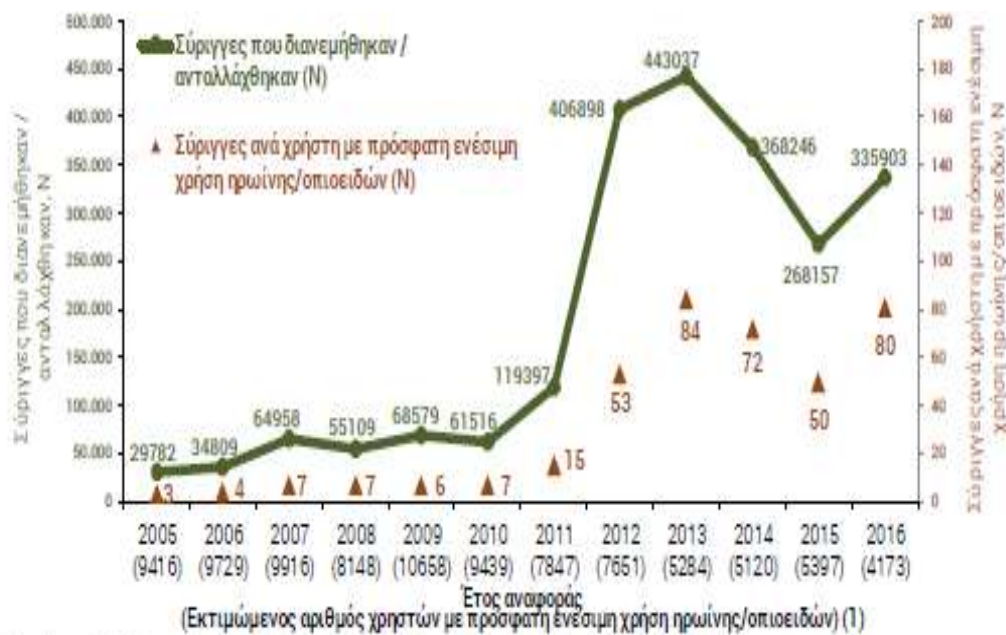
Τα κέντρα παροχής πολλαπλών υπηρεσιών (ελεγχόμενοι χώροι συνάντησης-στέκια), απευθύνονται κυρίως σε προβληματικούς χρήστες οι οποίοι βρίσκονται εκτός των θεραπευτικών προγραμμάτων, αρχίζουν να εμφανίζονται από τα μέσα της δεκαετίας του '80, υποκαθιστώντας εν μέρει τους συμβουλευτικούς σταθμούς για εξαρτημένους που είχαν σχεδόν ως αποκλειστικό στόχο να κινητοποιήσουν και να προετοιμάσουν τους ασθενείς για τα ελεύθερα ουσιών προγράμματα. Η εμφάνιση του AIDS υπήρξε καταλυτική για τις αντιλήψεις που επικρατούσαν έως τότε στην αντιμετώπιση των ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Την ίδια εποχή γίνεται σιγά-σιγά κατανοητό ότι δεν υπάρχει κάποια «βασιλική οδός» στη θεραπευτική αντιμετώπιση των χρηστών. Ότι η αντιμετώπιση των συνεπειών αυτού του σύνθετου βιοψυχοκοινωνικού προβλήματος είναι εφικτή μόνο μέσα από ένα πλουραλιστικό θεραπευτικό μοντέλο, που περιλαμβάνει περισσότερα προγράμματα, ενδεχομένως με διαφορετικά και κλιμακούμενα επίπεδα απαιτήσεων και στόχων, αλλά πάντα συνεργαζόμενα μεταξύ τους, εν είδει συγκοινωνούντων δοχείων. Σε αυτό το νέο πλαίσιο, οι ελεγχόμενοι χώροι συνάντησης και παροχής πολλαπλών υπηρεσιών

έρχονται και προσφέρουν ποικίλες βοήθειες σε χρήστες του δρόμου. Βοήθειες πρακτικές, συνοδευτικές της χρήσης ουσιών, όπως ένα χώρο προστατευμένης και ήρεμης παραμονής (για να απομακρυνθούν για λίγο από την πίεση του δρόμου και της πιάτσας), φαγητό, ρουχισμό, δυνατότητες για ντους, πλύσιμο ρούχων, συμβουλευτική για προβλήματα νομικά, κοινωνικά και οδοντιατρικές βοήθειες, εκπαίδευση για ασφαλέστερη χρήση και ασφαλές σεξ. Διανέμουν καθαρές σύριγγες και προφυλακτικά. Ενημερώνουν τους χρήστες για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα της περιοχής τους και προσπαθούν να τους κινητοποιήσουν ώστε να απευθύνονται σε αυτά. Στόχοι της δουλειάς μιας τέτοιας μονάδας είναι να μειωθούν κατά το δυνατό οι βλάβες από τη χρήση ουσιών, να επισημανθούν και να ενεργοποιηθούν οι όποιες δυνάμεις αυτοβοήθειας κρύβει ο κάθε χρήστης μέσα του, να αμβλυνθούν οι συνέπειες της περιθωριοποίησης τους (Γασγαλίδης, 2005).

1.6.6.2. Διαχρονικά στοιχεία διανομής συρίγγων και προγραμμάτων υποκατάστασης οπιοειδών

Στην Ελλάδα, η κάλυψη της πρόληψης πριν από την έναρξη της επιδημίας απείχε πολύ από τα διεθνώς συνιστώμενα πρότυπα (EMCDDA, 2012, Paraskevis et al., 2013). Στις αρχές του 2010, η κάλυψη των προγραμμάτων υποκατάστασης ήταν χαμηλή κατά 21% και περισσότερα από 5500 εξαρτώμενα από τα οπιοειδή περίμεναν να λάβουν θεραπεία (κατά μέσο όρο) 7,6 έτη στην Αθήνα και 4,4 έτη Θεσσαλονίκη. Ο κατάλογος αναμονής στις εγκαταστάσεις θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών στην Αθήνα ήταν 8 χρόνια το Σεπτέμβριο του 2011 και η ετήσια κατανομή συρίγγων / βελόνων ανά ενέσιμο χρήστη ήταν μικρότερη από 20 πριν από το 2011 (EMCDDA, 2012). Σε επτά σύριγγες ανά ΧΕΝ ετησίως (Πίνακας 1.5), κυμαινόταν πολύ πίσω από τις οδηγίες των 200 συριγγών (Malliori et al, 2013, ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Πίνακας 1.5: Διαχρονικά στοιχεία διανομής και ανταλλαγής συρίγγων



Σημείωση. (1) Χρήση κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών. Κεντρική εκτίμηση.

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2018 (Στοιχεία: ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΜΚΟ Γιατροί του Κόσμου, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΣΟΕ ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ 2016).

Η ταχεία αντίδραση στην εστία HIV μείωσε- τον Αύγουστο του 2012- τον κατάλογο αναμονής για θεραπεία ναρκωτικών στην Αθήνα και η εκτιμώμενη κάλυψη Π.Υ. έφθασε το 35% από το 20% το 2010. Η κατανομή σύριγγας κλιμακώθηκε και υπερέβη τις 40 (ανά ενέσιμο χρήστη) το 2011 (EMCDDA, 2012, Malliori et al., 2013). Σύμφωνα με πιο πρόσφατες εκθέσεις, περίπου 407.000 σύριγγες διανεμήθηκαν το 2012, σχεδόν επτά φορές σε σχέση με το 2010 (61.500) και η ετήσια κάλυψη συριγγών πιθανότατα έφθασε τις 133 βελόνες / σύριγγες ανά ενέσιμο χρήστη στην πρωτεύουσα της Αθήνας το 2012 (EMCDDA, 2014, Nikolopoulos et al, 2015).

Το 2016 ανακόπηκε η μείωση του αριθμού των συριγγών η οποία ξεκίνησε από το 2014, και σημειώθηκε αύξηση της τάξεως του 27% σε σχέση με το 2015. Η διανομή μεγαλύτερου αριθμού συριγγών οφείλεται 1) στην πρωτοβουλία των φορέων απεξάρτησης και των οργανισμών που αναπτύσσουν δράσεις για XEN να αυξήσουν τον μέσο όρο συριγγών ανά XEN (κάλυψη σε σύριγγες) στη χώρα μας ο οποίος είναι χαμηλός σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (N=200 σύριγγες ανά XEN) και 2) στη δημιουργία ενός νέου προγράμματος συριγγών στην Αθήνα από τον ΣΟΕ ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ. Κατά το έτος 2016, ο αριθμός των συριγγών που δόθηκαν σε XEN ήταν 335.903, αυξημένος κατά 27% σε σχέση με το 2015. Η αύξηση του αριθμού των συριγγών που διανεμήθηκαν /ανταλλάχθηκαν είχε ως αποτέλεσμα μία αξιοσημείωτη αύξηση της κάλυψης σε σύριγγες, δηλαδή από 50 σύριγγες σε κάθε χρήστη με πρόσφατη ενέσιμη χρήση ηρωίνης ή άλλων οπιούχων το 2015 σε 80 σύριγγες το 2016 (εκτιμώμενος αριθμός προβληματικών χρηστών στην Ελλάδα για το

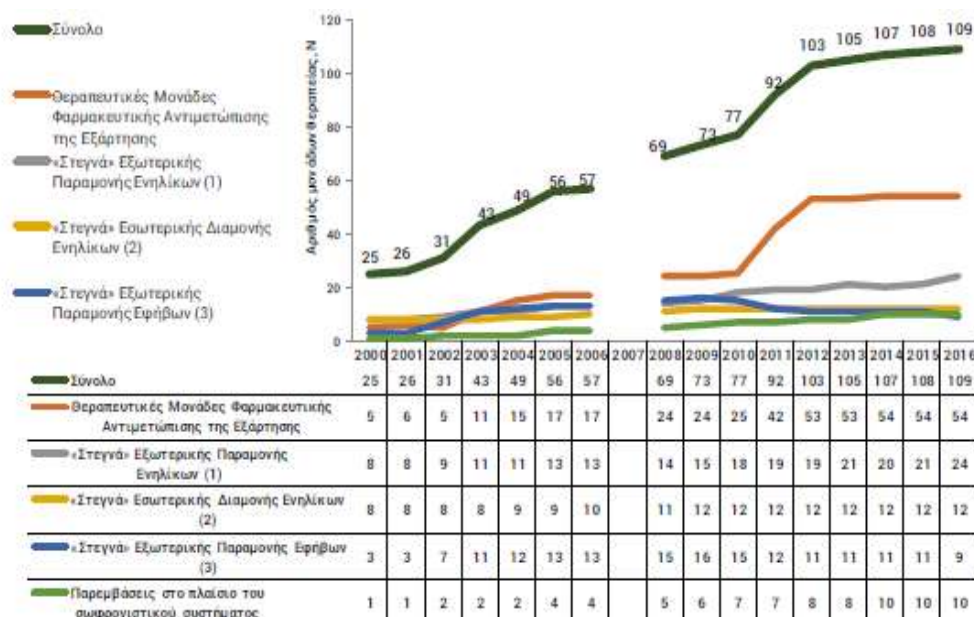
έτος αναφοράς: 4.173) αριθμός που ισοδυναμεί με αυτόν που είχε παρατηρηθεί το 2013 όταν οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης αναπτύσσονταν συνεχώς για να αντιμετωπίσουν την έκρηξη της επιδημίας του HIV/AIDS στους XEN. Δεδομένου ότι η συντριπτική πλειονότητα των προγραμμάτων σύριγγων στην Ελλάδα λειτουργούν στην Αθήνα, σχεδόν όλες οι σύριγγες δόθηκαν σε XEN που ζουν σ' αυτή την περιοχή, υποδηλώνοντας κάλυψη 241 σύριγγες για κάθε χρήστη με πρόσφατη ενέσιμη χρήση ηρωίνης ή άλλων οπιούχων (εκτιμώμενος αριθμός προβληματικών χρηστών στην Αθήνα για το 2016: 1.392) (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Η Ελλάδα πλέον παρέχει υψηλή κάλυψη για τη χορήγηση υποκατάστατων, βρίσκεται στην 3^η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση—μετά τη Γαλλία και τη Σλοβενία—(EMCDDA, 2018). Στη χώρα μας επετεύχθη βελτίωση στη προσφορά για τη θεραπεία υποκατάστασης (Πίνακας 1.6), παρόλη την παρατεταμένη οικονομική ύφεση και τη μνημονιακή πολιτική, δυστυχώς αυτή η κάλυψη επετεύχθη μετά την επιδημία του HIV.

Το 2016 στην Ελλάδα λειτουργούσαν συνολικά 109 δομές θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Το 2012 η συνολική δυναμικότητα των μονάδων υποκατάστασης εμφανίζεται αυξημένη κατά 28% σε σχέση με το 2011 και 64% σε σχέση με το 2010, οπότε και συνεχίζεται η ανοδική τάση που παρατηρείται από το 2010, η οποία οφείλεται στο άνοιγμα των νέων μονάδων την τελευταία τριετία (Πίνακας 1.7). Η αύξηση στη δυναμικότητα του προγράμματος υποκατάστασης που παρατηρείται κατά το διάστημα 2009-2012 οφείλεται κυρίως στην αύξηση της δυναμικότητας των μονάδων βουπρενορφίνης (τριπλασιάστηκε), ενώ η δυναμικότητα στις μονάδες μεθαδόνης μειώθηκε κατά 10,8%. Ο συνολικός αριθμός των θεραπευομένων αυξάνεται συνεχώς κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2002-2011, ενώ το 2012 παρουσιάζει ραγδαία αύξηση κατά 45,6% σε σχέση με το 2011, η οποία οφείλεται κυρίως στην αύξηση του αριθμού των Π.Υ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Κατά την τελευταία πενταετία 2012-2016, η τάση του αριθμού των θεραπευομένων στις μονάδες φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης παρουσιάζει σταθεροποίηση, σε αντιδιαστολή με την τριετία 2010-2012, όπου ο αριθμός των θεραπευόμενων αυξήθηκε κατά 57,7%, λόγω του διπλασιασμού των μονάδων.

Πίνακας 1.6: Δομές θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, ανά τύπο παρέμβασης (2000-2016)



Πίνακας 1.7: Διαχρονική τάση της δυναμικότητας των μονάδων και του αριθμού των θεραπευομένων (2002-2016)



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προτείνει ένα συνδυασμό για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων στους ΧΕΝ, συμπεριλαμβανομένης της διανομής των καθαρών βελόνων και των συριγγών και την πρόσβαση στη θεραπεία υποκατάστασης. Μπροστά σε όλες τις αδυναμίες, τις αντιξοότητες και τη χρηματοδότηση, σε σχεδόν ένα χρόνο ο ΟΚΑΝΑ πέτυχε αυτό που θεωρήθηκε αδύνατο για σχεδόν μια δεκαετία: διπλασίασε την πρόσβαση σε θεραπεία υποκατάστασης γεωγραφικώς δίκαια και με οικονομικά αποδοτικό τρόπο και προσέφερε αυξημένη πρόσβαση στα προγράμματα διανομής συριγγών σε μια χώρα που μαστίζεται από οικονομική ύφεση. Αυτό έγινε δυνατό μέσω της ανάπτυξης ενός αποκεντρωμένου δικτύου πρόσθετων μονάδων που λειτουργούν σε γενικά νοσοκομεία σε ολόκληρη τη χώρα, με βελτιστοποίηση των διαθέσιμων πόρων και

πρόσβαση στην υποκατάσταση. Αυτή η επιλογή εξασφάλισε το δικαίωμα θεραπείας των ασθενών που υποφέρουν από την εξάρτηση από τα οπιοειδή και συνέβαλε στον έλεγχο της διάδοσης του ιού HIV μεταξύ των ενέσιμων χρηστών, παρέχοντας ένα σχεδόν μοναδικό παράδειγμα θετικών αποτελεσμάτων για τη δημόσια υγεία (Malliori et al, 2013).

1.6.7. Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Ο ΟΚΑΝΑ, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης, δημιούργησε το 1997 το Κέντρο Βοήθειας, που αργότερα μετονομάστηκε σε Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (ΜΑΒΥ), την πρώτη υπηρεσία που παρείχε πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ενεργούς χρήστες. Ο σκοπός της συγκεκριμένης υπηρεσίας ήταν κυρίως η παροχή υπηρεσιών πρώτης βοήθειας και η πρόληψη διάδοσης μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ των ενεργών χρηστών τοξικών ουσιών που δεν ήταν ενταγμένοι σε κάποιο από τα θεραπευτικά προγράμματα χώρας. Επίσης, παρέχονταν υπηρεσίες νομικής υποστήριξης και λειτουργούσε Κινητή Μονάδα Πρώτων Βοηθειών, Εξωτερικά Παθολογικά Ιατρεία, οδοντιατρείο, τηλεφωνική γραμμή SOS και προγράμματα δουλειάς στο δρόμο (street work).

Σταδιακά αναπτύχθηκαν και άλλες Υπηρεσίες, όπως και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (λειτουργεί από τον Απρίλιο του 2003) στο πλαίσιο του οποίου λειτουργούν πλέον οι ομάδες «δουλειάς στο δρόμο» (street work) του ΟΚΑΝΑ (www.okana.gr).

Σύμφωνα με τον υπ' Αριθμ.Δ.ΥΓ6/Γ.Π.οικ.104741 -Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (ΦΕΚ 1603, 30-10-2003) οι Μονάδες Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης αποτελούν μονάδες εφαρμογών με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε εξαρτημένους χρήστες ναρκωτικών (άρθρο 31) και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών ενημέρωσης, τόσο στους χώρους της μονάδος όσο και εκτός αυτής, με στόχο την προσέγγιση των χρηστών και την παρακίνηση τους προς θεραπεία. Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής: δίνονται πληροφορίες για τους κινδύνους που διατρέχουν οι χρήστες και για τα θεραπευτικά προγράμματα που υπάρχουν καθώς και για τις παρεχόμενες από τις μονάδες υπηρεσίες. Παρακινούνται οι χρήστες να έλθουν σε επαφή με τις μονάδες για την υποστήριξη και την έναρξη θεραπείας, παρέχεται κάθε είδους συμβουλευτική υποστήριξη. Δίνεται η δυνατότητα παραμονής και ψυχολογικής στήριξης σε ειδικούς χώρους (στέκι) (άρθρο 31).

Το αντικείμενο των Ειδικών Μονάδων Εφαρμογών αποτελεί σύνθεση ή μέρος του αντικειμένου των Μονάδων Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης. Το πεδίο δράσης των Ειδικών Μονάδων αναφέρεται είτε σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα είτε σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (άρθρο 35).

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, εδρεύει στο κέντρο της Αθήνας, αποτελεί ένα οικείο, φιλικό και ασφαλές περιβάλλον ποικίλων δραστηριοτήτων, το οποίο παρέχει σε ενεργούς χρήστες (χρήστες ναρκωτικών ουσιών χωρίς αίτημα θεραπείας ή με άγνωστο αίτημα θεραπείας) ψυχοδραστικών ουσιών -που δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα- τη δυνατότητα να καλύψουν βασικές ανάγκες υγιεινής και ασφάλειας, να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να επιτύχουν θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους και να απασχοληθούν δημιουργικά σε ποικίλες δραστηριότητες.

Η υπηρεσία απευθύνεται κυρίως σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών:

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

Είναι υπηρεσία άμεσης πρόσβασης (accessible services- easy access services) και προσέγγισης χρηστών στο δρόμο και απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών που είναι αποκομμένοι από τις υπηρεσίες ή δεν έχουν αίτημα ένταξη σε θεραπεία. Η δομή προσφέρει χώρους όπου οι χρήστες ναρκωτικών μπορούν κατά τη διάρκεια της ημέρας να παραμείνουν μακριά από τη χρήση, να λάβουν υποστήριξη, φροντίδα για τις άμεσες ανάγκες τους για να περιορίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης ουσιών.

Εκτός δομής, οι ομάδες «δουλειάς στο δρόμο» με επιτόπιες και σε χώρους συνάντησης χρηστών παρεμβάσεις, στοχεύουν:

- στην παροχή συμβουλευτικής σε θέματα ασφαλούς χρήσης και ασφαλούς σεξ

- στη διανομή υλικού προφύλαξης (σύριγγες, προφυλακτικά, κιτ ασφαλούς χρήσης)
- στην κινητοποίηση των χρηστών για αξιοποίηση των υπηρεσιών της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης, του Σταθμού Φροντίδας αλλά και των άλλων φορέων
- στην κινητοποίηση των χρηστών για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Εντός δομής, το Κέντρο Ημέρας λειτουργεί σε πενθήμερη βάση με πρωινό ωράριο και καλύπτονται οι ακόλουθες βασικές ανάγκες:

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

1.6.8. Σκοπός της εργασίας

Στην Ελλάδα υπάρχουν στοιχεία για άτομα που αιτούνται θεραπείας και συλλέγονται ετησίως από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (στο πλαίσιο εφαρμογής του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας) και όσον αφορά τους ενεργούς χρήστες ναρκωτικών υπάρχουν δεδομένα από την παρέμβαση ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ (2012-2013) όπου αποτυπώθηκαν επιδημιολογικά, συμπεριφορικά και ιολογικά χαρακτηριστικά της HIV επιδημίας στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην Αθήνα.

Στην παρούσα εργασία συλλέχτηκαν στοιχεία από Κέντρο Ημέρας (στέκι)-Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης ενεργών χρηστών στην Αθήνα, τον Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων του ΟΚΑΝΑ, στο πλαίσιο του οποίου λειτουργούν και οι

ομάδες «δουλειάς στο δρόμο». Οι Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης αποτελούν κέντρα παροχής πολλαπλών υπηρεσιών που διαχειρίζονται -στο μέγιστο βαθμό- τις επίκαιρες και έκτακτες ανάγκες επιβίωσης ενός βαριά πάσχοντος πληθυσμού που κάνει χρήση επικίνδυνων ναρκωτικών ουσιών, με υψηλό φορτίο λοιμωδών νοσημάτων (HIV/AIDS, ηπατίτιδες) και υιοθετεί συμπεριφορές υψηλού κινδύνου με τεράστιο δημόσιο υγειονομικό ενδιαφέρον. Τα στοιχεία από τις υπηρεσίες αυτές αποτελούν μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για χρήστες που είναι ενεργοί και δεν βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης. Αντανακλούν επομένως το προφίλ και τις πρακτικές του πληθυσμού αυτού που έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθεί αλλά και να μεταδώσει λοιμώδη νοσήματα.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι:

1. Αποτύπωση του προφίλ των ενεργών χρηστών ναρκωτικών ουσιών που προσέρχονται για πρώτη φορά σε Υπηρεσία Άμεσης Πρόσβασης και δεν έχουν κάνει αίτημα για θεραπεία (κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, χρήση ναρκωτικών κ.α.)
2. Περιγραφή διαχρονικών μεταβολών σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου σε αυτόν τον πληθυσμό σε ενδεικτικά έτη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επιδημία του HIV στην Αθήνα.

Η εκτίμηση αυτών των χαρακτηριστικών και των διαχρονικών μεταβολών θα επιτρέψει τη βαθύτερη κατανόηση των προβλημάτων του πληθυσμού αυτού και την αναγνώριση των παρεμβάσεων που είναι απαραίτητες για τη μείωση του φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Συλλογή δεδομένων

Υλικό της μελέτης αποτέλεσε ο πληθυσμός των ενεργών χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, που προσέρχονται για πρώτη φορά στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών-ΟΚΑΝΑ, Μονάδα Ειδικών Εφαρμογών και Άμεσης Πρόσβασης και δεν έχουν κάνει αίτημα για θεραπεία. Ο Σταθμός Φροντίδας λειτουργεί από το 2003, εντάσσεται στις υπηρεσίες μείωσης της βλάβης του ΟΚΑΝΑ και απευθύνεται σε ενεργούς χρήστες. Το δείγμα της παρούσας διπλωματικής αποτελείται από 342 άτομα, τα οποία είχαν έρθει σε επαφή με το ΣΦΕΑ. Όπως αναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 1, το 2012 υπήρξε επιδημία HIV λοίμωξης μεταξύ των Χρηστών Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (ΧΕΝ). Για το λόγο αυτό συλλέχθηκαν δεδομένα για άτομα τα οποία είχαν προσεγγίσει το ΣΦΕΑ, τα έτη 2010 (N=109, πριν την επιδημία HIV), 2012 (N=99, κατά τη διάρκεια της επιδημίας HIV), 2016 και 2017 (N=134, μετά την επιδημία HIV).

Το ερευνητικό εργαλείο στο οποίο καταγράφονται τα δεδομένα και αποτέλεσαν το αντικείμενο της έρευνας είναι ειδικό έντυπο που συμπληρώνεται κατά την πρώτη επίσκεψη στην υπηρεσία (Παράρτημα).

Κάθε άτομο το οποίο έρχεται σε επαφή με το ΣΦΕΑ, ενημερώνεται σχετικά με τους κανονισμούς του Σταθμού, προχωρά σε ενυπόγραφη συγκατάθεση καθώς και στη συμπλήρωση ενός σύντομου ερωτηματολογίου (Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο μεταξύ άλλων περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του χρήστη, τη χρήση ουσιών, τη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου καθώς και την κατάσταση της υγείας του σε σχέση με λοιμώδη νοσήματα.

Στο έντυπο συγκεντρώνονται πληροφορίες που αφορούν: κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, οικογενειακό ιστορικό, χρήση ουσιών, συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, ιστορικό υγείας (σωματικής και ψυχικής), πληροφορίες σχετικές με εμπλοκή με τον νόμο, λεπτομέρειες τελευταίας επαφής για θεραπεία. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε σελίδες. Στην πρώτη σελίδα δίνονται πληροφορίες που αφορούν την λειτουργία της υπηρεσίας και το Έντυπο Συγκατάθεσης το οποίο διαβάζει και υπογράφει ο κάθε χρήστης που προσεγγίζει για πρώτη φορά το Κέντρο Ημέρας του ΟΚΑΝΑ. Με την υπογραφή του συναινεί να δώσει προσωπικές πληροφορίες οι οποίες είναι απόρρητες για οποιονδήποτε εκτός του προσωπικού του ΟΚΑΝΑ. Η δεύτερη σελίδα περιέχει τα στοιχεία του χρήστη δηλαδή το ονοματεπώνυμό του, τα ονόματα των γονιών του, τον τόπο γέννησης, τον

τόπο κατοικίας, συνθήκες διαβίωσης, κοινωνικο-δημογραφικές πληροφορίες, οικογενειακό ιστορικό, ιστορικό επαγγελματικής εμπειρίας, πληροφορίες που αφορούν εμπλοκή με το νόμο πληροφορίες για το εάν έχει στρατευθεί, πληροφορίες για χρήση ουσιών. Στην τρίτη σελίδα περιέχονται πληροφορίες για συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, ιστορικό υγείας, λεπτομέρειες επαφής για θεραπεία. Στο τέλος, ο σύμβουλος του Σταθμού σημειώνει παρατηρήσεις από τη συνέντευξη. Οι ερωτήσεις απαντώνται με το "ναι, όχι, άγνωστο" καθώς και με συγκεκριμένες απαντήσεις όπως για παράδειγμα γίνεται συλλογή πληροφοριών για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας που βασίζονται στην αυτοαναφορά.

Προκειμένου να μελετηθούν διαχρονικές τάσεις λίγο πριν την επιδημία HIV, στη διάρκειά της καθώς και σε πιο πρόσφατα έτη, επιλέχθηκαν συγκεκριμένα έτη (2010, 2012, 2016-2017).

Τα δεδομένα βρίσκονταν σε έντυπη μορφή και αρχικά καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή στο πρόγραμμα excel. Είναι η πρώτη φορά που αναλύθηκαν δεδομένα από τη συγκεκριμένη υπηρεσία.

Κριτήρια επιλογής

1. Ενήλικες χρήστες που διαμένουν στην Αθήνα
2. Πρώτη επίσκεψη στο Σταθμό Φροντίδας
3. Συμπληρωμένες οι εξής πληροφορίες στη φόρμα: πλήρης ημερομηνία προσέλευσης, πλήρης ημερομηνία γέννησης, ονοματεπώνυμο, διαβίωση, εκπαιδευτικό επίπεδο, εθνικότητα, εργασιακή κατάσταση, νομικές εκκρεμότητες, χρήση ουσιών, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, έλεγχος ιατρικός, πληροφορίες θεραπείας.

Κριτήρια αποκλεισμού

Στην έρευνα δεν συμπεριλήφθησαν άτομα που συμμετείχαν σε θεραπευτικό πρόγραμμα/πρόγραμμα υποκατάστασης

Μέγεθος δείγματος

Η μελέτη έχει κυρίως περιγραφικό χαρακτήρα (αποτύπωση χαρακτηριστικών του πληθυσμού και διαχρονικών τάσεων). Δεδομένου ότι δεν ήταν επιθυμητή η εκτίμηση κάποιων χαρακτηριστικών με συγκεκριμένη ακρίβεια, δεν απαιτήθηκε υπολογισμός μεγέθους δείγματος. Για τις ανάγκες του πρωτοκόλλου, συμπεριλήφθηκε πληθυσμός των εξυπηρετούμενων από διαφορετικές χρονιές, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επιδημία του HIV στην Αθήνα.

Συνολικά συλλέχθηκαν δεδομένα από 342 άτομα (περίπου 100 άτομα ανά έτος/χρονική περίοδο, 2010, 2012 και 2016-2017 αντίστοιχα). Λόγω του μικρού αριθμού ερωτηματολογίων για τα έτη 2016-2017, οι δύο αυτές χρονιές αναλύθηκαν μαζί. Για το έτος 2010 -λόγω του μεγάλου όγκου των ερωτηματολογίων-επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο τα 103 ερωτηματολόγια. Για τα έτη 2012, 2016-2017 αναλύθηκαν όλα τα διαθέσιμα ερωτηματολόγια (N=99, N=134 αντίστοιχα).

2.1.1. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Η χρήση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά τη σύμφωνη γνώμη του OKANA. Στο πρωτόκολλο ερευνητικής συνεργασίας τέθηκε δέσμευση για την τήρηση της δεοντολογίας χρήσης δεδομένων που υιοθετεί ο OKANA, για το απόρρητο των προσωπικών στοιχείων που περιέχονται στη βάση δεδομένων σύμφωνα με τις αρχές και τον Κώδικα Δεοντολογίας του OKANA με πλήρη διαφάνεια, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα στα ευαίσθητα προσωπικά στοιχεία. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε υπηρεσία ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύθηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκαν στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Αναφέρεται στην εργασία όπως και σε οποιαδήποτε άλλη δημοσίευση ή δημοσιοποίηση της εργασίας, ότι η συλλογή πραγματοποιήθηκε με την συνεργασία του OKANA. Δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη έχει αναδρομικό χαρακτήρα (συλλογή στοιχείων από τους φακέλους των ατόμων που προσήλθαν στην υπηρεσία) δεν ήταν εφικτή η λήψη συγκατάθεσης για αυτή. Σύμφωνα με τις διεθνείς επιταγές για την ανάλυση προσωπικών δεδομένων και το πρόσφατο General Data Protection Regulation της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η χρήση αυτών των στοιχείων ήταν δυνατή με την προϋπόθεση ότι δεν θα υπήρχε τρόπος ταυτοποίησης των ατόμων. Αυτό κατέστη εφικτό με ανωνυμοποίηση των καταχωρίσεων στο αρχείο δεδομένων που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες του πρωτοκόλλου. Στα κριτήρια επιλογής του δείγματος για την παρούσα μελέτη αναφέρθηκε το ονοματεπώνυμο του ατόμου. Αυτό συνέβη για να μπορούσε να επιβεβαιωθεί ότι η συγκεκριμένη εγγραφή αποτέλεσε την

πρώτη του επίσκεψη. Το αρχείο δεδομένων που συμπληρώθηκε από τις φόρμες δεν περιελάμβανε το ονοματεπώνυμο των ατόμων.

2.2. Στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα μελέτη, για τις ποσοτικές μεταβλητές, έγινε έλεγχος κανονικότητας με βάση το στατιστικό έλεγχο Kolmogorov – Smirnov, όπου η μηδενική υπόθεση είναι ότι η κατανομή της μεταβλητής είναι κανονική, έναντι της εναλλακτικής που είναι ότι η κατανομή της μεταβλητής δεν είναι κανονική. Για τις ποσοτικές μεταβλητές ως περιγραφικά στατιστικά μέτρα, στην περίπτωση που ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Στις περιπτώσεις που η κατανομή δεν ήταν κανονική, δόθηκαν η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Για τις ποιοτικές μεταβλητές ως περιγραφικά στατιστικά μέτρα χρησιμοποιήθηκαν η απόλυτη συχνότητα (n) και η σχετική συχνότητα (%). Για τη γραφική απεικόνιση των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το ραβδόγραμμα και το πολύγωνο σχετικών συχνοτήτων.

Για τον έλεγχο ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα σε δύο ποιοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε το χ^2 του Pearson. Η μηδενική υπόθεση του στατιστικού κριτηρίου αυτού είναι πως δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Για την εφαρμογή του κριτηρίου αυτού θα πρέπει να ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις: α) οι αναμενόμενες συχνότητες σε όλα τα κελιά να είναι μεγαλύτερες του 5, ή β) όλες οι αναμενόμενες τιμές να είναι μεγαλύτερες του 1 και το πολύ 20% από αυτές να είναι μικρότερες του 5. Στις κατηγορικές μεταβλητές, όπου κρίθηκε σκόπιμο, έγινε ομαδοποίηση των συναφών απαντήσεων, προκειμένου να πληρούνται οι υποθέσεις για την εφαρμογή του κριτηρίου χ^2 του Pearson. Στις περιπτώσεις που υπήρχε παραβίαση των υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε το Fisher exact test.

Για τον έλεγχο ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα σε μια ποσοτική και μια ποιοτική μεταβλητή με περισσότερες από δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά κριτήρια one way ANOVA και Kruskal-Wallis ανάλογα με το αν η κατανομή της συνεχούς μεταβλητής ήταν κανονική καθώς και με το αν υπήρχε ισότητα διακυμάνσεων σε κάθε κατηγορία της ποιοτικής μεταβλητής. Η μηδενική υπόθεση των στατιστικών αυτών κριτηρίων είναι πως η μέση τιμή της συνεχούς μεταβλητής είναι ίση σε κάθε κατηγορία της ποιοτικής μεταβλητής.

Λόγω έλλειψης ισοδύναμου πλήθους ατόμων για τα έτη 2016 και 2017, στην ανάλυση που πραγματοποιήθηκε έγινε ενοποίηση των ατόμων αυτών και πλέον τα δύο αυτά έτη, αναφέρονται ως χρονική περίοδος 2016-2017.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται σε τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, η δεύτερη αναφέρεται στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η τρίτη στα λοιμώδη νοσήματα και η τέταρτη ενότητα σε κάποια γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

3.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το συνολικό δείγμα της μελέτης, ήταν 342 άτομα. Τα 109 άτομα (31,87%) είχαν έρθει σε επαφή με το ΣΦΕΑ το έτος 2010, τα 99 άτομα (28,95%) το έτος 2012, ενώ τα υπόλοιπα άτομα είχαν έρθει σε επαφή τη χρονική περίοδο 2016-2017. Στον Πίνακα 3.1, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος της παρούσας μελέτης.

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνδρες σε ποσοστό 83,04% (284 άτομα). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 34,48 έτη (τ.α.=8,50 έτη), 34,72 έτη των ανδρών και 33,29 έτη των γυναικών. Η πλειοψηφία του δείγματος (78,65%) είχε Ελληνική εθνικότητα, αλλά υψηλό και το ποσοστό των ατόμων άλλης εθνικότητας. Η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε αστεγία-μη σταθερή στέγη (45,61%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (46,77%) έμεναν με τη γονεϊκή οικογένεια.

Το 85,09% δήλωσαν άνεργοι και το 70,47% ανασφάλιστοι. Από τους ασφαλισμένους, το 41,77% δήλωσε προνοιακή ασφάλιση και το 2,92% των συμμετεχόντων ότι λαμβάνει κάποιο προνοιακό επίδομα.

Το 80,41% του δείγματος ήταν άγαμοι. Όσον αφορά την ύπαρξη παιδιών, το 19,01% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά. Από τα 139 άτομα, οι 66 (19,3%) δήλωσαν ότι υπάρχει στο περιβάλλον τους συγγενής χρήστης ψυχοδραστικών ουσιών.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο το 64,04% του δείγματος δεν έχει ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το 30,12% έχει ολοκληρώσει το Δημοτικό, το 28,8% το Γυμνάσιο, το 27,19% το Λύκειο και το 6,14% κάποια Ανώτερη ή Ανώτατη Σχολή.

Πίνακας 3.1: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.

Μεταβλητή	Σύνολο (N = 342)
Ηλικία(έτη), μ.τ., (τ.α.)	34,48 (8,50)

Ηλικία ανδρών (έτη), μ.τ., (τ.α.)		34,72 (8,48)
Ηλικία γυναικών (έτη), μ.τ., (τ.α.)		33,29 (8,57)
Φύλο, ν (%)		
	Άνδρες	284 (83,04)
	Γυναίκες	58 (16,96)
Εθνικότητα, ν (%)		
	Ελληνική	269 (78,65)
	Μέση Ανατολή	27 (7,89)
	Ευρώπη	17 (4,97)
	Αφρική	8 (2,34)
	Λοιπή Ασία	21 (6,14)
Διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα (έτη), διάμεσος (25-75)		10 (5-18)
Παρούσα συνθήκη διαβίωσης, ν (%)		
	Άστεγος	156 (45,61)
	Ξενώνα	3 (0,88)
	Προσωρινή στέγη	42 (12,28)
	Σταθερή στέγη	141 (41,23)
Διάρκεια αστεγίας (μέρες), διάμεσος (25-75)		213 (30-548)
Διαβίωση με, ν (%)		
	Γονείς	87 (46,77)
	Μόνος	40 (21,51)
	Σύζυγο/ Σύντροφο	20 (10,75)
	Φίλους	22(11,83)
	Άλλο	13 (6,99)
	Άγνωστο	4 (2,15)
Εκπαιδευτικό επίπεδο, ν (%)		
	Κατώτερη από πρωτοβάθμια	20 (5,85)
	Πρωτοβάθμια	103 (30,12)
	Απόφοιτος Γυμνασίου-Κατωτ.Τεχν.Σχολή	96 (28,07)
	Απόφοιτος Λυκείου-ΤΕΛ-ΤΕΕ-ΙΕΚ-ΚΕΚ-Κολέγιο-	
	Ανώτ.Τεχν.Σχολή	93 (27,19)
	Τριτοβάθμια	21 (6,14)
	Άγνωστο	9 (2,63)
Ολοκλήρωση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ν (%)		

	Όχι	219 (64,04)
	Ναι	114 (33,33)
	Άγνωστο	9 (2,63)
Ηλικία διακοπής σχολείου (έτη), διάμεσος (25-75)		14 (12-16)
Ασφάλιση, ν (%)		
	Όχι	241 (70,47)
	Ναι	79 (23,10)
	Άγνωστο	22 (6,43)
Είδος ασφάλισης, ν (%)		
	Δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο	41 (51,90)
	Ιδιωτική	2 (2,53)
	Πρόνοιας-Απορίας	33 (41,77)
	Ροζ κάρτα	1 (1,27)
	Άγνωστο	2 (2,53)
Επίδομα, ν (%)		
	Όχι	321 (93,86)
	Ναι	10 (2,92)
	Άγνωστο	11 (3,22)
Εργασιακή κατάσταση, ν (%)		
	Άνεργος	291 (85,09)
	Οικονομικά μη ενεργός	6 (1,75)
	Περιστασιακή εργασία	35 (10,23)
	Σταθερή απασχόληση	5 (1,46)
	Φοιτητής-Σπουδαστής-Μαθητής	5 (1,46)
Οικογενειακή κατάσταση, ν (%)		
	Άγαμος	275 (80,41)
	Έγγαμος	22 (6,43)
	Διαζευγμένος	29 (8,48)
	Σε διάσταση	7 (2,05)
	Άγνωστο	9 (2,63)
Ύπαρξη παιδιών, ν (%)		
	Όχι	267 (78,07)
	Ναι	65 (19,01)
	Άγνωστο	10 (2,92)

Αδέλφια, ν (%)		
	Άγνωστο	112 (32,75)
	Όχι	13 (3,80)
	Ναι	217 (63,45)
Εκπλήρωση στρατιωτικών υποχρεώσεων, ν (%)		
	Όχι	44 (15,49)
	Ναι	157 (55,28)
	Νόμιμη απαλλαγή	60 (21,13)
	Άγνωστο	23 (8,10)
Υπαρξη συγγενή χρήστη, ν (%)		
	Όχι	173 (50,58)
	Ναι	66 (19,30)
	Άγνωστο	103 (30,12)
Συγκατοίκηση με χρήστη, ν (%)		
	Όχι	112 (61,20)
	Ναι	49 (26,78)
	Άγνωστο	22 (12,02)

Στον Πίνακα 3.2 περιγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, του δείγματος ανά έτος. Η ηλικία διέφερε στατιστικά σημαντικά ($p=0,026$) μεταξύ των τριών ετών/ χρονικών περιόδων προσέλευσης. Τη χρονική περίοδο 2016-2017 η μέση ηλικία ήταν 35,63 έτη (τ.α. 8,80 έτη) έναντι του 2010 που ήταν 32,18 έτη (τ.α. 8,19 έτη) (Σχήμα 1).

Η μέση ηλικία των ανδρών ($p=0,008$) διαφοροποιείται ανάλογα με το έτος προσέλευσης. Τη χρονική περίοδο 2016-17 ήταν 36,16 (τ.α 8,54 έτη) έναντι του 2010 που ήταν 32,03(τ.α 8,21 έτη).

Όσον αφορά την κατανομή της εθνικότητας διαφοροποιήθηκε ανά έτος προσέλευσης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,023$) με υψηλότερο ποσοστό του δείγματος, να είναι Ελληνικής εθνικότητας (85,82%), τη χρονική περίοδο 2016-2017. (Σχήμα 2). Στα άτομα άλλης εθνικότητας διαχρονικά παρατηρείται μείωση που είναι στατιστικά σημαντική, από το 28% (2010) βαθμιαία φτάσαμε στο 14% (2016-2017).

Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p = 0,015$) διαφορά στα ποσοστά αστεγίας μεταξύ των τριών χρονικών περιόδων. Η αστεγία κάνει μια διακύμανση, συγκεκριμένα, το έτος 2010, η αστεγία στους συμμετέχοντες ήταν πάνω από το 54%,

παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική μείωση από το 2010 στο 2012 και στη συνέχεια ακλούθησε σημαντική αύξηση από το 2012 προς τη χρονική περίοδο 2016-2017 αγγίζοντας το 47,01%.

Πίνακας 3.2: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων ανά έτος.

Μεταβλητή	2010 (n = 109)	2012 (n = 99)	2016-2017 (n = 134)	Τιμή p
Ηλικία (έτη), μ.τ., (τ.α.)	32,18 (8,19)	35,43 (7,98)	35,63 (8,80)	0,026 ²
Ηλικία ανδρών, (τ.α.)	32,03 (8,21)	35,95 (8,06)	36,16 (8,54)	0,008 ²
Ηλικία γυναικών, (τ.α.)	33,21 (8,32)	32,94 (7,34)	33,56 (9,65)	0,681 ²
Φύλο, ν (%)				0,319 ¹
Άνδρες	95 (87,16)	82 (82,83)	107 (79,85)	
Γυναίκες	14 (12,84)	17 (17,17)	27 (20,15)	
Εθνικότητα, ν (%)				0,023 ¹
Άλλη	31 (28,44)	23 (23,23)	19 (14,18)	
Ελληνική	78 (71,56)	76 (76,77)	115 (85,82)	
Διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα (έτη), διάμεσος (25-75)	6 (5-10)	17 (13-20)	13 (3-20,50)	0,159 ³
Διαβίωση σε, ν (%)				0,061 ¹
Άστεγος	59 (54,13)	34 (34,34)	63 (47,01)	
Προσωρινή στέγη	10 (9,17)	16 (16,16)	19 (14,18)	
Σταθερή στέγη	40 (36,70)	49 (49,49)	52 (38,81)	
Άστεγος, ν (%)				0,015 ¹
Όχι	50 (45,87)	65 (65,66)	71 (52,99)	
Ναι	59 (54,13)	34 (34,34)	63 (47,01)	
Διαβίωση με, ν (%)				0,540 ¹
Γονείς	28 (57,14)	32 (50,79)	27 (38,57)	
Μόνος	8 (16,33)	13 (20,63)	19 (27,14)	
Σύζυγο-Σύντροφο	7 (14,29)	6 (9,52)	7 (10,00)	
Φίλους	4 (8,16)	8 (12,70)	10 (14,29)	
Άλλο	2 (4,08)	4 (6,35)	7 (10,00)	
Διάρκεια αστεγίας (μέρες), διάμεσος (25-75)	213 (30-730)	365 (183-730)	90 (30-365)	0,242 ³
Εκπαιδευτικό επίπεδο, ν (%)				0,216 ¹

Έως πρωτοβάθμια	36 (34,62)	35 (36,08)	52 (39,39)
Απόφοιτος Γυμνασίου-Κατωτ.Τεχν.Σχολή	40 (38,46)	23 (23,71)	33 (25,00)
Απόφοιτος Λυκείου-ΤΕΛ-ΤΕΕ-ΙΕΚ-ΚΕΚ- Κολέγιο-Ανώτ.Τεχν.Σχολή	24 (23,08)	32 (32,99)	37 (28,03)
Τριτοβάθμια	4 (3,85)	7 (7,22)	10 (7,58)
Ασφάλιση, ν (%)			0,473 ¹
Όχι	76 (73,08)	72 (80,00)	93 (73,81)
Ναι	28 (26,92)	18 (20,00)	33 (26,19)
Επίδομα, ν (%)			0,254 ¹
Όχι	107 (99,07)	88 (96,70)	126 (95,45)
Ναι	1 (0,93)	3 (3,30)	6 (4,55)
Εργασιακή κατάσταση, ν (%)			0,234 ¹
Άνεργος	97 (88,99)	88 (88,89)	112 (83,58)
Περιστασιακή εργασία	11 (10,09)	8 (8,08)	21 (15,67)
Σταθερή απασχόληση	1 (0,92)	3 (3,03)	1 (0,75)
Οικογενειακή κατάσταση, ν (%)			0,216 ¹
Άγαμος	81 (75,70)	79 (84,95)	115 (86,47)
Έγγαμος	11 (10,28)	4 (4,30)	7 (5,26)
Διαζευγμένος	15 (14,02)	10 (10,75)	11 (8,27)
Ύπαρξη παιδιών, ν (%)			0,601 ¹
Όχι	84 (78,50)	78 (83,87)	105 (79,55)
Ναι	23 (21,50)	15 (16,13)	27 (20,45)
Αδέλφια, ν (%)			0,213 ¹
Όχι	5 (8,33)	1 (1,64)	7 (6,42)
Ναι	55 (91,67)	60 (98,36)	102 (93,58)
Εκπλήρωση στρατιωτικών υποχρεώσεων, ν (%)			0,994 ¹
Όχι	15 (17,86)	12 (15,79)	17 (16,83)
Ναι	49 (58,33)	47 (61,84)	61 (60,40)
Νόμιμη απαλλαγή	20 (23,81)	17 (22,37)	23 (22,77)
Ύπαρξη συγγενή χρήστη, ν (%)			0,821 ¹
Όχι	57 (73,08)	43 (69,35)	73 (73,74)
Ναι	21 (26,92)	19 (30,65)	26 (26,26)
Συγκατοίκηση με χρήστη, ν (%)			0,900 ¹

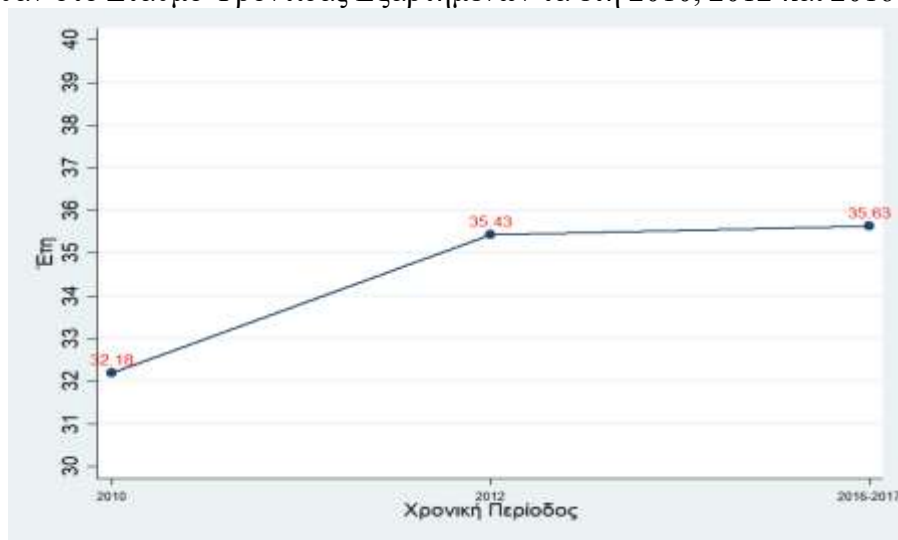
Όχι	35 (71,43)	35 (67,31)	42 (70,00)
Ναι	14 (28,57)	17 (32,69)	18 (30,00)

¹ Από στατιστικό κριτήριο χ^2

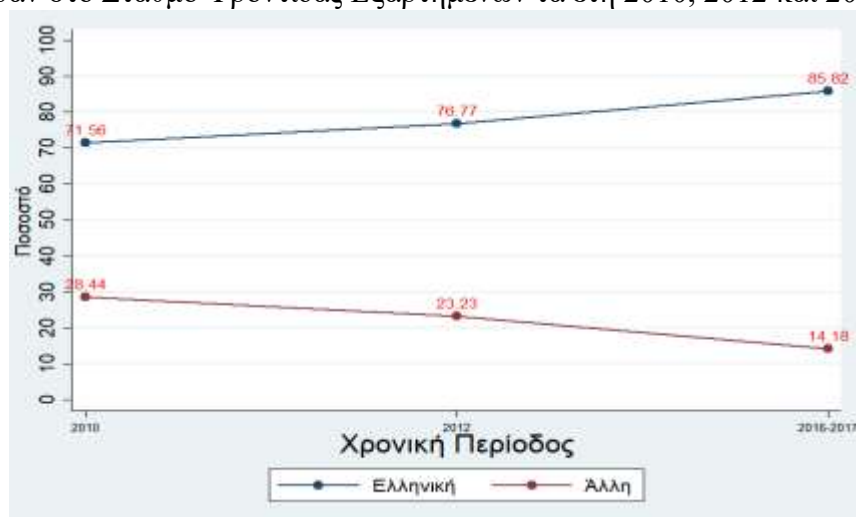
² Από στατιστικό κριτήριο one way ANOVA

³ Από στατιστικό κριτήριο Kruskal-Wallis

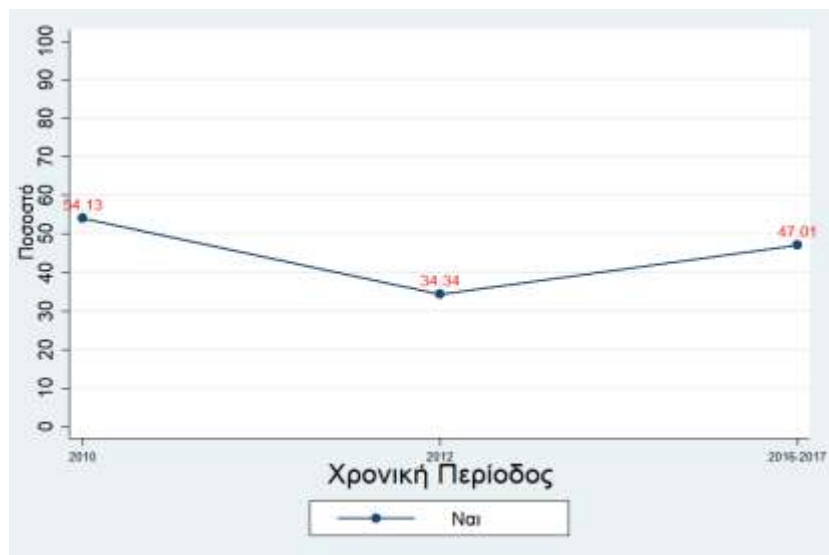
Σχήμα 1: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης ηλικίας των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Σχήμα 2: Ποσοστιαία κατανομή της εθνικότητας των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή της αστεγίας των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



3.2. Χρήση ουσιών

Στον Πίνακα 3.3 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά χρήσης ουσιών του συνολικού δείγματος της παρούσας μελέτης.

Η μέση ηλικία έναρξης χρήσης του δείγματος ήταν τα 16,51 έτη (τ.α. 4,75 έτη) και μέση διάρκεια χρήσης τα 18,04 έτη (τ.α. 8,87 έτη). Η πλειοψηφία- το 67,54% (N=231) του δείγματος- δήλωσε το χασίς ως ουσία έναρξης χρήσης, το 16,08% (N=55) δήλωσε την ηρωίνη, οι βενζοδιαζεπίνες δηλώθηκαν σε μικρό ποσοστό 6,43% (N=22) και οι άλλες ουσίες αποτέλεσαν το 9,06% (N=31) (Σχήμα 4).

Ως κύρια ουσία χρήσης η ηρωίνη αναφέρθηκε σε ποσοστό 83,92% (N=287), η κοκαΐνη από το 6,14% (N=21), η κάνναβη από το 4,09% (N=14) και οι βενζοδιαζεπίνες από το 2,92% (N=10) (Σχήμα 5).

Η ενέσιμη χρήση αποτέλεσε τον συχνότερα αναφερόμενο τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας με ποσοστό 56,14% (N=192). Η λήψη της κύριας ουσίας από τη μύτη (ενδορινικώς) αναφέρθηκε από το 32,46% (N=111), το κάπνισμα / εισπνοή από το στόμα αναφέρθηκε από το 8,19% (N=28) και η βρώση-πόση από το 3,22% (N=11) (Σχήμα 6).

Όσον αφορά τη συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας, το 83,04% (N=284) ανέφερε καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας, το 11,70% (N=40) χρήση 2-6 φορές ανά εβδομάδα της κύριας ουσίας και το 4,09% (N=14) χρήση 0-1 φορά ανά εβδομάδα για την κύρια ουσία, όπως παρατηρείται και στο Σχήμα 7.

Ενέσιμη χρήση έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφεραν οι περισσότεροι, αποτελώντας το 86,26% (N=295). Κοινή χρήση σύριγγας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από το 45, 76% (N=135) και οι υπόλοιποι 127 (το 43, % του δείγματος) δεν έχουν κάνει κοινή χρήση σύριγγας έστω και μια φορά στη ζωή τους. Παραπάνω από τους μισούς 59, 06% (N=202) ανέφεραν ενέσιμη χρήση στη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών. Εξ αυτών, οι περισσότεροι 56,93% (N=115) δεν έχουν κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον τις τελευταίες 30 ημέρες και το 28, 71% (N=58) έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον τις τελευταίες 30 ημέρες.

Η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος (N=342) δεν έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας τις τελευταίες 30 ημέρες, αποτελώντας το 73,39% (N=251). Η μέση ηλικία έναρξης της ενέσιμης χρήσης ήταν τα 23,02 έτη (τ.α. 6,93 έτη) και μέση διάρκεια ενέσιμης χρήσης τα 16,91 έτη (τ.α.7,44 έτη). Η ηρωίνη αποτέλεσε τη συχνότερα αναφερόμενη ως κύρια ουσία ενέσιμης χρήσης, αναφέρθηκε από το 88,02% (N=169) του δείγματος.

Ποσοστό 58,77% (N= 201) ανέφερε ένταξη σε θεραπευτική προσπάθεια, με μέση διάρκεια τους 5 μήνες (2-12). Οι περισσότεροι 64,18% έχουν κάνει θεραπευτική προσπάθεια σε στεγνό πρόγραμμα και 20.90% σε θεραπεία υποκατάστασης.

Πίνακας 3.3: Χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων, του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.

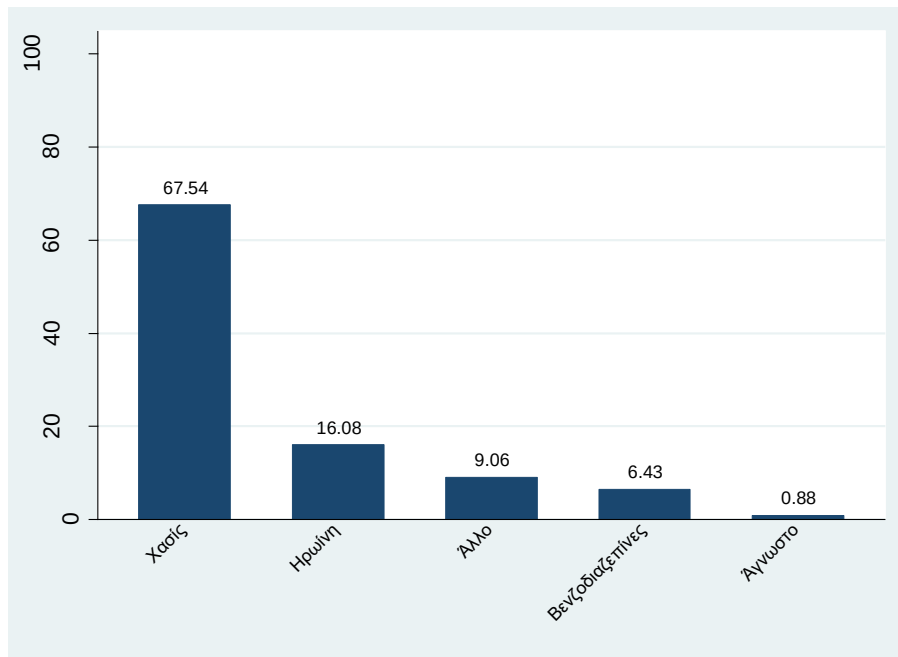
Μεταβλητή	Σύνολο (N = 342)
Ηλικία έναρξης χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)	16,51 (4,75)
Διάρκεια χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)	18,04 (8,87)
Ουσία έναρξης χρήσης, ν (%)	
Χασίς	231 (67,54)
Ηρωίνη	55 (16,08)
Βενζοδιαζεπίνες	22 (6,43)
Άλλο	31 (9,06)
Άγνωστο	3 (0,88)
Ουσία έναρξης χρήσης, ν (%)	
Χασίς	231 (67,54)
Ηρωίνη	55 (16,08)
Βενζοδιαζεπίνες	22 (6,43)
LSD	1 (0,29)
Έκσταση	1 (0,29)
Όπιο	4 (1,17)
Αλκοόλ	5 (1,46)
Αμφεταμίνες	1 (0,29)
Αρντάν	4 (1,17)
Βενζίνη	4 (1,17)
Βενζίνη-Κοκαΐνη	1 (0,29)
Κοκαΐνη	6 (1,75)
Μαριχουάνα	1 (0,29)
Νασουάρ	1 (0,29)
Παραισθησιογόνα	1 (0,29)
Τριπάκι	1 (0,29)
Άγνωστο	3 (0,88)

Ενέσιμη χρήση οποιαδήποτε χρονική στιγμή, ν (%)		
	Όχι	44 (12,87)
	Ναι	295 (86,26)
	Άγνωστο	3 (0,88)
Ηλικία έναρξης ενέσιμης χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)		23,02 (6,93)
Διάρκεια ενέσιμης χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)		16,91 (7,44)
Κύρια ουσία ενέσιμης χρήσης, ν (%)		
	Ηρωίνη	169 (88,02)
	Άλλη	23 (11,98)
Κύρια ουσία, ν (%)		
	Ηρωίνη	287 (83,92)
	Κοκαΐνη/Speedball	21 (6,14)
	Sisa/ Κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη	4 (1,17)
	Κάναβη, Χασίς, SKAG/SNUK	14 (4,09)
	Βενζοδιαζεπίνες	10 (2,92)
	Βουπρενορφίνη	6 (1,75)
Τρόπος χρήσης κύριας ουσίας, ν (%)		
	Ένεση	192 (56,14)
	Μύτη	111 (32,46)
	Κάπνισμα-Εισπνοή από το στόμα	28 (8,19)
	Βρώση-Πόση	11 (3,22)
Συχνότητα χρήσης κύριας, ν (%)		
	Καθημερινά	284 (83,04)
	0-1 φορά ανά εβδομάδα	14 (4,09)
	2-6 φορές ανά εβδομάδα	40 (11,70)
	Καθόλου χρήση τον τελευταίο μήνα	2 (0,58)
	Άγνωστο	2 (0,58)
1η δευτερεύουσα ουσία, ν (%)		
	Sisa	5 (1,81)
	Αλκοόλ	3 (1,09)
	Βενζοδιαζεπίνες	151 (54,71)
	Βουπρενορφίνη	7 (2,54)
	Ηρωίνη	22 (7,97)
	Κοκαΐνη	51 (18,48)

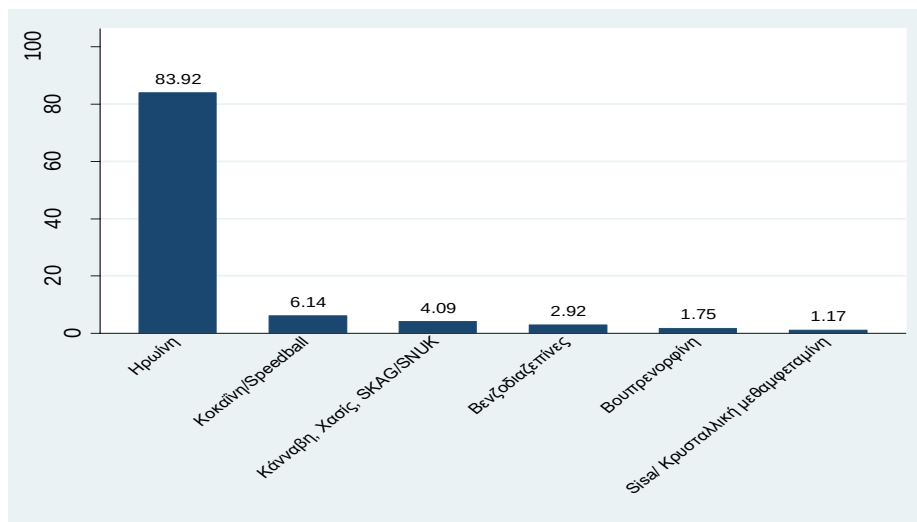
	Χασίς	37 (13,41)
2η δευτερεύουσα ουσία, ν (%)		
	Sisa	1 (0,93)
	Αλκοόλ	8 (7,48)
	Βενζοδιαζεπίνες	35 (32,71)
	Βουπρενορφίνη	1 (0,93)
	Ηρωίνη	2 (1,87)
	Κοκαΐνη	30 (28,04)
	Μανιτάρια	1 (0,93)
	Μορφίνη	1 (0,93)
	Χασίς	28 (26,17)
3η δευτερεύουσα ουσία, ν (%)		
	Όπιο	1 (8,33)
	Βενζοδιαζεπίνες	4 (33,33)
	Κοκαΐνη	2 (16,67)
	Χασίς	5 (41,67)
Αριθμός ουσιών χρήσης, ν (%)		
	1	66 (19,30)
	2	169 (49,42)
	3	95 (27,78)
	4	12 (3,51)
Ενέσιμη χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες, ν (%)		
	Όχι	136 (39,77)
	Ναι	202 (59,06)
	Άγνωστο	4 (1,17)
Αν ναι, έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον τις τελευταίες 30 ημέρες; ν (%)		
	Όχι	115 (56,93)
	Ναι	58 (28,71)
	Άγνωστο	29 (14,36)
Κοινή χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες (στο σύνολο), ν (%)		
	Όχι	251 (73,39)
	Ναι	58 (16,96)
	Άγνωστο	33 (9,65)

Κοινή χρήση γενικά, ν (%)		
	Όχι	127 (43,05)
	Ναι	135 (45,76)
	Άγνωστο	33 (11,19)
Ένταξη σε θεραπευτική προσπάθεια, ν (%)		
	Όχι	141 (41,23)
	Ναι	201 (58,77)
Διάρκεια τελευταίας θεραπευτικής προσπάθειας (μήνες), διάμεσος (25-75)		
		5 (2-12)
Πρόσφατη θεραπευτική προσπάθεια, ν (%)		
Εφήβων εξωτερικής παραμονής-Στεγνό πρόγραμμα		20 (9,95)
PETO		15 (7,46)
Θεραπεία υποκατάστασης		39 (19,40)
Ιδιωτικά-Συνεδρίες		3 (1,49)
Ιδιωτική κλινική-Αποτοξίνωση		9 (4,48)
Πρόγραμμα 12 βημάτων (NA)		5 (2,49)
Πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής-Στεγνό		27 (13,43)
Πρόγραμμα εσωτερικής παραμονής-Θεραπευτική κοινότητα		32 (15,92)
Συμβουλευτικός σταθμός		26 (12,94)
Πρόγραμμα υποκατάστασης φυλακή		3 (1,49)
Φυλακή-Στεγνό πρόγραμμα		19 (9,45)
Άγνωστο		3 (1,49)
Πρόσφατη θεραπευτική προσπάθεια, ν (%)		
	Στεγνό	129 (64,18)
	Υποκατάστασης	42 (20,90)
	Άλλο	27 (13,43)
	Άγνωστο	3 (1,49)

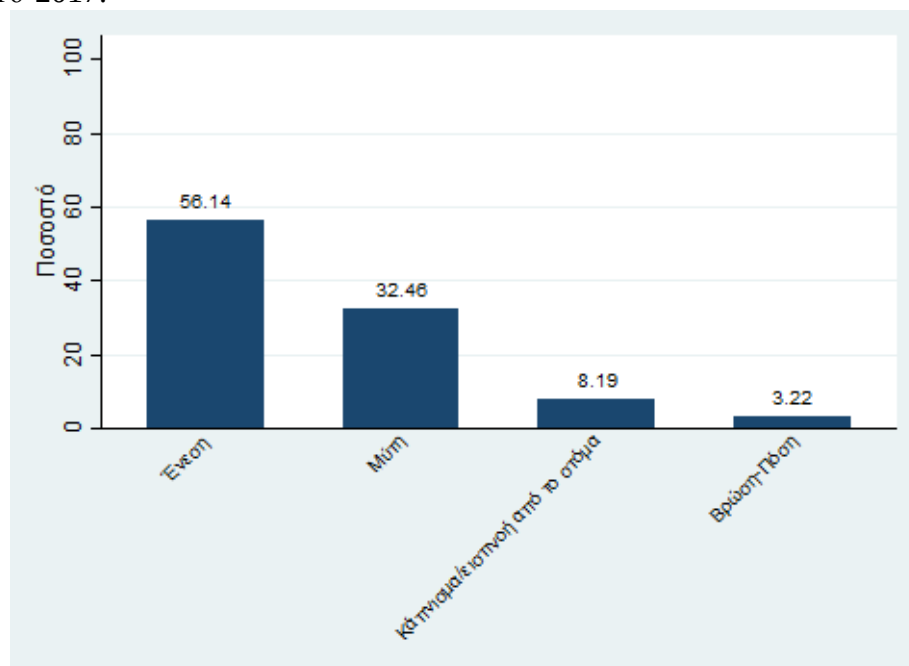
Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή της ουσίας έναρξης χρήσης των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



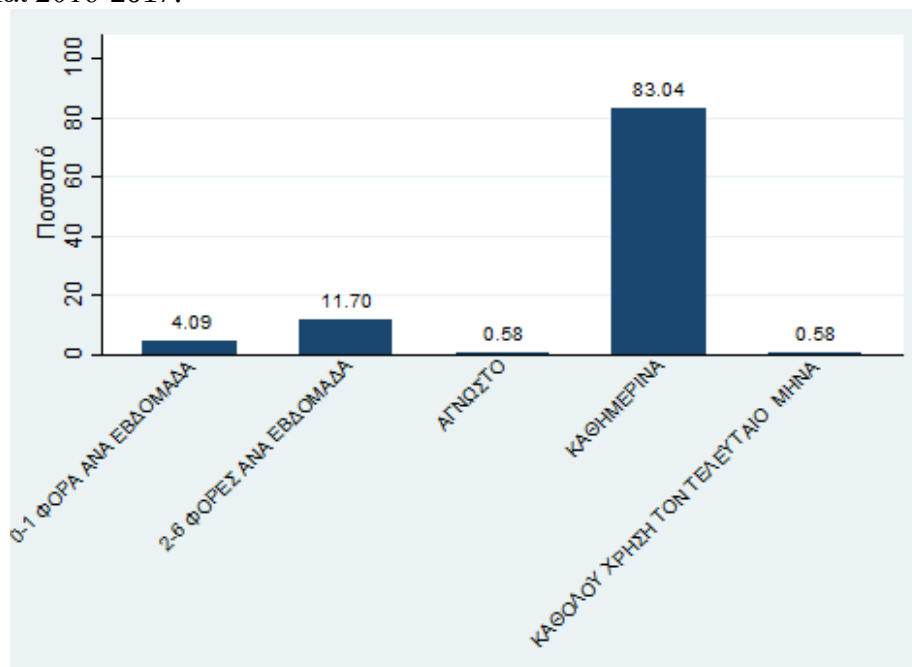
Σχήμα 5: Ποσοστιαία κατανομή της κύριας ουσίας των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Σχήμα 6: Ποσοστιαία κατανομή του τρόπου χρήσης κύριας ουσίας των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Σχήμα 7: Ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας χρήσης κύριας ουσίας των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Στον πίνακα 3.4 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων, του δείγματος ανά έτος. Η διάρκεια χρήσης διέφερε στατιστικά σημαντικά ($p=0,001$) ανάμεσα στις τρεις χρονικές περιόδους προσέλευσης, με μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης τα 19,98 έτη (τ.α. 8,68) κατά την χρονική περίοδο 2016-2017 και μικρότερη τα 15,55 έτη (τ.α. 8,43) το 2010 (Σχήμα 8).

Η ίδια τάση φαίνεται και στην ερώτηση που αφορά τη διάρκεια ενέσιμης χρήσης, όπου η μεγαλύτερη διάρκεια ενέσιμης διαφαίνεται στα έτη 2016-2017 19,72 (τ.α. 7,83) και η μικρότερη διάρκεια ενέσιμης χρήσης διαφαίνεται το 2010 14,37 (τ.α. 6,57) με στατιστική σημαντικότητα ($p=0,001$) (Σχήμα 9).

Διαχρονικά, η ηρωίνη αποτελεί την κύρια ουσία χρήσης με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,001$) από άλλες ουσίες (Σχήμα 10). Ως προς τη συχνότητα χρήσης κύριας ουσίας, η πλειοψηφία του δείγματος κάνει καθημερινή χρήση ($p=0,002$). Καθ'όλη τη διάρκεια των ετών και πιο συγκεκριμένα, σε ποσοστό 93,58% ($N=102$) το 2010 και με μια μείωση το 2012 προσεγγίζοντας το 75,76% ($N=75$).

Η πλειοψηφία του δείγματος έχει κάνει θεραπευτική προσπάθεια σε κάποιο πρόγραμμα για τα ναρκωτικά ($p=0,041$), με το ποσοστό των θετικών απαντήσεων να σημειώνει αύξηση από 50,46% ($N=55$) το 2010 σε 66,42% ($N=89$) τη χρονική περίοδο 2016-2017 (Σχήμα 11). Η μέση διάρκεια της θεραπευτικής προσπάθειας σημείωσε αύξηση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,084$), από 3 μήνες το 2012 σε 6 μήνες για 2016-2017.

Στις υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα μελετώμενα έτη.

Το γεγονός ότι το p -value ήταν μεγαλύτερο από 0,05 (δηλαδή μη στατιστικά σημαντικό) για τη μέση ηλικία έναρξης χρήσης και την ηλικία έναρξης ενέσιμης δείχνει ότι δεν υπάρχει διαφορά στην κατανομή των μεταβλητών στις τρεις χρονικές περιόδους), παρατίθενται τα αντίστοιχα σχήματα (Σχήματα 12 και 13).

Πίνακας 3.4: Χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων, του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων ανά έτος.

Μεταβλητή	2010 ($n = 109$)	2012 ($n = 99$)	2016-2017 ($n = 134$)	Τιμή p
Ηλικία έναρξης χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)	16,63 (4,43)	17,20 (5,83)	15,88 (3,98)	0,106 ²
Διάρκεια χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)	15,55 (8,43)	18,23 (9,00)	19,98 (8,68)	<0,001 ²

Ουσία έναρξης χρήσης, ν (%)					0,785 ¹
Χασίς	74 (68,52)	65 (65,66)	92 (69,70)		
Ηρωίνη	15 (13,89)	17 (17,17)	23 (17,42)		
Άλλο	19 (17,59)	17 (17,17)	17 (12,88)		
Ενέσιμη χρήση (οποιαδήποτε χρονική στιγμή), ν (%)					0,756 ¹
Όχι	12 (11,01)	14 (14,14)	18 (13,74)		
Ναι	97 (88,99)	85 (85,86)	113 (86,26)		
Ηλικία έναρξης ενέσιμης χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)	22,64 (6,27)	23,39 (6,83)	23,09 (7,56)	0,803 ²	
Διάρκεια ενέσιμης χρήσης (έτη), μ.τ., (τ.α.)	14,37 (6,57)	16,55 (6,92)	19,72 (7,83)	<0,001 ²	
Κύρια ουσία ενέσιμης χρήσης, ν (%)					0,155 ¹
Ηρωίνη	62 (93,94)	51 (86,44)	56 (83,58)		
Άλλη	4 (6,06)	8 (13,56)	11 (16,42)		
Κύρια ουσία, ν (%)					0,001 ¹
Ηρωίνη	103 (94,50)	78 (78,79)	106 (79,10)		
Άλλη	6 (5,50)	21 (21,21)	28 (20,90)		
Κύρια ουσία, ν (%)					<0,001 ¹
Ηρωίνη	103 (94,50)	78 (78,79)	106 (79,10)		
Κοκαΐνη/Speedball	5 (4,59)	5 (5,05)	11 (8,21)		
Άλλη	1 (0,92)	16 (16,16)	17 (12,69)		
Τρόπος χρήσης κύριας ουσίας, ν (%)					0,035 ¹
Ένεση	66 (60,55)	59 (59,60)	67 (50)		
Μύτη	39 (35,78)	26 (26,26)	46 (34,33)		
Κάπνισμα-Εισπνοή από το στόμα	3 (2,75)	9 (9,09)	16 (11,94)		
Βρώση-Πόση	1 (0,92)	5 (5,05)	5 (3,73)		
Τρόπος χρήσης κύριας ουσίας, ν (%)					0,183 ¹

Ένεση	66 (60,55)	59 (59,60)	67 (50,00)	
Άλλος	43 (39,45)	40 (40,40)	67 (50,00)	
Συχνότητα χρήσης κύριας, ν (%)				0,002 ¹
Όχι καθημερινά	7 (6,42)	24 (24,24)	25 (18,94)	
Καθημερινά	102 (93,58)	75 (75,76)	107 (81,06)	
1η δευτερεύουσα ουσία, ν (%)				0,456 ¹
Βενζοδιαζεπίνες	42 (51,22)	49 (60,49)	60 (53,10)	
Κοκαΐνη	21 (25,61)	11 (13,58)	19 (16,81)	
Χασίς	11 (13,41)	9 (11,11)	17 (15,04)	
Άλλο	8 (9,76)	12 (14,81)	17 (15,04)	
2η δευτερεύουσα ουσία, ν (%)				0,093 ¹
Βενζοδιαζεπίνες	13 (31,71)	0 (0,00)	1 (2,63)	
Κοκαΐνη	12 (29,27)	10 (35,71)	8 (21,05)	
Χασίς	8 (19,51)	10 (35,71)	10 (26,32)	
Άλλο	8 (19,51)	0 (0,00)	1 (2,63)	
3η δευτερεύουσα ουσία, ν (%)				0,463 ¹
Βενζοδιαζεπίνες	2 (33,33)	2 (50,00)	0 (0,00)	
Κοκαΐνη	2 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Χασίς	1 (16,67)	2 (50,00)	2 (100,00)	
Άλλο	1 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Πολλαπλή χρήση ουσιών, ν (%)				0,061 ¹
Όχι	30 (27,52)	18 (18,18)	21 (15,67)	
Ναι	79 (72,48)	81 (81,82)	113 (84,33)	
Έχει κάνει ενέσιμη χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες, ν (%)				0,448 ¹
Όχι	39 (35,78)	40 (40,40)	57 (43,85)	
Ναι	70 (64,22)	59 (59,60)	73 (56,15)	

Αν ναι, έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον τις τελευταίες 30 ημέρες; ν (%)					0,517 ¹
	Όχι	40 (65,57)	41 (71,93)	34 (61,82)	
	Ναι	21 (34,43)	16 (28,07)	21 (38,18)	
Κοινή χρήση γενικά (με ιστορικό ενδοφλέβιας), ν (%)					0,825 ¹
	Όχι	46 (51,11)	38 (46,91)	43 (47,25)	
	Ναι	44 (48,89)	43 (53,09)	48 (52,75)	
Κοινή χρήση γενικά (στο σύνολο), ν (%)					0,956 ¹
	Όχι	58 (56,86)	52 (54,74)	61 (55,96)	
	Ναι	44 (43,14)	43 (45,26)	48 (44,04)	
Ένταξη σε θεραπευτική προσπάθεια, ν (%)					0,041 ¹
	Όχι	54 (49,54)	42 (42,42)	45 (33,58)	
	Ναι	55 (50,46)	57 (57,58)	89 (66,42)	
Πρόσφατη θεραπευτική προσπάθεια υποκατάσταση, ν (%)					0,037 ¹
	Όχι	46 (85,19)	48 (85,71)	62 (70,45)	
	Ναι	8 (14,81)	8 (14,29)	26 (29,55)	
Διάρκεια τελευταίας θεραπευτικής προσπάθειας (μήνες), διάμεσος (25-75)		4,5 (1-20)	3 (2-10)	6 (3-19)	0,084 ³
Αριθμός άλλων θεραπευτικών προσπαθειών, ν (%)					0,642 ¹
	0	4 (26,67)	4 (30,77)	4 (21,05)	
	1	8 (53,33)	4 (30,77)	10 (52,63)	
	2	1 (6,67)	2 (15,38)	4 (21,05)	

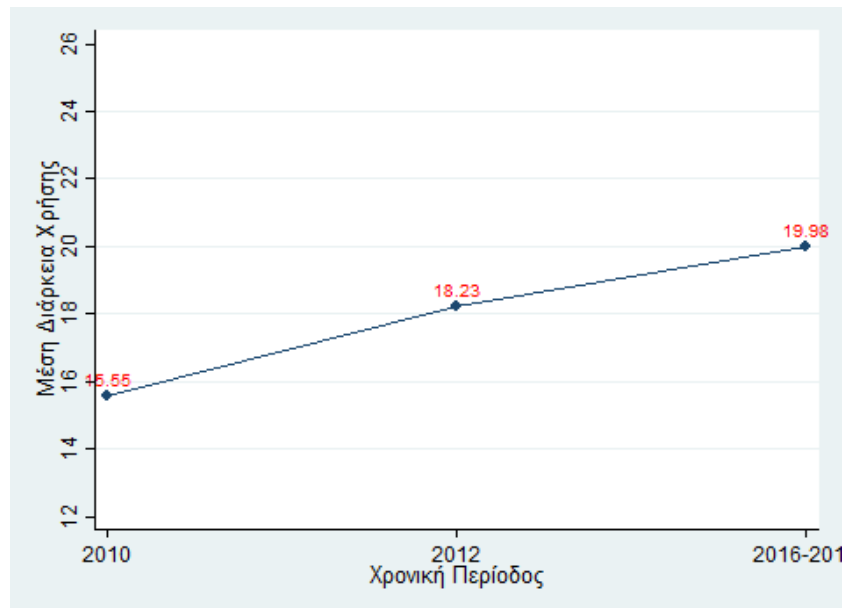
	> 2	2 (13,33)	3 (23,08)	1 (5,26)	
Συνολική διάρκεια άλλων θεραπευτικών προσπαθειών (μήνες), διάμεσος (25-75)		4,5 (1-20)	3,5 (2-12)	7,5 (4-21)	0,025 ³

¹ Από στατιστικό κριτήριο χ^2

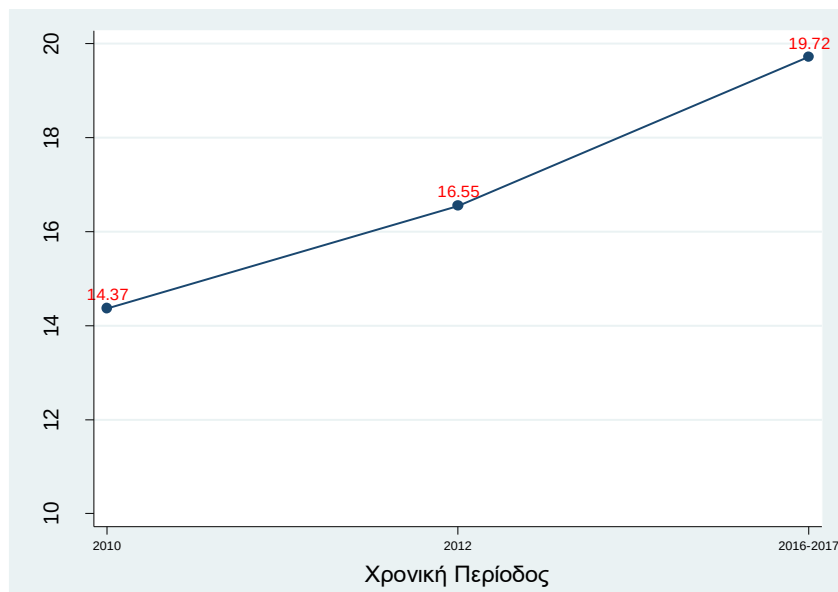
² Από στατιστικό κριτήριο one way ANOVA

³ Από στατιστικό κριτήριο Kruskal-Wallis

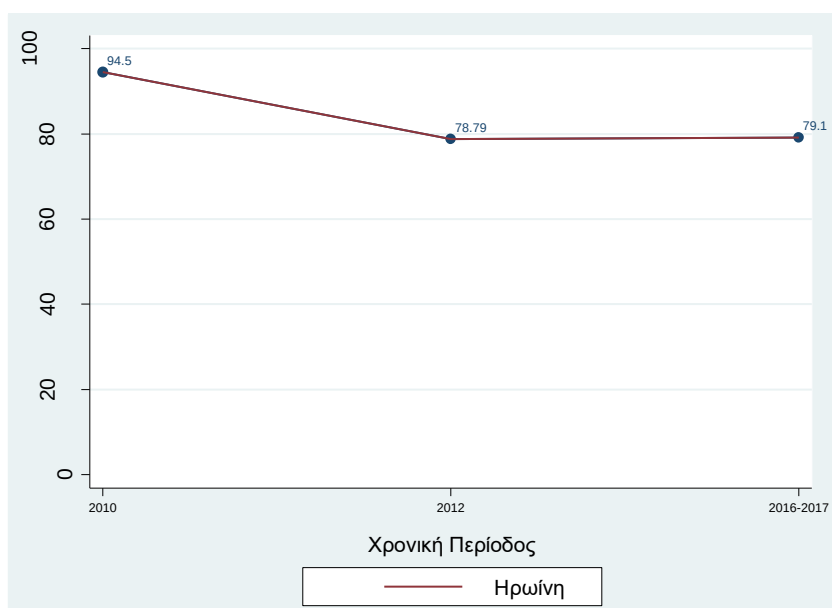
Σχήμα 8: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης διάρκειας χρήσης των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



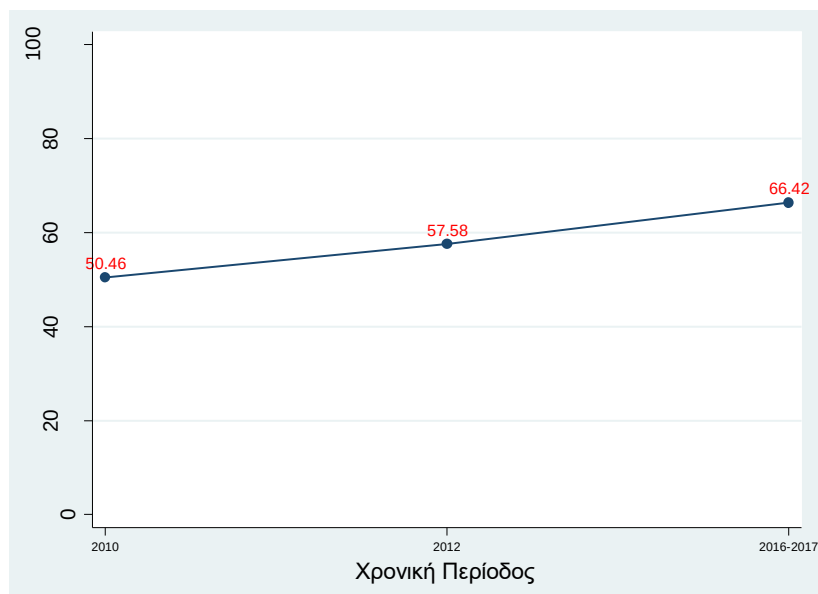
Σχήμα 9: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης διάρκειας ενέσιμης χρήσης των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



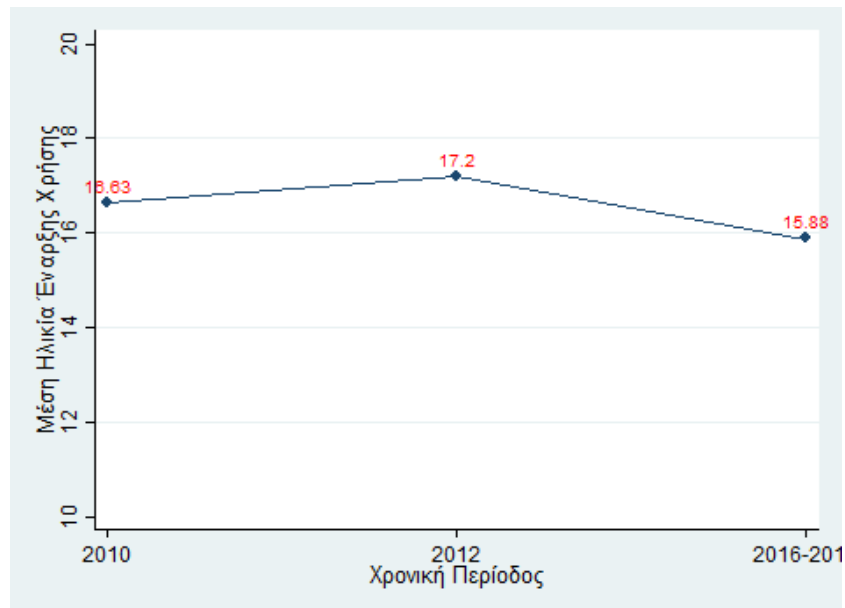
Σχήμα 10: Ποσοστιαία κατανομή της κύριας ουσίας χρήσης (ηρωίνης) των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



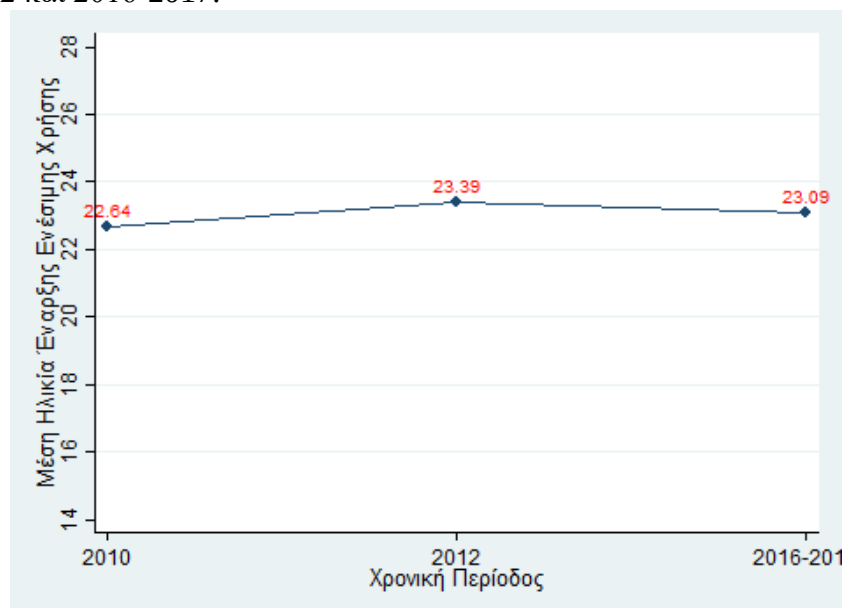
Σχήμα 11: Ποσοστιαία κατανομή ένταξης σε θεραπευτική προσπάθεια των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Σχήμα 12: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης ηλικίας έναρξης χρήσης των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



Σχήμα 13: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης ηλικίας έναρξης ενέσιμης χρήσης των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



3.3. Λοιμώδη νοσήματα

Στον πίνακα 3.5 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά για λοιμώδη νοσήματα του συνολικού δείγματος της παρούσας μελέτης.

Με στοιχεία που προκύπτουν από αυτοαναφορά, η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν έχει HIV(+) σε ποσοστό 64,62% (N=221). Το 42,98 % (N=147) απάντησε ότι έχει HCV(+), ποσοστό 6,14% (N=21) δήλωσε ότι έχει HBsAg(+). Η μέση διάρκεια από τον τελευταίο έλεγχο για λοιμώδη ήταν οι 12 μήνες.

Πίνακας 3.5: Περιγραφικά χαρακτηριστικά για λοιμώδη νοσήματα των ατόμων του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.

Μεταβλητή	Σύνολο (N = 342)	
Έλεγχος για HIV, ν (%)		
	Όχι	32 (9,36)
	Ναι	244 (71,35)
	Άγνωστο	66 (19,30)
HIV(+) - Αυτοαναφορά, ν (%)		
	Όχι	221 (64,62)
	Ναι	23 (6,73)
	Άγνωστο	98 (28,65)
Έλεγχος για HCV, ν (%)		
	Όχι	33 (9,65)
	Ναι	273 (79,82)
	Άγνωστο	36 (10,53)
HCV(+) - Αυτοαναφορά, ν (%)		
	Όχι	126 (36,84)
	Ναι	147 (42,98)
	Άγνωστο	69 (20,18)
Λήψη θεραπείας για HCV με Ιντερφερόνη, ν (%)		
	Όχι	9 (6,12)
	Ναι	6 (4,08)
	Άγνωστο	132 (89,80)

Έλεγχος για HBsAg, ν (%)		
	Όχι	34 (9,94)
	Ναι	238 (69,59)
	Άγνωστο	70 (20,47)
HBsAg(+) - Αυτοαναφορά, ν (%)		
	Όχι	217 (63,45)
	Ναι	21 (6,14)
	Άγνωστο	104 (30,41)
Διάρκεια από τον τελευταίο έλεγχο για HBV, HIV, HCV (σε μήνες), διάμεσος (25-75)		12 (6-18)

Στον Πίνακα 3.6 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά για λοιμώδη νοσήματα των ατόμων, του δείγματος ανά έτος.

Στη μεταβλητή HIV(+) παρατηρείται ότι $p=0,001$. Το HIV(+) διαφοροποιείται ανάλογα με τη χρονιά προσέλευσης. Συγκεκριμένα, από 0 για το 2010 παρατηρείται αύξηση HIV(+) σε ποσοστό 11,76% το 2012 και 14,42 % τη χρονική περίοδο 2016-2017. Στις υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα μελετώμενα έτη.

Πίνακας 3.6: Περιγραφικά χαρακτηριστικά για λοιμώδη νοσήματα των ατόμων του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων ανά έτος.

Μεταβλητή	2010 (n = 109)	2012 (n = 99)	2016- 2017 (n = 134)	Τιμή p
Έλεγχος για HIV, ν (%)				0,193 ¹
Όχι	14 (16,28)	9 (11,69)	9 (7,96)	
Ναι	72 (83,72)	68 (88,31)	104 (92,04)	
HIV(+) - Αυτοαναφορά, ν (%)				0,001 ¹
Όχι	72 (100)	60 (88,24)	89 (85,58)	
Ναι	0 (0)	8 (11,76)	15 (14,42)	
Έλεγχος για HCV, ν (%)				0,308 ¹
Όχι	14 (14,58)	9 (10,34)	10 (8,13)	
Ναι	82 (85,42)	78 (89,66)	113 (91,87)	
HCV(+) - Αυτοαναφορά, ν (%)				0,507 ¹
Όχι	42 (51,22)	33 (42,31)	51 (45,13)	
Ναι	40 (48,78)	45 (57,69)	62 (54,87)	
Έλεγχος για HBsAg, ν (%)				0,292 ¹
Όχι	15 (16,85)	9 (11,54)	10 (9,52)	
Ναι	74 (83,15)	69 (88,46)	95 (90,48)	
HBsAg(+) - Αυτοαναφορά, ν (%)				0,263 ¹
Όχι	65 (87,84)	62 (89,86)	90 (94,74)	
Ναι	9 (12,16)	7 (10,14)	5 (5,26)	
Διάρκεια από τον τελευταίο έλεγχο για HBV, HIV, HCV (σε μήνες),	12 (6-24)	6 (4-12)	11 (6-24)	0,229 ²

¹Από στατιστικό κριτήριο χ^2

² Από στατιστικό κριτήριο Kruskal-Wallis

3.4. Άλλα χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 3.7 παρουσιάζονται κάποια άλλα αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος της παρούσας μελέτης.

Ύπαρξη σωματικού προβλήματος τα τελευταία δύο χρόνια δήλωσε το 22, 22% (N=76). Ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος δηλώθηκε στο 34,80% (N=119). Νομικές εκκρεμότητες παρατηρήθηκαν στο 42, 69% (N=146). Στην πλειοψηφία 70,47 % (N=241) του δείγματος, οι φίλοι αποτέλεσαν την κύρια πηγή παραπομπής.

Πίνακας 3.7: Γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.

Μεταβλητή	Σύνολο (N = 342)	
Υπαρξη σωματικού προβλήματος τα τελευταία δύο χρόνια, ν (%)		
	Όχι	266 (77,78)
	Ναι	76 (22,22)
Είδος σωματικού προβλήματος, ν (%)		
	Παθολογικό	46 (60,53)
	Χειρουργικό	25 (32,89)
	Άγνωστο	5 (6,58)
Υπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος, ν (%)		
	Όχι	221 (64,62)
	Ναι	121 (35,38)
Είδος ψυχιατρικού προβλήματος, ν (%)		
	Αγχώδεις διαταραχές	7 (5,79)
	Κατάθλιψη	35 (28,93)
	Σχιζοφρένεια-Ψυχωτικές διαταραχές-Διπολική	35 (28,93)
	Άλλο	7 (5,79)
	Άγνωστο	37 (30,58)
Παρακολούθηση από ειδικό για ψυχιατρικό πρόβλημα, ν (%)		

	Δημόσια	64 (52,89)
	Ιδιωτικά	9 (7,44)
	Άγνωστο	48 (39,67)
Νοσηλεία για ψυχιατρικό πρόβλημα, ν (%)		
	Όχι	5 (4,13)
	Ναι	41 (33,89)
	Άγνωστο	75 (61,98)
Αριθμός νοσηλειών για ψυχιατρικό πρόβλημα, ν (%)		
	1	22 (53,66)
	2	2 (4,88)
	3	3 (7,32)
	4	1 (2,44)
	Άγνωστο	13 (31,71)
Απόπειρα αυτοκτονίας, ν (%)		
	Όχι	2 (1,65)
	Ναι	8 (6,61)
	Άγνωστο	111 (91,74)
Αριθμός αποπειρών, ν (%)		
	1	2 (25)
	2	4 (50)
	4	1 (12,50)
	Άγνωστο	1 (12,50)
Φαρμακευτική αγωγή, ν (%)		
	Όχι	9 (7,44)
	Ναι	75 (61,98)
	Άγνωστο	37 (30,58)
Διάρκεια λήψης φαρμακευτικής αγωγής (έτη), ν (%)		
	< 5	16 (21,33)
	[5-10]	3 (4)
	> 10	4 (5,33)
	Άγνωστο	52 (69,33)
Αντιψυχωτικά, ν (%)		
	Όχι	16 (21,33)
	Ναι	21 (28)

	Άγνωστο	38 (50,67)
Αντικαταθλιπτικά, ν (%)		
	Όχι	13 (17,33)
	Ναι	24 (32)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Αγχολυτικά, ν (%)		
	Όχι	20 (26,67)
	Ναι	17 (22,67)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Υπναγωγά, ν (%)		
	Όχι	29 (38,67)
	Ναι	8 (10,67)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Αγχολυτικά (Αγχολυτικά+Υπναγωγά), ν (%)		
	Όχι	18 (24)
	Ναι	19 (25,33)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Αντιεπιληπτικά-Σταθεροποιητές, ν (%)		
	Όχι	29 (38,67)
	Ναι	8 (10,67)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Αντιχολινεργικά, ν (%)		
	Όχι	32 (42,67)
	Ναι	5 (6,67)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Θυμορυθμιστικά (Αντιεπιληπτικά-Σταθεροποιητές-Αντιχολινεργικά) , ν (%)		
	Όχι	24 (32)
	Ναι	13 (17,33)
	Άγνωστο	38 (50,67)
Οπιοειδή, ν (%)		
	Όχι	35 (46,67)
	Ναι	2 (2,67)
	Άγνωστο	38 (50,67)

Προσκόμιση γνωμάτευσης, ν (%)		
	Όχι	110 (90,91)
	Ναι	10 (8,26)
	Άγνωστο	1 (0,83)
Παραπομπή, ν (%)		
	Φίλοι	241 (70,47)
	Ίδιος	35 (10,23)
	Street Work	28 (8,19)
	Κέντρο βοήθειας	16 (4,68)
	ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ	5 (1,46)
	Θεραπευτικό κέντρο	8 (2,34)
	Κοινωνική υπηρεσία	2 (0,58)
	Οικογένεια	4 (1,17)
	Άγνωστο	3 (0,88)
Παραπομπή, ν (%)		
	Φίλοι	241 (71,09)
	Ίδιος	35 (10,32)
	Street Work	28 (8,26)
	Άλλο	35 (10,32)
Νομικές εκκρεμότητες, ν (%)		
	Όχι	189 (55,26)
	Ναι	146 (42,69)
	Άγνωστο	7 (2,05)
1ο Αδίκημα, ν (%)		
	Περί ναρκωτικών	65 (44,52)
	Αστικό	10 (6,85)
	Κατά τη ζωής	1 (0,68)
	Κατά της ζωής	2 (1,37)
	Κατά της περιουσίας	10 (6,85)
	Άγνωστο	58 (39,73)
2ο Αδίκημα, ν (%)		
	Περί ναρκωτικών	65 (44,52)
	Αστικό	10 (6,85)
	Ποινικό	13 (8,90)

	Άγνωστο	58 (39,73)
2ο Αδίκημα, ν (%)		
	Περί ναρκωτικών	14 (46,67)
	Αστικό	3 (10)
	Κατά της ζωής	2 (6,67)
	Κατά της περιουσίας	11 (36,67)
2ο Αδίκημα, ν (%)		
	Περί ναρκωτικών	14 (46,67)
	Αστικό	3 (10)
	Ποινικό	13 (43,33)
3ο Αδίκημα, ν (%)		
	Περί ναρκωτικών	5 (55,56)
	Κατά της περιουσίας	4 (44,44)
Αριθμός δικαστηρίων που εκκρεμούν, ν (%)		
	1	70 (47,95)
	2	25 (17,12)
	> 3	12 (8,22)
	Άγνωστο	39 (26,71)
Παράβαση νόμου περί ναρκωτικών, ν (%)		
	Όχι	78 (53,42)
	Ναι	68 (46,58)
Φυλάκιση, ν (%)		
	Όχι	15 (4,39)
	Ναι	68 (19,88)
	Άγνωστο	259 (75,73)
Αιτία φυλάκισης, ν (%)		
	Αστικό	2 (2,94)
	Περί ναρκωτικών	14 (20,59)
	Ποινικό	11 (16,18)
	Άγνωστο	41 (60,29)
Διάρκεια τελευταίας φυλάκισης σε μήνες, διάμεσος (25-75)		36 (9-66)
Αποφυλάκιση πριν από (μήνες), διάμεσος (25-75)		11 (2-42)

Στον Πίνακα 3.8 περιγράφονται άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων, του δείγματος ανά έτος.

Διαφοροποιείται η ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος και η μη ύπαρξη. Η τάση είναι να μην υπάρχει ψυχιατρικό πρόβλημα. Αλλά η θετική απάντηση αυξάνεται σε κάθε έτος που μελετάται, από 20,18 % (N=22) το 2010 σε 45,52% (N=61) τα έτη 2016-2017, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,001$) (Σχήμα 14).

Οι φίλοι αποτέλεσαν την κυριότερη πηγή παραπομπής σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,007$).

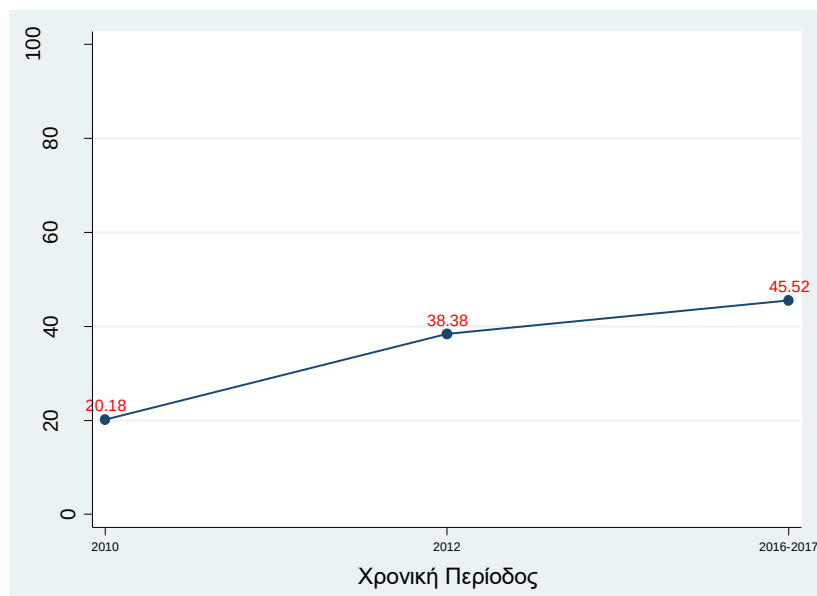
Πίνακας 3.8: Γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων ανά έτος.

Μεταβλητή		2010 (n = 109)	2012 (n = 99)	2016-2017 (n = 134)	Τιμή p^1
Υπαρξη σωματικού προβλήματος τα τελευταία δύο χρόνια, ν (%)					0,716
	Όχι	82 (75,23)	79 (79,80)	105 (78,36)	
	Ναι	27 (24,77)	20 (20,20)	29 (21,64)	
Είδος σωματικού προβλήματος, ν (%)					0,638
	Παθολογικό	16 (61,54)	14 (73,68)	16 (61,54)	
	Χειρουργικό	10 (38,46)	5 (26,32)	10 (38,46)	
Υπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος, ν (%)					<0,001
	Όχι	87 (79,82)	61 (61,62)	73 (54,48)	
	Ναι	22 (20,18)	38 (38,38)	61 (45,52)	
Είδος ψυχιατρικού προβλήματος, ν (%)					0,833
	Κατάθλιψη	6 (42,86)	10 (52,63)	19 (51,35)	
	Σχιζοφρένεια-Ψυχωτικές διαταραχές-Διπολική	8 (57,14)	9 (47,37)	18 (48,65)	
Φαρμακευτική αγωγή, ν (%)					0,254
	Όχι	2 (10,53)	5 (18,52)	2 (5,26)	
	Ναι	17 (89,47)	22 (81,48)	36 (94,74)	
Προσκόμιση γνωμάτευσης, ν (%)					0,123
	Όχι	21 (95,45)	31 (83,78)	58 (95,08)	
	Ναι	1 (4,55)	6 (16,22)	3 (4,92)	
Παραπομπή, ν (%)					0,007
	Street Work	13 (11,93)	10 (10,10)	5 (3,82)	
	Άλλο	9 (8,26)	16 (16,16)	10 (7,63)	

	Ίδιος	6 (5,50)	8 (8,08)	21 (16,03)	
	Φίλοι	81 (74,31)	65 (65,66)	95 (72,52)	
Νομικές εκκρεμότητες, ν (%)					0,249 ¹
	Όχι	58 (53,70)	61 (63,54)	70 (53,44)	
	Ναι	50 (46,30)	35 (36,46)	61 (46,56)	
1ο Αδίκημα, ν (%)					0,012
	Αστικό	4 (13,79)	5 (22,73)	1 (2,70)	
	Περί ναρκωτικών	24 (82,76)	15 (68,18)	26 (70,27)	
	Ποινικό	1 (3,45)	2 (9,09)	10 (27,03)	
2ο Αδίκημα, ν (%)					0,434
	Αστικό	0 (0,00)	1 (16,67)	2 (10,00)	
	Κατά της ζωής	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (10,00)	
	Κατά της περιουσίας	0 (0,00)	3 (50,00)	8 (40,00)	
	Περί ναρκωτικών	4 (100,00)	2 (33,33)	8 (40,00)	
2ο Αδίκημα, ν (%)					0,248
	Αστικό	0 (0,00)	1 (16,67)	2 (10,00)	
	Περί ναρκωτικών	4 (100,00)	2 (33,33)	8 (40,00)	
	Ποινικό	0 (0,00)	3 (50,00)	10 (50)	
3ο Αδίκημα, ν (%)					0,286
	Κατά της περιουσίας	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (66,67)	
	Περί ναρκωτικών	1 (100,00)	2 (100,00)	2 (33,33)	
Παράβαση νόμου περί ναρκωτικών, ν (%)					0,892
	Όχι	26 (52,00)	18 (51,43)	34 (55,74)	
	Ναι	24 (48,00)	17 (48,57)	27 (44,26)	
Φυλάκιση, ν (%)					0,168
	Όχι	4 (17,39)	1 (5,00)	10 (25,00)	
	Ναι	19 (82,61)	19 (95,00)	30 (75,00)	

¹Από στατιστικό κριτήριο χ^2

Σχήμα 14: Ποσοστιαία κατανομή ύπαρξης ψυχιατρικού προβλήματος των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Συζήτηση

Θελήσαμε να συγκρίνουμε τον πληθυσμό των ενεργών χρηστών με τους αιτούντες θεραπείας, πληθυσμός για τον οποίο συλλέγονται στοιχεία συστηματικά και υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία και εκτιμήσεις από το ΕΚΤΕΠΝ (Πίνακας 4.1). Οι εξαρτημένοι χρήστες αποτελούν ειδική ομάδα πληθυσμού και ως εύαλωτα άτομα, υφίστανται την κρίση σε μεγαλύτερο βαθμό. Ο πληθυσμός που προσέρχεται σε Υπηρεσία Άμεσης Πρόσβασης, έχει επιβαρυνμένο κοινωνικο-οικονομικό προφίλ. Είναι κατά κύριο λόγο, άστεγοι, με υψηλό ποσοστό ανεργίας, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και μεγάλο ποσοστό αυτών έχουν άλλη εθνικότητα. Πρόκειται για ΧΕΝ με χρήση τον τελευταίο μήνα (καθημερινή ενέσιμη χρήση ηρωίνης), με μεγάλη διάρκεια ενέσιμης χρήσης και συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Πίνακας 4.1: Διαχρονικές τάσεις στα χαρακτηριστικά αιτούντων θεραπείας και ατόμων που προσήλθαν σε υπηρεσία άμεσης πρόσβασης 2010, 2012, 2016-17

	2010 ΣΦΕΑ N=109	2010 ΕΚΤΕ ΠΝ N=5.6 45	2012 ΣΦΕΑ N=99	2012 ΕΚΤΕ ΠΝ N=5.6 96	2016- 2017 ΣΦΕΑ N=134	2016 ΕΚΤΕ ΠΝ N=4.3 14
Φύλο						
Άνδρες	87,2	85,3	82,8	83,4	79,9	86,3
Γυναίκες	12,8	14,7	17,2	16,6	20,2	13,7
Ηλικία						
Μέση ηλικία	32,2	31,5	35,4	32,8	35,6	34
Μέση ηλικία (άνδρες)	32,0	31,8	36,0	33,1	36,2	34,3
Μέση ηλικία (γυναίκες)	33,2	30,0	32,9	30,9	33,6	32,1
Ηλικιακή ομάδα 15- 24 ετών	18,4	17,4	3,0	16,7	11,2	18,5
Ηλικιακή ομάδα 25-	51,4	54,1	50,5	47,5	30,6	34,1

34 ετών

Ηλικιακή ομάδα 35-

64 ετών

30,3 28,6 46,5 35,7 58,2 49,4

Συνθήκες διαμονής

Με γονείς	57,1	56,9	50,8	58,3	38,6	52
Μόνος/-η	14,3	14,2	20,6	14,9	25,7	16,8
Με σύντροφο	10,2	5,8	6,4	8,8	8,6	10
Με σύντροφο και παιδί	4,1	7,3	3,2	6,3	1,4	6,1
Με φίλους	8,2	2,6	12,7	2,1	14,3	3,6
Άλλο (μόνος/-η με παιδί κτλ.)	6,1	13,2	6,4	9,7	11,4	11,5

Διαμονή

Σταθερή ή άλλη κατάσταση	36,7	90,3	49,5	89,6	38,8	88,9
Μη σταθερή στέγη ή άστεγος/-η	63,3	9,7	50,5	10,5	61,2	11,1

Υπηκοότητα

Ελληνική	71,6	93,5	76,8	94,5	85,8	89,4
Αλλοδαπή	28,4	6,5	23,2	5,5	14,2	10,6

**Εργασιακή
κατάσταση**

Σταθερή εργασία	0,9	20,7	3,0	16,3	0,8	19,7
Άνεργος/-η	89,0	62,3	88,9	63,9	83,6	55,8
Περιστασιακή εργασία, φοιτητής/- ρια, άεργος κτλ.	10,1	17,0	8,1	19,8	15,6	24,5

**Ανώτερο
ολοκληρωμένο
εκπαιδευτικό
επίπεδο**

Ποτέ στο σχολείο ή κάποιες τάξεις του Δημοτικού	5,8	2,0	5,2	2,3	6,8	2,7
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Δημοτικό	28,9	22,5	30,9	20,4	32,6	20,4
Γυμνάσιο ή σχολή αντίστοιχου επιπέδου	38,5	28,8	23,7	29,6	25,0	29,1
Λύκειο ή σχολή αντίστοιχου επιπέδου	23,1	37,6	33,0	39,5	28,0	37,5
Ανώτερη ή ανώτατη σχολή (ολοκληρωμένη)	3,9	9,1	7,2	8,2	7,6	10,3

Τρόπος χρήσης (κύριας ουσίας)

Ενέσιμη	60,6	32,9	59,6	31,8	50,0	20,4
Κάπνισμα/ εισπνοή	2,8	20,7	9,1	23,2	11,9	30
Βρώση/ πόση	0,9	2,1	5,1	4,5	3,7	5,9
Μύτη	35,8	44,2	26,3	40,4	34,3	43,5

Συχνότητα της κύριας ουσίας τις 30 τελευταίες ημέρες

Καθόλου χρήση τις 30 τελευταίες ημέρες	0,0	12,5	2,0	14,8	0,0	15,4
0-1 φορές την εβδομάδα	1,8	10,0	8,1	11,4	3,0	11,7
2-6 φορές την εβδομάδα	4,6	16,5	14,1	16,9	15,9	19,7
Καθημερινά	93,6	61,0	75,8	56,9	81,1	53,2

Χρήση πολλαπλών ουσιών

Μια ουσία	24,8	29,3	18,2	26,0	15,7	30,4
2 ουσίες	37,6	34,3	53,5	32,7	56,0	32,6
3 ουσίες	32,1	20,0	24,2	23,8	26,9	20,2
4 ή 5 ουσίες	5,5	16,4	4,0	17,6	1,5	16,9

Πολλαπλή χρήση ($\geq$ 2 ουσίες)	72,5	70,7	81,8	74,0	84,3	69,6
-----------------------------------	------	------	------	------	------	------

Συμπεριφορά

υψηλού κινδύνου

Ενέσιμη χρήση, $\geq$ 1 φορά σε όλη τη ζωή	89,0	70,2	85,9	69,5	86,3	62,9
--	------	------	------	------	------	------

Ενέσιμη χρήση, $\geq$ 1 φορά τις 30 τελευταίες ημέρες	64,2	36,6	59,6	34,0	56,2	25,3
---	------	------	------	------	------	------

Κοινή χρήση σύριγγας, $\geq$ 1 φορά σε όλη τη ζωή	43,1	54,3	45,3	57,2	44,0	55,2
---	------	------	------	------	------	------

Κοινή χρήση σύριγγας, $\geq$ 1 φορά τις 30 τελευταίες ημέρες	21,0	8,6	16,5	7,4	18,8	4,8
--	------	-----	------	-----	------	-----

Ηλικία έναρξης και

διάρκεια χρήσης

Μέση ηλικία έναρξης της χρήση παράνομων ουσιών (έτη)	16,6	16,3	17,2	16,1	15,9	16,3
--	------	------	------	------	------	------

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στα κύρια σημεία της συγκεκριμένης αναδρομικής μελέτης.

Η πλειοψηφία του δείγματος είναι ελληνικής εθνικότητας, άνδρες και δεν έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Πάνω από το μισό δείγμα ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 25-34 για τα έτη 2010, 2010 ενώ η ηλικιακή ομάδα που κυριαρχούσε την περίοδο 2016-2017 ήταν εκείνη των 35-45 ετών.

Διαχρονικά στα άτομα που προσήλθαν στην Υπηρεσία άμεσης Πρόσβασης του OKANA, οι άνδρες αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των χρηστών που προσέρχονται στην Υπηρεσία (μειώνονται από 87,2% το 2010 σε 79,9% την περίοδο 2016-2017, αλλά οι γυναίκες αυξάνουν σταδιακά το ποσοστό τους από 12,8% το 2010 σε 20,2% την περίοδο 2016-2017. Τάση που διαφοροποιείται συγκριτικά με τους αιτούντες θεραπείας. Στους αιτούντες θεραπείας επιβεβαιώνεται ότι οι γυναίκες

αποτελούν σταθερά μειοψηφία στα προγράμματα απεξάρτησης. Ειδικότερα οι γυναίκες υποεκπροσωπούνται αλλά σε ποσοστά μειωμένα συγκριτικά με τους ενεργούς χρήστες. Για τις ίδιες μελετώμενες χρονιές γυναίκες αιτούσες θεραπείας αποτέλεσαν τα αντίστοιχα ποσοστά: 14,7%, και 13,7%.

Το φύλο φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα προβληματικής εμπλοκής με τις ουσίες, καθώς οι άνδρες είναι πιθανότερο να εμφανίσουν τέτοια προβλήματα (Stone et al, 2012).

Η ηλικιακή κατηγορία των 25-34 ετών αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα ενεργών χρηστών για τα έτη 2010 και 2012. Την περίοδο 2016-2017 η ηλικιακή ομάδα άνω των 35 έχει αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά της, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται και από τις εκτιμήσεις του ΕΚΤΕΠΝ. Στη συντριπτική τους πλειονότητα οι ενεργοί χρήστες είναι Έλληνες (78%), αλλά υπάρχει μεγάλο ποσοστό ατόμων άλλης εθνικότητας. Το ποσοστό των χρηστών **άλλης εθνικότητας** σημείωσε μείωση διαχρονικά (από 28,4% το 2010 βαθμιαία φτάνουμε σε 14,2% την περίοδο 2016-2017). Τάση που διαφοροποιείται σε σύγκριση με στοιχεία για αιτούντες θεραπείας. Ενδεικτικά το 2010 και το 2016-2017 όχι ελληνικής εθνικότητας: 28.4% και 14,2% έναντι 6.6% και 10.6%.

Το 2011, οπότε και ουσιαστικά ξέσπασε η επιδημία HIV μεταξύ των ΧΕΝ στην Ελλάδα, βρέθηκε πως ο τύπος του ιού που αφορούσε την επιδημία ήταν ο HIV-1 και η προέλευση του φάνηκε να είναι συχνά από άλλες χώρες. Επισημάνθηκε ότι ήταν πιθανό η επιδημία αυτή να συνδέεται με τη μετανάστευση μολυσμένων ΧΕΝ από χώρες εκτός Ελλάδας (Paraskevis et al., 2011). Σε μία προσπάθεια ακριβούς περιγραφής του φαινομένου, μέσω του Προγράμματος «Αριστοτέλης» διερευνήθηκαν παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εξάπλωση του HIV στους ΧΕΝ και βρέθηκε πως οι Έλληνες και οι μη Έλληνες δεν κινδυνεύουν σε διαφορετικό βαθμό για μετάδοση με HIV, αν και φάνηκε πως τα άτομα από Αφγανιστάν και από Ιράν ήταν πιο πιθανό να είναι HIV(+) (Sypsa et al., 2015). Οι μετανάστες από τη Μέση Ανατολή (Αφγανιστάν, Ιράν, Ιράκ και Πακιστάν) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αποκτήσουν τον ιό HIV σε σύγκριση με τους ΧΕΝ ελληνικής καταγωγής. Αυτός ο κίνδυνος προκαλείται από την έλλειψη στέγης και τη συχνότητα της ένεσης. Η ευπάθεια αυτών των μεταναστών αναγνωρίστηκε σύντομα μετά την εκδήλωση (Paraskevis et al, 2011) και ο ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ σχεδιάστηκε για να προσελκύσει αυτόν τον ιδιαίτερα δυσπρόσιτο υποπληθυσμό των ΧΕΝ, χρησιμοποιώντας πολιτιστικούς διαμεσολαβητές από το Ιράν και το Αφγανιστάν. Αυτά τα ευρήματα

υπογραμμίζουν την ανάγκη για επαρκή και έγκαιρη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας αυτού του πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη της έλλειψης στέγης, των κινδύνων ενέσιμης χρήσης και της φυλάκισης στον ευρύτερο πληθυσμό των XEN (Sypsa et al, 2017).

Στην πλειονότητά τους οι ενεργοί χρήστες δηλώνουν **απουσία σταθερής στέγης-αστεγία** (άνω του 60%). Διαχρονικά, η αστεγία παρουσιάζει μια διακύμανση (2010: 54% 2012: 34% 2016-2017: 47%). Πριν την επιδημία της Αθήνας παρατηρείται πολύ υψηλό ποσοστό αστεγίας, η μείωση ήταν στατιστικά σημαντική από το 2010 στο 2012 αλλά και στη συνέχεια ακολούθησε σημαντική αύξηση από το 2012 έως και την περίοδο 2016-2017 ήταν σημαντική. Ξαναγυρνάμε σε υψηλά επίπεδα αστεγίας. Διαχρονικά –παρόλο που βρισκόμαστε εν μέσω προσφυγικού- μειώνεται το ποσοστό των αλλοεθνών (2010: 28% 2012: 23% 2016-2017: 14%) και αυξάνει η αστεγία. Επομένως, το πρόβλημα έλλειψης στέγης παραμένει και επιβαρύνει τους έλληνες ενεργούς χρήστες.

Σύμφωνα με δεδομένα του προγράμματος «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ», η έλλειψη στέγης αποτέλεσε παράγοντα κινδύνου για τον επιπολασμό της HIV λοίμωξης μεταξύ των XEN (Hatzakis, 2015). Είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που συνδέεται με την επιδημία του HIV στους XEN της Αθήνας. Σε μελέτη των κοινωνικών δικτύων διαπιστώθηκε ότι τα αυξημένα ποσοστά έλλειψης στέγης στο δίκτυο των ερωτώμενων- βασικό αποτέλεσμα των οικονομικών κρίσεων σε περιθωριοποιημένους πληθυσμούς- συνδέονται με την αυξημένη συχνότητα της ενέσιμης χρήσης, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να αποκτήσει κάποιος HIV μέσα στο δίκτυο. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μπορεί να χρειαστεί να επικεντρωθεί ο ρόλος της στέγας ως προστατευτικής παρέμβασης για τον HIV στο επίπεδο των κοινωνικών δικτύων (Tsang et al, 2015). Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, η μεγάλη μετανάστευση των XEN στην Αθήνα και η αυξημένη έλλειψη στέγης αποτέλεσαν κάποιους από τους κύριους παράγοντες που οδήγησαν στην επιδημία HIV στην Αθήνα (Des Jarlais, 2016). Ευρήματα της ίδιας μελέτης, αναφέρουν υψηλό επίπεδο έλλειψης στέγης μεταξύ των οροθετικών XEN στην επιδημία HIV στο Δουβλίνο το 2014 (Des Jarlais, 2016).

Όσον αφορά τους αιτούντες θεραπείας αν και με χαμηλούς ρυθμούς, αυξάνεται σταθερά το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν μη-σταθερή στέγη ή αστεγία αλλά σε μικρότερα ποσοστά συγκριτικά με τους ενεργούς χρήστες. Ενδεικτικά το 2010, 2012 και 2016-2017, σε σύγκριση με στοιχεία για αιτούντες θεραπείας από ετήσια

αναφορά ΕΚΤΕΠΝ: απουσία στέγης 63,3%, 50,5% και 61,2% έναντι 9,7%,10,5% και 11,1%.

Συγκατοίκηση με τους γονείς ανέφεραν το 2010 το 57% των ενεργών χρηστών, εύρημα που συμφωνεί με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ. Διαχρονικά, μειώνεται το ποσοστό των ενεργών χρηστών που διαμένουν με τους γονείς τους (από 57% το 2010 σε 39% 2016-2017) και αυξάνεται σταδιακά το ποσοστό των ατόμων που ζουν μόνοι (από 14% το 2010 σε 26% τα έτη 2016-2017). Για τους αιτούντες θεραπείας οι αλλαγές είναι οριακές. Ανάμεσα στις μελετώμενες χρονικές περιόδους υπάρχει μεγάλη μείωση των ανθρώπων που ζουν με τους γονείς τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η οικογένεια πλήττεται άμεσα σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα, την περίοδο 2012-2014 διπλασιάζεται το ποσοστό των οικογενειών που μπαίνουν σε συνθήκη ανεργίας και αυτό επηρεάζει τις συνθήκες διαβίωσης (OECD, 2014).

Διαχρονικά παρατηρείται αύξηση στη μέση **ηλικία** των ενεργών χρηστών και των αιτούντων θεραπείας, από τα 32 έτη το 2010 στα 35,6 έτη τη χρονική περίοδο 2016-2017. Έναντι 31,5 και 34 για τους αιτούντες θεραπείας. Οι ενεργοί χρήστες το 2012 έχουν μέση ηλικία τα 35,4 έτη, εύρημα που συμφωνεί με τα στοιχεία του Προγράμματος Αριστοτέλη (Hatzakis et al, 2015). Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία από το πρόγραμμα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» για το διάστημα 2012-2018 στην Αθήνα καταγράφεται αύξηση της μέσης ηλικίας των ΧΕΝ.

Στη συντριπτική τους πλειονότητα για το 2010 ενεργοί χρήστες με μη-ολοκληρωμένη τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση δηλώθηκαν σε ποσοστό 67,4 % έναντι 52,2% για τους αιτούντες θεραπείας. Παρόλο που το ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό επίπεδο των αιτούντων θεραπείας παρουσιάζει τάσεις βελτίωσης διαχρονικά, το ποσοστό των αιτούντων θεραπείας που αναφέρουν ότι είναι άνεργοι αυξάνεται.

Στην πλειοψηφία τους οι ενεργοί χρήστες δηλώνουν άνεργοι (άνω του 84%) σύμφωνα με το πρόγραμμα Αριστοτέλης (2012-2018) ο δείκτης ανεργίας σε ΧΕΝ στην Αθήνα έχει αυξηθεί από το 84% στο 93%. Το **ποσοστό ανεργίας** τόσο των ενεργών χρηστών αλλά και των αιτούντων θεραπείας παραμένει υψηλό διαχρονικά. Ενδεικτικά, για το 2010 και 2016-2017 89% και 84% έναντι 62% και 56% αντίστοιχα. Στους αιτούντες θεραπείας αν και παραμένει υψηλό, φαίνεται να μειώνεται το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ότι είναι άνεργοι.

Η ανεργία στην Ελλάδα από 7,7% το 2008 πλησίασε 24,3% το 2012 και η μακροχρόνια ανεργία έφθασε το 14,4% (Kentikelenis et al., 2014). Η γενική οικονομική αστάθεια επηρέασε άμεσα ευάλωτες ομάδες του ελληνικού πληθυσμού, οι περισσότεροι χρήστες δεν εργάζονται, πιθανών και οι οικογένειες τους. Η ανεργία, τα μειωμένα εισοδήματα, η αδυναμία αποπληρωμής λογαριασμών-ενοικίων –δανείων επηρέασε πιθανώς τους χρήστες και τους οικείους τους -που συχνά αποτελούν υποστηρικτικό περιβάλλον ή τους παρέχουν φιλοξενία, οδηγώντας τους σε αβέβαιες συνθήκες στέγης ή και σε αστεγία. Η ασταθής στέγαση ή η έλλειψη στέγασης έχει συνδεθεί προηγουμένως με συμπεριφορές και χαρακτηριστικά δικτύου που οδηγούν σε μετάδοση του ιού HIV (Des Jarlais et al, 2007).

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είναι ανασφάλιστοι και δεν λαμβάνει κάποιο επίδομα. Η **προνοιακή ασφάλιση** φαίνεται να διαφοροποιείται ανά περίοδο προσέλευσης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό και σημειώνει χαμηλό ποσοστό. Ο αριθμός των ατόμων που μπορούσαν να λάβουν επιδόματα ασθένειας μειώθηκε μεταξύ του 2007 και του 2009, πιθανώς λόγω περικοπών του προϋπολογισμού, και αναμένονται περαιτέρω μειώσεις στην πρόσβαση και το επίπεδο των παροχών (Kentikelenis et al., 2011). Σύμφωνα με στοιχεία από το πρόγραμμα «Αριστοτέλης» για το διάστημα 2012-2018 στους XEN της Αθήνας, η μη ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης έχει αυξηθεί από 64% σε 76%.

Ως κύρια **πηγή παραπομπής** δηλώθηκαν οι φίλοι από τους ενεργούς χρήστες σε υψηλά ποσοστά σε υψηλά ποσοστά που ως φίλοι συνήθως εννοούνται χρήστες του οικείου περιβάλλοντος τους-ομότιμοι (74%, 65% και 72% για τα έτη 2010 έως 2016-2017 αντίστοιχα). Όσον αφορά τους αιτούντες θεραπείας είχαν την παρότρυνση κυρίως από την οικογένεια τους σε ποσοστά 40%, 38% και 36% αντίστοιχα. Επίσης όσον αφορά στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ που συλλέγονται για τους αιτούντες θεραπείας, σε υψηλό ποσοστό δηλώθηκε ότι πήρε ο ίδιος/-α την πρωτοβουλία να ζητήσει θεραπεία 37,9%, 35% και 39% (για τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017) ενώ στους ενεργούς χρήστες τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα (5,5%, 8% και 16% αντίστοιχα).

Για μικρό ποσοστό του δείγματος υπήρχε η πληροφορία ότι υπάρχει στο περιβάλλον τους **συγγενής** χρήστης ψυχοδραστικών ουσιών (19,3%). Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, ο κίνδυνος ενός ατόμου να εκδηλώσει διαταραχές χρήσης ουσιών τείνει να αναλογεί στο βαθμό γενετικής συσχέτισης με έναν εξαρτημένο συγγενή, μιλώντας για μια γενετική ευαλωτότητα του ατόμου (Stone et al, 2012).

Όσον αφορά τα **χαρακτηριστικά χρήσης ουσιών** του συνολικού δείγματος της παρούσας μελέτης, τα οπιοειδή αποτέλεσαν τη συχνότερα αναφερόμενη **κύρια ουσία χρήσης** σε όλες τις χρονικές περιόδους της μελέτης. Ως κύρια ουσία χρήσης η ηρωίνη αναφέρθηκε σε ποσοστό 83,92% (N=287), η κοκαΐνη από το 6,14% (N=21), η κάνναβη από το 4,09% (N=14) και οι βενζοδιαζεπίνες από το 2,92% (N=10). Η ηρωίνη συνεχίζει να αποτελεί την κυριότερη ουσία και των αιτούντων θεραπείας στην Αθήνα όλες τις μελετώμενες χρονιές.

Διαχρονικά, σημειώνεται χαμηλότερο ποσοστό των ενεργών χρηστών που αναφέρουν τα οπιοειδή ως κύρια ουσία χρήσης από το 2010 στο 2012, αλλά παραμένει και πάλι υψηλό το ποσοστό για το 2016. Ενδεικτικά 94,5%, 78,79% και 79,1% για τα έτη 2010, 2012 και 2016-17. Αυτή η μείωση στη χρήση ηρωίνης αποτυπώνεται και στους αιτούντες θεραπείας με μεγάλη πτωτική πορεία για το 2016. Ενδεικτικά, αντίστοιχα ποσοστά 82,7%, 77,5% και 66,4 % για τα έτη 2010, 2012 και 2016. Πτωτική πορεία παρατηρείται στην Ευρώπη όσον αφορά τη χρήση οπιοειδών και ηρωίνης, ωστόσο σε αυτή τη χρήση εξακολουθεί να αποδίδεται το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας, θνησιμότητας και κόστους θεραπείας απεξάρτησης (EMCDDA, 2015). Διαχρονικά, στην παρούσα μελέτη, σημειώνεται χαμηλότερο ποσοστό των ενεργών χρηστών που αναφέρουν τα οπιοειδή ως κύρια ουσία χρήσης από το 2010 στο 2012, αλλά παραμένει και πάλι υψηλό το ποσοστό για το 2016. Ενδεικτικά 94,5%, 78,79% και 79,1% για τα έτη 2010, 2012 και 2016-17. Η ηρωίνη διαχρονικά παραμένει σε υψηλά ποσοστά, σημειώνεται μείωση στην κύρια ουσία, προφανώς υπάρχει στροφή προς άλλες ουσίες. Σύμφωνα με άλλες έρευνες και πρόσφατα στοιχεία του προγράμματος «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» υπάρχει προτίμηση προς την κοκαΐνη και το speedball.

Επιπλέον, όσον πιθανό είναι οι αυξανόμενες δυσκολίες, οι μη ευνοϊκές συνθήκες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, να ενισχύσουν τη χρήση ουσιών, άλλο τόσο πιθανό είναι να αλλάξει την κατανάλωση ναρκωτικών και όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ως προς το είδος και τον τρόπο χρήσης (Costa Storti, 2011). Η αυξανόμενη φτώχεια μπορεί να αλλάξει την ουσία χρήσης καθώς επίσης και να ενισχύσει ορισμένους τρόπους χρήσης ουσιών έναντι άλλων. Στη Γαλλία, έρευνα επιβεβαιώνει ότι η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών οδηγεί κάποιους χρήστες στο να προτιμούν την ενέσιμη χρήση έναντι άλλων τρόπων χρήσης, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την επίδραση της δόσης που αγόρασαν (Ben Lakhdar, 2011).

Η κοκαΐνη αναφέρθηκε ως κύρια ουσία από τους ενεργούς χρήστες σε ποσοστά 2010: 4,59% 2012: 5,05% 2016-2017: 8,21%, ενώ από τους αιτούντες θεραπείας 2010: 4,4% 2012: 4,1% 2016:6,8%. Παρατηρείται αυξητική τάση και στους δύο πληθυσμούς με ιδιαίτερα αυξημένο το ποσοστό στους ενεργούς χρήστες.

Η πλειοψηφία των ενεργών χρηστών αναφέρει **χρήση πολλών εξαρτησιογόνων ουσιών- πολλαπλή χρήση** που διαχρονικά αυξάνει, ενδεικτικά 72,48% , 82% και 84% για τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017. Τα άτομα που εντάχθηκαν σε θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών ανέφεραν χρήση πολλών ουσιών σε υψηλό ποσοστό που μειώνεται αισθητά το 2016, συγκεκριμένα 70,7%, 74% και 69,6% για τα έτη 2010, 2012 και 2016 αντίστοιχα. Διαχρονικά, παρά τις ενδιάμεσες διακυμάνσεις, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν χρήση περισσότερων της μίας ουσιών παραμένει το 2016 στα επίπεδα μίας δεκαετίας πριν (περίπου στο 70% σύμφωνα με το ΕΚΤΕΠΝ) ενώ στους ενεργούς χρήστες πλησιάζει το 84%.

Επιπλέον, οι περισσότεροι αναφέρουν **κατάχρηση -χρήση δύο (2) ουσιών**, τόσο οι ενεργοί χρήστες (2010:37,6% 2012: 53,5% 2016-17:56%) όσο και οι αιτούντες θεραπείας (2010:34% 2012: 32,7% 2016: 32,6%). Στους ενεργούς χρήστες το ποσοστό που κάνει κατάχρηση δύο ουσιών έχει αυξητική τάση διαχρονικά.

Η συχνότερα αναφερόμενη **δευτερεύουσα ουσία χρήσης** (επιπλέον των οπιοειδών) από τους ενεργούς χρήστες είναι τα ψυχοδραστικά φάρμακα (μη-ιατρική χρήση, κυρίως οι βενζοδιαζεπίνες) (2010: 51,22% 2012: 60,49% 2016-17:53,1%), το ίδιο ισχύει και για τους αιτούντες θεραπείας (2010:48,1% 2012: 52,7% 2016:59,3%).

Στην Ευρώπη αν και διαφέρει από χώρα σε χώρα, η κάνναβη είναι η δεύτερη συχνότερα αναφερόμενη ουσία μετά την ηρωίνη και η συχνότερα αναφερόμενη ουσία χρήσης μεταξύ των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά. Ο αριθμός των χρηστών κάνναβης που ξεκίνησαν θεραπεία για πρώτη φορά αυξήθηκε από περίπου 45.000 το 2006 σε 60.000 το 2011 (EMCDDA, 2013). Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά, αυξήθηκε στην Ευρώπη ο αριθμός των χρηστών κοκαΐνης που ξεκίνησαν ειδική θεραπεία για πρώτη φορά, Συνολικά, περισσότεροι Από 67.000 χρήστες ξεκίνησαν ειδική θεραπεία για προβληματική χρήση κοκαΐνης το 2016. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν οι εκτιμώμενοι 8.300 χρήστες κρακ ως κύριας ουσίας χρήσης που ξεκίνησαν θεραπεία το 2016. Προβληματισμοί εκφράζονται για τις Νέες Ψυχοδραστικές Ουσίες (ΝΨΟ /«νέα ναρκωτικά») που περιλαμβάνουν ευρύ φάσμα ουσιών όπως συνθετικά

κανναβινοειδή, οπιοειδή, καθιόνες, βενζοδιαζεπίνες και είθισται να διακινούνται μέσω διαδικτύου παρέχοντας εύκολη πρόσβαση (EMCDDA, 2018). Η πτώση στα ποσοστά χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης στους αιτούντες θεραπείας, πιθανόν να σχετίζεται με την εμφάνιση νέων διεγερτικών ουσιών, με τα φθηνά ναρκωτικά νέας εποχής που κατακλύζουν την Ευρώπη. Οι συνθετικές καθιόνες (πχ. μεφεδρόνη, MDPV), οι οποίες μιμούνται τη δράση της κοκαΐνης και τα συνθετικά κανναβινοειδή (που υπάρχουν πχ στα προϊόντα SPICE) είναι δύο από τις μεγαλύτερες ομάδες ουσιών που παρακολουθούνται από το Ευρωπαϊκό Σύστημα Έγκαιρης Προειδοποίησης (EMCDDA, 2015). Πρόκειται για συνθετικά ναρκωτικά (κυρίως με μεθαμφεταμίνη) είναι νέες φθηνές ουσίες, με μακρά διάρκεια επήρειας. Μια νέα γενιά διεγερτικών ναρκωτικών τα οποία έχουν ως στόχο να υποκαταστήσουν την κοκαΐνη. Μία τέτοια ναρκωτική ουσία, «shisa-η κοκαΐνη των φτωχών» (μεθαμφεταμίνη που ενώνεται με υδροχλωρικό οξύ και υγρά μπαταρίας) αποτελεί ένα επικίνδυνο μείγμα, το οποίο αν και δεν είναι νόμιμο, παρασκευάζεται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα και χορηγείται ως ενέσιμο ναρκωτικό.

Στην παρούσα μελέτη, τα στοιχεία για άλλες ουσίες είναι ελλιπή, απουσιάζουν ειδικότερες πληροφορίες για συγκεκριμένες ουσίες όπως κάνναβη, αμφεταμίνες/μεθαμφεταμίνες ή νέες ψυχοδραστικές ουσίες, καθώς οι απαντήσεις βασίστηκαν στην αυτοαναφορά και δεν χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερευνητικό εργαλείο καταγραφής δεδομένων.

Η ενέσιμη χρήση αποτέλεσε τον συχνότερα αναφερόμενο **τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας** με ποσοστό 56,14% στο δείγμα της μελέτης. Η λήψη της κύριας ουσίας από τη μύτη (ενδορινικώς) αναφέρθηκε από το 32,46%, το κάπνισμα / εισπνοή από το στόμα αναφέρθηκε από το 8,19% και η βρώση-πόση από το 3,22%. Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου της μετάδοσης του HCV (Giannousis et al, 2010, Hadziyannis et al, 2004). Πολλές μελέτες επιδημιολογίας στην Ελλάδα υποδηλώνουν ότι το 20% -40% των ατόμων με χρόνια ηπατίτιδα C έχει ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών (Giannousis et al, 2010, Sypsa et al, 2004). Το δε ποσοστό των XEN, ως κατηγορία μετάδοσης HIV, από 2,5% που ήταν το 2010 ανήλθε κατά το πρώτο επτάμηνο του 2011 στο 20,2%. (ΕΚΤΕΠΝ, ΚΕΕΛΠΝΟ, Paraskevis et al, 2011).

Το 2016 μειώθηκε περαιτέρω η ενέσιμη χρήση, ως συνήθης τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας, ενώ αυξήθηκε η ενδορινική χρήση. Διαχρονικά, καταγράφεται μείωση της ενέσιμης χρήσης τόσο στους ενεργούς χρήστες (2010: 60,6% 2012: 59,6% 2016-

17: 50%), η οποία διαφαίνεται το 2016, όσο και στους αιτούντες θεραπείας (2010:32,9% 2012: 31,8% 2016: 20,4%) που κυμαινόταν σε χαμηλά επίπεδα καθόλη τη διάρκεια των ετών. Η ενδορινική χρήση αποτελεί διαχρονικά τον συνήθη τρόπο χρήσης των αιτούντων θεραπείας, ενδεικτικά (2010:44,2% 2012:40,4% 2016:43,5%) και τον δεύτερο συνήθη τρόπο χρήσης των ενεργών χρηστών-μετά την ενέσιμη χρήση- (2010: 35,8% 2012: 26,3% 2016-17: 34,3%).

Η καθημερινή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών (σε μικρότερο βαθμό η έλλειψη στέγης και το ιστορικό της φυλάκισης) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ορομετατροπή του ιού HIV σε ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών σύμφωνα με αποτελέσματα του Προγράμματος ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ (Hatzakis et al, 2015). Η μείωση της ενέσιμης χρήσης επηρεάζεται από την εμφάνιση νέων ψυχοδραστικών ουσιών αλλά ταυτόχρονα αποτελεί αποτέλεσμα των πολιτικών δημόσιας υγείας, των εντατικών προσπαθειών και σημαντικών παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν για τον περιορισμό της μετάδοσης του HIV/AIDS στους ΧΕΝ της Αθήνας. Όπως ήταν η διανομή μεγάλου αριθμού καθαρών βελονών/συριγγών και η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ατόμων που απέκτησαν πρόσβαση στις μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Ταυτόχρονα σημαντική αύξηση παρουσιάζει η χρήση μέσω του καπνίσματος κυρίως στους αιτούντες θεραπείας (2010:20,7% 2012: 23,2% 2016: 30%) αλλά και στους ενεργούς χρήστες (2010:2,8% 2012: 9% 2016:12%). Οι σημαντικές διαχρονικές διαφορές στον τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας, συμφωνούν με την ελληνική και την ευρωπαϊκή τάση μείωσης της ενέσιμης χρήσης για την ηρωίνη και την παράλληλη αύξηση της χρήσης κανναβινοειδών που γίνεται κυρίως με το κάπνισμα (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σχετικά με τη **συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας τον τελευταίο μήνα**, η πλειοψηφία (το 83,04%) του δείγματος ανέφερε καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας, το 11,7% χρήση 2-6 φορές ανά εβδομάδα της κύριας ουσίας και το 4,09% χρήση 0-1 φορά ανά εβδομάδα. Η διαχρονική σύγκριση δείχνει μείωση των ποσοστών καθημερινής χρήσης από το 2010 στο 2012. Διαχρονικά, μειώθηκε η συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας τις τελευταίες 30 ημέρες στους ενεργούς χρήστες (2010: 93,6% 2012: 75,8 % 2016-17: 81%) και στους αιτούντες θεραπείας μειώνεται η καθημερινή χρήση με την πάροδο των ετών (2010: 61 % 2012: 57 % 2016: 53%). Διαχρονικά, στους ενεργούς χρήστες η καθημερινή χρήση παραμένει ψηλά, από το 2012 και μετά παρουσιάζεται μια μείωση στατιστικά σημαντική που προφανώς επηρεάζεται από τις ουσίες χρήσης. Αυτή η μείωση είναι σημαντική καθώς

η καθημερινή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ορομετατροπή του ιού HIV (Hatzakis et al, 2015). Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία από τον «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ» (2012-2018) το ποσοστό της ενδοφλέβιας χρήσης τον τελευταίο μήνα παραμένει σταθερό, η καθημερινή χρήση έχει μειωθεί και σημειώνεται αύξηση συμμετοχής σε προγράμματα υποκατάστασης οπιοειδών.

Η μείωση της καθημερινής χρήσης παραμένει σταθερή στους αιτούντες θεραπείας, όπως επίσης αυξάνονται συστηματικά τα ποσοστά αυτών που δεν κάνουν καθόλου χρήση τον τελευταίο μήνα. Η τάση αυτή παρουσιάζει -σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ -μια σταθερότητα την τελευταία δεκαετία, από το 2002 μειώνεται συνεχώς το ποσοστό των ατόμων που κάνουν καθημερινή χρήση και αυξάνεται συστηματικά το ποσοστό αυτών που δεν κάνουν καθόλου χρήση τον τελευταίο μήνα. Παράλληλα, στους ενεργούς χρήστες έχει αυξητική τάση το ποσοστό όσων δηλώνουν χρήση 2-6 φορές τη βδομάδα (2010: 4,6% 2012:14% 2016-17:15,9 %).

Αναφορικά με **συμπεριφορές υψηλού κινδύνου** του δείγματος της παρούσας μελέτης, ενέσιμη χρήση έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφεραν οι περισσότεροι, αποτελώντας το 86,26%, κοινή χρήση σύριγγας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από το 45,76% και οι υπόλοιποι (το 43 % του δείγματος) δεν έχουν κάνει κοινή χρήση σύριγγας έστω και μια φορά στη ζωή τους. Η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος (N=342) δεν έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας τις τελευταίες 30 ημέρες, αποτελώντας το 73,39% (N=251).

Σε όσους απάντησαν θετικά, παραπάνω από τους μισούς ανέφεραν ενέσιμη χρήση στη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών. Ο πληθυσμός που προσεγγίζει το Σταθμό Φροντίδας είναι στην πλειοψηφία ενεργοί χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (60%) και αναφέρουν σε υψηλό ποσοστό (περίπου 30%) κοινή χρήση σύριγγας τον τελευταίο μήνα. Εξ αυτών, οι περισσότεροι (56,93%) δεν έχουν κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον τις τελευταίες 30 ημέρες και το 28, 71% έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον τις τελευταίες 30 ημέρες.

Σημαντικές είναι οι διαχρονικές τάσεις που αφορούν την ενέσιμη χρήση. Διαχρονικά μειώθηκε η συχνότητα ενδοφλέβιας χρήσης. Ειδικότερα, στους ενεργούς χρήστες η **ενέσιμη χρήση τον τελευταίο μήνα** μειώθηκε από 64% το 2010 σε 56% για την περίοδο 2016-17, στους αιτούντες θεραπείας από 36% το 2010 σε 25% για το έτος 2016. Τα ποσοστά των ενεργών χρηστών που έχουν κάνει **ενέσιμη χρήση σε κάποια στιγμή της ζωής τους** σημειώνουν μικρή πτωτική τάση από 89% το 2010

σε 86% την περίοδο 2016-17, ενώ στους αιτούντες θεραπείας από 70% το 2010 σε 62% το 2016. Παρόλη την πτωτική τάση της ενέσιμης χρήσης, παρατηρείται ότι αυτή η πρακτική αφορά 1 στους 2 ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών του δείγματος. Η ενέσιμη χρήση υψηλής συχνότητας σχετίζεται με την έλλειψη στέγης σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές (Tsang et al, 2015). Στην Αθήνα, η λιτότητα και η οικονομική κρίση προκάλεσαν αυξημένες συμπεριφορές κινδύνου στο πλαίσιο της συνεχώς χαμηλής πρόβλεψης για τα προγράμματα υποκατάστασης και διανομής συρίγγων (Hatzakis et al, 2015, Paraskevis et al, 2013).

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ουσιών παίζει σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση ασθενειών που μεταδίδονται με το αίμα όπως ο ιός της Ηπατίτιδας C (HCV), της Ηπατίτιδας B (HBV), της λοίμωξης HIV/AIDS και άλλων λοιμώξεων. Στην πιο πρόσφατη εκτίμηση, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών παρατηρείται σε 148 χώρες και η μόλυνση από τον HIV μεταξύ των XEN σε 61 χώρες (Jolley et al., 2012, Mathers et al., 2008, Des Jarlais et al., 2016). Η πιο σημαντική απειλή από τη χρήση ναρκωτικών που διαπιστώθηκε στη χώρα μας αφορά την επιδημία του ιού HIV/AIDS στους XEN, ο επιπολασμός του ιού εκτινάχθηκε από 0,8% σε 16,5 % στην Αθήνα την περίοδο 2011-2013. Η μείωση του ποσοστού όσων κάνουν ενέσιμη χρήση πιθανόν να σχετίζεται με τις πολιτικές για τον περιορισμό αυτής της επιδημίας. Οι δράσεις που εντατικοποιήθηκαν και υλοποιήθηκαν από προγράμματα απεξάρτησης και ΜΚΟ εκείνη την περίοδο αφορούσαν διανομή και ανταλλαγή συρίγγων και προφυλακτικών, εξέταση για λοιμώδη, ενημέρωση και εκπαίδευση στην ασφαλή χρήση και στην σεξουαλική συμπεριφορά, αύξηση πρόσβασης σε υποκατάσταση. Στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών η υποκατάσταση έχει προστατευτικό ρόλο περιορίζοντας τις επικίνδυνες συμπεριφορές. Αυτό ενισχύεται όταν συνδυάζεται με προγράμματα ανταλλαγής και διανομής συρίγγων (EMCDDA, 2015). Επίσης, η προσβασιμότητα στην παροχή συμβουλευτικής και εξέτασης για τον ιό HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών τέθηκε σε προτεραιότητα, γενικότερα θα πρέπει να εξεταστεί σε χώρες όπου μια τέτοια στρατηγική δεν υιοθετείται ή έχει χαμηλή προτεραιότητα (Amundsen et al., 2003).

Στοιχεία που αφορούν την κοινή χρήση σύριγγας ενώ σημειώνουν μικρή πτωτική πορεία από το 2010 στο 2012, έχουν ανοδική τάση την περίοδο 2016-17. Το ποσοστά των ενεργών χρηστών που έχουν κάνει **κοινή χρήση σύριγγας σε κάποια στιγμή μέσα στη ζωή της χρήσης** (έχουν μοιραστεί το ίδιο σύνεργο χρήσης) αλλά και των αιτούντων θεραπείας (2010: 54% 2012:57 % 2016: 55 %). Διαφαίνεται μια

μικρή πτωτική τάση στο ποσοστό των ενεργών χρηστών που ανέφεραν **πρόσφατη κοινή χρήση σύριγγας** (2010: 21% 2012: 16,5% 2016:18,8 %). Ωστόσο στους αιτούντες θεραπείας είναι πιο αισθητή η μείωση και παρατηρούνται μονοψήφιοι αριθμοί (2010:8,6 % 2012:7,4 % 2016:4,8 %). Αυτή η τάση επηρεάστηκε από τις εντατικές προσπάθειες που έγιναν με αύξηση των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης για τον περιορισμό και την ανακοπή της επιδημίας HIV στους XEN της Αθήνας. Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην 6^η Πανελλήνια Συνάντηση για Ηπατίτιδες & AIDS, από τα δεδομένα του προγράμματος TRIP, βελτιώθηκε το ποσοστό αυτών που δεν έκαναν ενέσιμη χρήση (από 7,5% σε 28%) και η αναφερόμενη κοινή χρήση συριγγών μειώθηκε από 35% σε 24%. Το Πρόγραμμα Παρέμβασης για τη Μείωση της Μεταφοράς (TRIP) διεξήχθη στην Αθήνα την περίοδο 2013-2015, με σκοπό να ανιχνεύσει πρόσφατες λοιμώξεις ως μέσον έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης της HIV λοίμωξης. Επικεντρώθηκε στα δίκτυα ενέσιμων ναρκωτικών, μια παρέμβαση δικτύου για την ανίχνευση προσώπων που πρόσφατα (τους τελευταίους 6 μήνες) είχαν μολυνθεί (Nikolopoulos et al, 2016).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι πρακτικές ενέσιμης χρήσης παράνομων ουσιών μπορεί να περιλαμβάνουν την κοινή χρήση συριγγών και εξοπλισμού παρασκευής φαρμάκων (όπως τάσια, βαμβάκι και νερό έκπλυσης) κάθε μία από αυτές τις συμπεριφορές έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μετάδοση HCV (Hahn et al, 2002). Οι σημαντικές μειώσεις στην κοινή χρήση σύριγγας έχουν μειώσει δραματικά τη συχνότητα εμφάνισης του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) σε XEN σε χώρες υψηλού εισοδήματος, αλλά η κοινή χρήση άλλων υλικών χρήσης ναρκωτικών παραμένει (Bluthenthal et al., 2000, Falster et al., 2009, Hagan, 2011).

Η **μέση ηλικία έναρξης της ενέσιμης χρήσης** του δείγματος ήταν τα 23,02 έτη, το δείγμα κάνει πολλά χρόνια ενέσιμη χρήση περίπου 17 έτη. Η διάρκεια χρήσης διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις τρεις χρονικές περιόδους προσέλευσης, με μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης τα 19,98 έτη κατά την χρονική περίοδο 2016-2017 και μικρότερη τα 15,55 έτη το 2010. Η ίδια τάση φαίνεται και στην διάρκεια ενέσιμης χρήσης, όπου η μεγαλύτερη διάρκεια ενέσιμης διαφαίνεται στα έτη 2016-2017 19,72 και η μικρότερη διάρκεια ενέσιμης χρήσης διαφαίνεται το 2010 14,37 με στατιστική σημαντικότητα.

Επειδή πολλοί από τους κινδύνους στην υγεία εμφανίζονται ταχέως μετά την έναρξη ενέσιμης χρήσης, μελέτες σχετικά με την έναρξη της ένεσης έχουν

επικεντρωθεί σε άτομα που κάνουν ενδοφλέβια χρήση (XEN) ηλικίας κάτω των 30 ετών (Abelson et al., 2006, Frajzyngier et al., 2007, Novelli et al., 2005, Roy et al., 2011). Αυτή η εστίαση αντικατοπτρίζει την επίμονη παρατήρηση ότι οι περισσότεροι XEN ξεκινούν την ενέσιμη χρήση στα τέλη της εφηβείας και στις αρχές της δεκαετίας των 20 ετών. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν βρει σταθερά ότι η μέση ηλικία της πρώτης ένεσης κυμαίνεται από 19 έως 22 (Broz et al., 2014, Chitwood et al., 2000, Des Jarlais et al., 1999).

Αναφορικά με την **ηλικία έναρξης και διάρκεια χρήσης**, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης παράνομων ουσιών φαίνεται να παραμένει σταθερή στα 16 έτη διαχρονικά, τόσο στους ενεργούς χρήστες (16,6 17,2 15,9) όσο και στους αιτούντες θεραπείας (16,3 16,1 16,3) για το 2010, 2012 και 2016 αντίστοιχα.

Η μέση ηλικία έναρξης χρήσης του δείγματος ήταν τα 16,51 έτη και μέση διάρκεια χρήσης τα 18,04 έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε το χασίς ως ουσία έναρξης χρήσης, ένας στους 10 δήλωσε την ηρωίνη, οι βενζοδιαζεπίνες δηλώθηκαν σε μικρό ποσοστό (6,43%) και οι άλλες ουσίες αποτέλεσαν το 9,06%. Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν την επικινδυνότητα της συστηματικής χρήσης κάνναβης, ιδιαίτερα όταν αυτή ξεκινά σε νεαρή ηλικία (Marwaha et al., 2017, Raver et al. 2017).

Αναφορικά με τα **λοιμώδη νοσήματα**, με στοιχεία που προκύπτουν από αυτοαναφορά, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι δεν έχει HIV(+) σε ποσοστό 64,62%. Το 42,98 % απάντησε ότι έχει HCV(+), ποσοστό 6,14% δήλωσε ότι έχει HBsAg(+). Η μέση διάρκεια από τον τελευταίο έλεγχο για λοιμώδη ήταν οι 12 μήνες. Ο αριθμός των νέων HIV διαγνώσεων που δηλώνονται στο ΚΕΕΛΠΝΟ και συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ουσιών έχει σταθεροποιηθεί τελευταία στις περίπου 80 περιπτώσεις ετησίως. Αριθμός σαφώς χαμηλότερος συγκριτικά με την τριετία της επιδημικής έξαρσης της HIV λοίμωξης στην Αθήνα (2011-2013), αλλά και σημαντικά υψηλότερος συγκριτικά με την προ 2011 περίοδο. Ο αριθμός αυτός παραμένει ωστόσο σχετικά υψηλός, ενδεικτικό συνεχιζόμενης επιδημίας. Η συνεχιζόμενη επιδημία της HIV λοίμωξης στην κοινότητα των ενέσιμων χρηστών, ιδιαίτερα στην περιοχή της Αττικής, αντανακλάται και στα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ για τα άτομα που εισέρχονται ετησίως στα προγράμματα απεξάρτησης/υποκατάστασης. Σύμφωνα με αυτά –αν και μειωμένος συγκριτικά με τα αμέσως προηγούμενα χρόνια– ο επιπολασμός της λοίμωξης άγγιξε το 2016 στην περιοχή της Αττικής το 10%. Παρά τις διακυμάνσεις τα ενδιάμεσα χρόνια, ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης (anti-HCV

θετικό) στους ενέσιμους χρήστες που εντάσσονται στη θεραπεία κυμαίνεται σε εθνικό επίπεδο την πενταετία 2012-2015 περίπου στο 66%, σημαντικά υψηλότερος της προηγούμενης αντίστοιχης περιόδου.

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, αύξηση παρατηρήθηκε διαχρονικά στο ποσοστό των χρηστών που αναφέρει **HIV λοίμωξη** (2010: 0%, 2012: 11.8% και 2016-17: 14.4%). Το 2012 υπάρχει αύξηση –όπως ήταν αναμενόμενο λόγω της επιδημίας στην Αθήνα– παρουσιάζεται μια αύξηση μέχρι και το 2016-2017. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ» (2012-2018) ο επιπολασμός HIV στην Αθήνα παραμένει σταθερός σε 16-17%. Από το ίδιο πρόγραμμα, το 2018 φαίνεται ότι ο επιπολασμός της Ηπατίτιδας C στους XEN είναι 79%, στην παρούσα μελέτη δεν αποτυπώθηκε η σωστή εικόνα για τις ηπατίτιδες, δεδομένου ότι η πληροφορία βασίστηκε στην αυτοαναφορά, η οποία πολλές φορές περιλαμβάνει υποδήλωση λοιμωδών νοσημάτων (είτε γιατί τα άτομα δεν γνωρίζουν αν έχουν το νόσημα είτε γιατί δεν επιθυμούν να το πουν στη συνέντευξη).

Ωστόσο οι διαχρονικές τάσεις στα λοιμώδη δεν επηρεάζονται από αυτό το bias (social disability), παρατηρούμε στο δείγμα ότι η ηπατίτιδα C διαχρονικά παρέμεινε σταθερή, (HCV + (αυτοαναφορά) 2010: 48,78% 2012: 57,69% 2016-2017 54,87%). Οι υψηλοί ρυθμοί μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) εντοπίζονται σε ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών σε όλο τον κόσμο (Hagan et al, 2011). Οι XEN αποτελούν τον πυρήνα της επιδημίας του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος. Ο HCV μεταδίδεται σε αυτόν τον πληθυσμό κυρίως με την κατανομή μολυσμένων βελόνων και εξοπλισμού ενέσιμης χρήσης (Nelson et al, 2011, Cornberg et al, 2011).

Πρόσφατα, οι σημαντικές προόδους στην αντική θεραπεία του HCV έχουν βελτιώσει τη διαχείριση της λοίμωξης, επιτυγχάνοντας ρυθμούς υψηλής ανθεκτικότητας (SVR) (πάνω από 90%) σε σύντομη διάρκεια θεραπείας (έως 12 εβδομάδες) (Feld, 2014, Sulkowski et al, 2014). Λόγω των κλινικών επιτευγμάτων, η παγκόσμια εξάλειψη του HCV λαμβάνεται σοβαρά υπόψη παγκοσμίως (WHO, 2015 Burki, 2014, Cousein et al, 2016, Scott et al, 2017, Gountas et al, 2017, Martin et al, 2017). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η εξάλειψη του HCV ως πρόβλημα δημόσιας υγείας περιλαμβάνει τη μείωση της επίπτωσης κατά 80% και της θνησιμότητας λόγω HCV κατά 65% έως το 2030, σε σύγκριση με το 2015 (WHO, 2016). Ένας από τους τρόπους επίτευξης αυτών των στόχων στον πληθυσμό των XEN είναι η χρήση της αντιϊκής θεραπείας ως πρόληψης (TasP), η μείωση της μάζας μολυσμένων και, στη

συνέχεια, η αποτροπή της περαιτέρω μετάδοσης (Scott et al, 2017, Helard et al, 2012, Martin et al, 2013). Πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι ο ιός HCV μεταξύ των XEN θα μπορούσε να εξαιρεθεί ακόμη και σε υψηλές επιδόσεις και υψηλού κινδύνου ρυθμίσεις συμπεριφοράς. Χρησιμοποιώντας ολοκληρωμένες στρατηγικές υγειονομικής περίθαλψης, μειώνεται η απαραίτητη κάλυψη της θεραπείας για την εξάλειψη του HCV και θα μπορούσε να αποφευχθεί μια επανεμφάνιση HCV μετά την εξάλειψη. Η εφαρμογή συμβουλευτικών παρεμβάσεων εκτός από τη μείωση της βλάβης και την αντική θεραπεία θα μειώνει τις εκ νέου μολύνσεις και θα εμποδίζει την ανάκαμψη της νόσου ακόμα και σε υψηλού κινδύνου ρυθμίσεις (Gountas et al, 2018).

Η πλειοψηφία του δείγματος έχει κάνει **θεραπευτική προσπάθεια** σε κάποιο πρόγραμμα για τα ναρκωτικά ($p=0,041$), με το ποσοστό των θετικών απαντήσεων να σημειώνει αύξηση από 50,46% το 2010 σε 66,42% τη χρονική περίοδο 2016-2017. Η μέση διάρκεια της θεραπευτικής προσπάθειας σημείωσε αύξηση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από 3 μήνες το 2012 σε 6 μήνες για 2016-2017. Η πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει στην πρόσφατη θεραπευτική προσπάθεια στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα (σε ποσοστό 64%), ακολουθεί η θεραπεία υποκατάστασης (σε ποσοστό 20%) και άλλες υπηρεσίες (αυτοβοηθείας, αποτοξίνωσης, βασιζόμενη στη πίστη κοκ) σε ποσοστό 13%. Το εύρημα αποτυπώνει τον μεγάλο χρόνο αναμονής –διάρκειας κάποιων ετών- για τα εξαρτώμενα από οπιοειδή άτομα να εισέλθουν στην θεραπεία υποκατάστασης της Αθήνας, κυρίως πριν την επιδημία του HIV. Στις αρχές του 2010, στην Αθήνα περισσότεροι από 5.500 χρήστες οπιοειδών περίμεναν να ενταχθούν σε πρόγραμμα υποκατάστασης με οπιοειδή, ο μέσος χρόνος αναμονής άγγιζε τα 7,6 έτη (Malliori et al, 2013). Στην Ελλάδα από το 2008 μέχρι το 2014 υπάρχει μια σταδιακή αύξηση των ανθρώπων που εγκαταλείπουν τα προγράμματα απεξάρτησης λόγω υποτροπής, παραπομπής ή θανάτου. Γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στην επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης των θεραπευομένων, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης στη χώρα.

Η ανεργία επηρεάζει αρνητικά τον αριθμό των χρηστών που εισάγονται σε θεραπευτικά προγράμματα, όταν η ανεργία αυξάνεται, ο αριθμός των εισαγωγών σε θεραπεία μειώνεται. Αντίστροφα, σύμφωνα με πανευρωπαϊκές έρευνες, η προοπτική απασχόλησης ενισχύει σημαντικά τη βούληση για έναρξη θεραπείας (Costa Storti, 2011).

Κατά την τελευταία επταετία 2010-2016, παρατηρείται μια τάση μείωσης τόσο του αριθμού των ατόμων που δέχονται τις υπηρεσίες των συμβουλευτικών κέντρων που λειτουργούν στο πλαίσιο των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όσο και του αριθμού των ατόμων που προχωρούν στο στάδιο της κυρίως φάσης θεραπείας στα εν λόγω προγράμματα. Κατά την ίδια περίοδο και όσον αφορά τη φάση της κυρίως θεραπείας των «στεγνών» προγραμμάτων παρατηρείται μια τάση μείωσης του ποσοστού των ατόμων που ολοκληρώνουν τη θεραπεία και μια τάση αύξησης του ποσοστού των ατόμων που παραμένουν στο πρόγραμμα. Κατά την τελευταία πενταετία 2012-2016, η τάση του αριθμού των θεραπευομένων στις μονάδες φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης παρουσιάζει σταθεροποίηση, σε αντιδιαστολή με την τριετία 2010-2012, όπου ο αριθμός των θεραπευόμενων αυξήθηκε κατά 57,7%, λόγω του διπλασιασμού των μονάδων (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Η γενική κατάσταση του HIV μεταξύ των ΧΕΝ έχει γίνει παγκόσμια καταστροφή δημόσιας υγείας τα τελευταία τριάντα χρόνια. Όπως έχει αναφερθεί, από το 2001-2010 η Ελλάδα ανέφερε λιγότερα από 20 περιστατικά HIV ανά έτος μεταξύ ΧΕΝ. το 2011, ο αριθμός των νέων λοιμώξεων αυξήθηκε σε 256 περιπτώσεις και οι ΧΕΝ αποτελούσαν το 27% των περιπτώσεων HIV εκείνο το έτος. Το 2012 οι ΧΕΝ ήταν ο πιο επηρεασμένος πληθυσμός αποτελώντας το 41% των νέων λοιμώξεων από τον ιό HIV εκείνο το έτος. Το 80% των περιπτώσεων εμφανίστηκαν μεταξύ των εθνικών ελλήνων πολιτών (ΕΜCDDA, 2012). Η δραματική αύξηση της ένεσης ναρκωτικών το 2011-2012 ήταν απροσδόκητη, καθώς και οι περιορισμένες γνώσεις μεταξύ των ΧΕΝ όσον αφορά τη μόλυνση από τον ιό HIV. Μία σταδιακή απομάκρυνση από την ένεσιμη χρήση οπιοειδών προς την ενέσιμη χρήση κοκαΐνης είχε παρατηρηθεί. Πολύ περιορισμένες υπηρεσίες πρόληψης για τον ιό HIV (κοινότητα, ανταλλαγή συρίγγων, δοκιμές HIV, θεραπεία με φάρμακα, ART) ήταν διαθέσιμες πριν από την εμφάνιση της εστίας. Η οικονομική κρίση και η μετανάστευση των ΧΕΝ στην Αθήνα οδήγησε σε αυξημένη έλλειψη στέγης μεταξύ των ΧΕΝ και του σχηματισμού μεγάλων δικτύων κινδύνου ενέσεων και αυξημένης κατανομής βελόνων (Malliori et al, 2011). Μεγάλη προσπάθεια για ανίχνευση, εξέταση και διασύνδεση με θεραπεία (πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ) εφαρμόστηκε ως απάντηση στην εκδήλωση του ιού. Ο επιπολασμός του ιού HIV σταθεροποιήθηκε και η συχνότητα εμφάνισης μειώθηκε σε 1,71 / 100PY το 2013, με μείωση 78% από την επίπτωση του HIV που καταγράφηκε στην αιχμή της επιδημίας το 2012 (Sypsa et al, 2014).

Το ξέσπασμα του 2011 σημειώθηκε στο πλαίσιο των χαμηλών επιπέδων παροχής υπηρεσιών μείωσης των βλαβών (Malliori et al, 2013) και σοβαρής οικονομικής ύφεσης, οι οποίες έχουν προταθεί ως αίτια μακροοικονομικού επιπέδου (Paraskevis et al, 2013, Nikolopoulos et al, 2015). Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. αύξησε σημαντικά τον αριθμό των κέντρων θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών (από 25 έως 58 μονάδες υποκατάστασης μεταξύ Αυγούστου 2011 και Δεκεμβρίου 2012) και σε συνεργασία με Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς και το Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (από 7 έως 45 σύριγγες ανά εκτιμώμενο ΧΕΝ ανά έτος μεταξύ 2010 και 2012) (Malliori et al, 2013). Παρά τις βελτιώσεις αυτές, κατά τη διάρκεια της επιδημίας υπήρξε χρόνος αναμονής 3,6 ετών για τα εξαρτώμενα από οπιοειδή άτομα να εισέλθουν στην υποκατάσταση στην Αθήνα (Malliori et al, 2013) και τα προγράμματα διανομής συριγγών ήταν χαμηλά, κυμαινόμενης κάτω από την κατευθυντήρια γραμμή 200 συριγγών ανά ΧΕΝ ανά έτος (WHO, 2016).

Το πρόγραμμα παρουσίασε σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης του HIV (από 7,8 σε 1,7 ανά 100 άτομα-έτη), υψηλό επιπολασμό του HIV (16,5%) και παράγοντες κινδύνου για ορομετατροπή. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, η συχνότητα ενέσιμης χρήσης, η ανταλλαγή χρησιμοποιημένων συριγγών και η μη διαγνωσμένη λοίμωξη από τον ιό HIV μειώθηκε στον πληθυσμό και αυξήθηκε η υποκατάστατη. Οι επαναλαμβανόμενοι συμμετέχοντες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά επαρκούς κάλυψης από σύριγγες, σύνδεση με τη φροντίδα του ιού HIV και προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων, παρά το γεγονός ότι τα επίπεδα κάλυψης παρέμειναν άσχημα και η συνολική κάλυψη σύριγγας μειώθηκε ακόμη και με την πάροδο του χρόνου. Κατά τη διάρκεια του ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ, ο επιπολασμός του HIV παρέμεινε σχετικά σταθερός (12,0% -16,2%), με συνολικό επιπολασμό του ιού HIV 16,5%. Η καθημερινή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών και, σε μικρότερο βαθμό, η έλλειψη στέγης και το ιστορικό της φυλάκισης ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την ορομετατροπή του ιού HIV σε ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για επαρκή και έγκαιρη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας αυτού του πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη της έλλειψης στέγης, των κινδύνων έγχυσης και της φυλάκισης στον ευρύτερο πληθυσμό των ΧΕΝ (Sypsa et al, 2017). Σύμφωνα με στοιχεία από προγράμματα εμπλεκόμενων φορέων που παρουσιάστηκαν στην 6^η Πανελλήνια συνάντηση «AIDS & Ηπατίτιδες» τον Σεπτέμβριο του 2018, ανεπαρκή παραμένουν

τα μέτρα πρόληψης του HIV/AIDS και των Ηπατιτίδων μεταξύ των XEN στην Ελλάδα

Στην παρούσα μελέτη, διαφοροποιείται η ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος και η μη ύπαρξη. Το 35,38% του δείγματος ανέφερε ότι αντιμετωπίζει **ψυχιατρικό πρόβλημα**. Η τάση είναι να μην υπάρχει ψυχιατρικό πρόβλημα αλλά η θετική απάντηση αυξάνεται σε κάθε έτος που μελετάται. Συγκεκριμένα, 28,9 % αναφέρθηκε σε κατάθλιψη και παρόμοιο ποσοστό σε ψυχωσική διαταραχή, ενώ 5,7% σε αγχώδεις διαταραχές. Διαθέσιμα στοιχεία επικράτησης ψυχιατρικής συννοσηρότητας των χρηστών ναρκωτικών στις ευρωπαϊκές χώρες είναι ετερογενή. Οι συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ χρηστών παράνομων ουσιών είναι κυρίως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές (κυρίως διαταραχές πανικού και μετατραυματικού στρες) και διαταραχές της προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνική και οριακή). Μεταξύ των ατόμων με ψύχωση (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή) συνυφασμένες διαταραχές χρήσης ουσιών είναι επίσης κοινές (EMCDDA, 2015).

Η κατάθλιψη και η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι η μεγαλύτερη κοινή συννοσηρότητα με τα ποσοστά επικράτησης να κυμαίνονται από 12% έως 80% (EMCDDA, 2015). Κλινικά δεδομένα επισημαίνουν ότι άνθρωποι με διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους από ότι ο γενικός πληθυσμός. Οι αγχώδεις διαταραχές (ιδιαίτερα η διαταραχή πανικού και η διαταραχή μετατραυματικού στρες) παρατηρούνται συνήθως σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών. Ο επιπολασμός των διαταραχών άγχους στους χρήστες οπιοειδών κυμαίνεται από 26% έως 35% (Fatseas et al., 2010). Η συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας και οποιασδήποτε διαταραχής χρήσης ουσιών είναι κοινή, με ποσοστά τόσο υψηλά όσο 30-66% (Green, 2005). Ο επιπολασμός της συνυπάρχουσας ψύχωσης και της χρήσης οπιοειδών είναι γενικά χαμηλός (4-7%), με την χαμηλή επικράτηση να εξηγείται από την αντιψυχωσική επίδραση των οπιοειδών (Maremmani et al., 2014, EMCDDA, 2015).

Διαχρονικά παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό των ενεργών χρηστών που αναφέρει ψυχιατρικά προβλήματα, διπλασιάζονται στην πάροδο των ετών τα άτομα με συννοσηρότητα. Τα τελευταία χρόνια σημαντικό ποσοστό ατόμων υπό θεραπεία έχουν διαγνωσθεί για κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα, (2013: 25,0%, 2014: 29,0%, 2015: 26,7%, 2016: 27,6%), γεγονός που υπογραμμίζει την αυξανόμενη ευαισθητοποίηση των θεραπευτικών προγραμμάτων στην παρουσία ψυχιατρικής

συννοσηρότητας στα εξαρτημένα άτομα και στην διερεύνηση για τη διάγνωσή της (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Περίοδοι οικονομικών κρίσεων στο παρελθόν έχουν συσχετιστεί με την εξασθένηση της ψυχικής υγείας των οικονομικά επηρεασμένων (Stavrianakos et al., 2014). Σε μια περίοδο οικονομικής ύφεσης τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας των ανθρώπων που είναι περισσότερο ευάλωτοι στη χρήση ουσιών μεγαλώνουν. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, η χρήση οπιοειδών παρουσιάζει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, εξαιτίας του ότι συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών και σωματικών επιπλοκών, οι περισσότερες των οποίων χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα (Clausen et al, 2009, Skeie et al., 2008).

Από έρευνες διαπιστώνεται ότι παράγοντες όπως η φτώχεια, η ανεργία, η απουσία στέγης ασκούν σημαντικές επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού. Πολλές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας που αφορούν τις ψυχικές νόσους, τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα αλλά και την κατάχρηση ουσιών παρουσιάζουν ανοδικές τάσεις (Kondilis et al., 2013). Στη παρούσα μελέτη, εκτός από πληροφορίες για ψυχιατρικό πρόβλημα και λοιμώδη νοσήματα, ύπαρξη σωματικού προβλήματος (τα τελευταία δύο έτη) αναφέρθηκε από το 22% του δείγματος, με τις θετικές απαντήσεις να αφορούν παθολογικό πρόβλημα (60,5%) και χειρουργική πάθηση (32,9%). Όπως έχει αναφερθεί, στο δείγμα της παρούσας μελέτης διαχρονικά παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν HIV λοίμωξη και σχεδόν διπλασιάστηκε το ποσοστό όσων ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν ψυχιατρικό πρόβλημα.

Σύμφωνα με στοιχεία του προγράμματος TRIP- για δίκτυα XEN με λοίμωξη HIV- διαπιστώθηκε ότι οι άνεργοι συμμετέχοντες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης οι οποίες συσχετιζόνταν με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Nikolopoulos et al., 2016). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και του HIV / AIDS. Τα πιο διαδεδομένα προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται κυρίως με τον ιό HIV / AIDS είναι η κατάθλιψη και οι ιδεολογίες αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους HIV-θετικούς ασθενείς. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατάθλιψη συμβαίνει συχνότερα σε άτομα με HIV (+), με επιπολασμό που είναι δύο έως τέσσερις φορές υψηλότερος σε σύγκριση με άτομα με HIV(-) ή γενικό πληθυσμό (Chen et al., 2014, Ciesla et al., 2001).

Η αιτιολογία της κατάθλιψης στο HIV(+) πιθανώς προσδιορίζεται από: βιολογικούς παράγοντες, ψυχοκοινωνικούς (στίγμα HIV, επαγγελματική

ανικανότητα, αλλαγές εικόνας του σώματος, απομόνωση και εξασθένιση) και ιστορικό ή συννοσηρότητα ψυχιατρικής ασθένειας. Η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει στην αυξημένη θνησιμότητα σε αυτούς τους ασθενείς. Αλλά η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και να οδηγήσει σε καλύτερη πρόγνωση της λοίμωξης από τον ιό HIV (Arseniou et al., 2014).

Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι απόπειρες αυτοκτονίας από οροθετικούς ασθενείς είναι πιο συχνές από αυτές του γενικού πληθυσμού. Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ποσοστά ιδεών και προσπαθειών αυτοκτονίας μεταξύ ασθενών με χρόνιες ιατρικές παθήσεις, ιδίως του AIDS. Στις περισσότερες από αυτές τις μελέτες η κατάθλιψη και το HIV / AIDS χαρακτηρίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία (Alfonso et al, 1994, Wells et al, 1988).

Από στοιχεία έρευνας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» σε ασθενείς μολυσμένους με HIV στην Ελλάδα (1992-2012), εκτιμάται ότι η συχνότητα αυτοκτονίας ήταν υψηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού και μειώθηκε μετά την εισαγωγή σε αντιρετροϊκή θεραπεία (Paparizos et al., 2017). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην καταγραφή συνυπαρχουσών ψυχικών διαταραχών και στην παροχή εξειδικευμένης ψυχιατρικής φροντίδας σε ασθενείς με HIV.

Όσον αφορά άλλα αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά του δείγματος, μεγάλο ποσοστό των ενεργών χρηστών του δείγματος (42,69 %) ανέφερε ότι έχει **νομικές εκκρεμότητες**, οι περισσότεροι διώκονται για παραβάσεις του Νόμου Περί Ναρκωτικών (44,52%). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα που εξαρτώνται από οπιοειδή έχουν διάφορες επαφές με το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της φυλάκισης και της συμμετοχής σε παράνομες δραστηριότητες (Rao et al, 2016). Η σύλληψη και η φυλάκιση (με την εμπειρία έλλειψης στέγης και τη σεξουαλική εργασία) μπορεί να αυξήσουν την έκθεση των XEN σε HIV, HCV και HBV και να αυξήσουν τους κινδύνους σωματικής και πνευματικής υγείας (Degenhardt et al, 2017). Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ ο αριθμός των κατηγορηθέντων ατόμων που υπάγονται στον ισχύοντα νόμο παρουσίασε αύξηση κατά την εξαετία 2011-2016. Ο συνολικός αριθμός των κρατουμένων καθώς επίσης και το ποσοστό των κρατουμένων για παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών παρουσιάζει αύξηση κατά το χρονικό διάστημα 2004-2009 και διαρκή μείωση κατά τη χρονική περίοδο 2010-2017 (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σε παλιότερη έρευνα για την εγκληματικότητα και τη χρήση ουσιών, η πλειοψηφία των χρηστών ναρκωτικών είχε περισσότερες από μία σύλληψη ή

καταδίκη για διάφορα εγκλήματα. Οι συλλήψεις και οι καταδικαστικές αποφάσεις για άλλα αδικήματα εκτός των ναρκωτικών ξεπέρασαν τα αριθμητικά αδικήματα. Η εγκληματικότητα όπως εκφράστηκε από τις αναφερόμενες συλλήψεις και καταδίκες μελετήθηκε σε δείγμα 294 ατόμων που είχαν κατάχρηση ναρκωτικών - κυρίως ηρωίνης, το 77,6% των οποίων συνελήφθησαν και το 57,1% καταδικάστηκαν. Μόνο μια μειοψηφία των ατόμων ήταν υπεύθυνη για την πλειονότητα των εγκληματικών ενεργειών. Στα μισά από τα άτομα, η συμμετοχή στην εγκληματικότητα προηγήθηκε της έναρξης της χρήσης ηρωίνης. Το φύλο, η χρήση πολλαπλών ναρκωτικών, η ανεργία, το επίπεδο χαμηλής εκπαίδευσης -η μη ενέσιμη χρήση ηρωίνης ως κύριος τρόπος χρήσης- βρέθηκαν μεταξύ των κύριων παραγόντων που προβλέπουν σημαντικά την εγκληματικότητα (Kokkevi et al, 1993).

Η βιβλιογραφία δείχνει μια συσχέτιση μεταξύ πολλών ψυχοκοινωνικών παραγόντων ή γεγονότων ζωής γενικά και παραβατικότητας. Παράγοντες όπως το φύλο, η κάνναβη και η χρήση ναρκωτικών είναι σταθερά συνδεδεμένοι με την παραβατικότητα. Ομοίως, η διαπροσωπική βίαιη συμπεριφορά φαίνεται να είναι συχνότερη σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και σε άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση. Η συσχέτιση αυτών των παραγόντων με τα βίαια ή μη βίαια εγκλήματα, ειδικά στην ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία, είναι πολύ περιορισμένη. Σε μελέτη που διεξήχθη το 2012-2013 εξετάστηκε σε ελληνικό πληθυσμό των φυλακών ο συσχετισμός των δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων με βίαιο και μη βίαιο έγκλημα. Στο δείγμα του πληθυσμού των φυλακών τα περισσότερα από τα εγκλήματα ήταν μη βίαια. Οι φυλακισμένοι ήταν αστικοί κάτοικοι, νεαρής ηλικίας, δεν ήταν παντρεμένοι και είχαν βραχυπρόθεσμες σχέσεις κατά μέσο όρο. Είχαν ολοκληρώσει τις στρατιωτικές υποχρεώσεις τους, δεν ζούσαν μόνοι τους και εργάζονταν τους τελευταίους έξι μήνες πριν φυλακιστούν σε χειρωνακτική εργασία. Είχαν χαμηλή μόρφωση και φτωχά σχολικά επιτεύγματα, είχαν αγωνιστεί με συμμαθητές και είχαν ιστορία αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Δεν είχαν συμμετάσχει υποχρεωτικά σε συμμορίες και είχαν ιστορικό χρήσης από νεαρή ηλικία, αλκοόλ, κάνναβης και χρήσης ναρκωτικών. Παρόλο που τα παραπάνω χαρακτηριστικά υπογραμμίζουν τις μεγάλες διαφορές μεταξύ του πληθυσμού των φυλακών και του γενικού πληθυσμού, δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις αυτών των παραγόντων με βίαιο ή μη βίαιο έγκλημα. Ωστόσο, οι κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ήταν κατά 65% λιγότερο πιθανό να έχουν καταδικαστεί για βίαιο έγκλημα. Επίσης, οι φυλακισμένοι που απαλλάσσονταν από τα στρατιωτικά

καθήκοντά τους, ήταν 49% λιγότερο πιθανό να έχουν διαπράξει βίαιο έγκλημα (Apostolopoulos et al, 2018).

Η συμμετοχή στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης είναι κοινή μεταξύ των ατόμων που εξαρτώνται από τα οπιοειδή. Η περιορισμένη εκπαίδευση, η ανεξάρτητη διαβίωση και η ύπαρξη εξαρτώμενων παιδιών πριν από την ηλικία των 18 ετών, η εφηβική εξάρτηση από την εξάρτηση από οπιοειδή και η κράτηση ανηλίκων αποτελούν παράγοντες για την πρόβλεψη φυλάκισης ενηλίκων (Larney et al., 2016). Στην βιβλιογραφία για την μείωση της εμπλοκής με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, προτείνονται παρεμβάσεις όπως η επέκταση της θεραπείας απεξάρτησης σε μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού -κυρίως σε νέους χρήστες ναρκωτικών - καθώς και η υποστηρικτική στέγαση (Omura et al, 2014).

Τα χαρακτηριστικά των XEN της Αθήνας αποτυπώθηκαν από το βραβευμένο πρόγραμμα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ», που όπως έχει ήδη αναφερθεί, υλοποιήθηκε από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ στην Αθήνα, ως απάντηση στην επιδημία του HIV στους XEN, την περίοδο 2012 – 2013. Η Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Έρευνας AIDS και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων», το ΕΚΠΑ και ο Σύλλογος Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας», σε απάντηση σε αυτό το σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, προχώρησαν στην υλοποίηση ενός νέου προγράμματος με τίτλο «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ HCV & HIV» (2018-2019). Στόχος του προγράμματος είναι ο περιορισμός της μετάδοσης της ηπατίτιδας C και του HIV αλλά και η αύξηση της διάγνωσης και της διασύνδεσης σε φροντίδα / θεραπεία για τους XEN της Αθήνας. Συγκρίνοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης (2010-2017) με τα πολύτιμα δεδομένα από το πρόγραμμα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» (ένα πρόγραμμα στην κοινότητα 2012-2018) συμπεραίνουμε ότι υπάρχει παρόμοιο προφίλ και παρόμοια χαρακτηριστικά (Πίνακας 4.2). Υψηλό ποσοστό γυναικών σε σχέση με το ποσοστό των γυναικών που προσεγγίζει τα θεραπευτικά προγράμματα, περισσότεροι άνδρες, η παρουσία των αλλοεθνών είναι σε ποσοστό 14% καθώς και η αστεγία σημειώνει υψηλό ποσοστό.

Τα άτομα που προσέρχονται σε υπηρεσία άμεσης πρόσβασης ταιριάζουν ως προς τα χαρακτηριστικά με τα στοιχεία που αποτυπώθηκαν από ένα πρόγραμμα στην κοινότητα. Οι προσελθέντες στο ΣΦΕΑ είναι περισσότερο επιβαρυνμένοι από την απουσία στέγης, περισσότεροι αλλοεθνείς και πιο πολλά άτομα με χρήση ηρωίνης έναντι χρήσης οπιοειδών για τους αιτούντες θεραπείας.

Πίνακας 4.2: Σύγκριση με στοιχεία προγράμματος «Αριστοτέλη» (2018) και αιτούντες θεραπείας ΕΚΤΕΠΝ (2016) (ΠΗΓΕΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ ΑΠΟ 6^Η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ AIDS & ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ, 2018 & ΕΚΤΕΠΝ, 2018)

	ΣΦΕΑ ΟΚΑΝΑ 2016 (N=134)	ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ HCV-HIV Απρ.-Αυγ. 2018 (N=1000)	ΕΚΤΕΠΝ 2016 (N=4.314)
Ποσοστιαία κατανομή γυναικών	20,15%	16,6%	13,7%
Ηλικία	35,63	39,2	34
Εθνικότητα (άλλη)	14,18%	13,9%	10,6%
Αστεγία	47,01%	29,2%	11,1%
Ανεργία	83,58%	92,3%	55,8%
Κύρια ουσία χρήσης (ηρωίνη)	79 %	58 %	66%

Συμπερασματικά, από τα δεδομένα της παρούσας μελέτης (2010-2017), πριν την επιδημία HIV (2010), υψηλό ποσοστό χρηστών άνηκε σε ευάλωτους πληθυσμούς (μετανάστες, άστεγοι) και ανέφερε καθημερινή χρήση ενέσιμων ουσιών που αποτελούν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία παράγοντες κίνδυνου ορομετατροπής για τον HIV (Sypsa 2017, Hatzakis et al, 2015). Διαχρονικά, μειώνεται η χρήση ηρωίνης ως κύρια ουσία, παρατηρήθηκε μικρή μείωση στην καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας και στον αριθμό των χρηστών άλλης εθνικότητας. Διαχρονικά, αυξήθηκε το ποσοστό των χρηστών που αναφέρει ψυχιατρικά προβλήματα και παραμένει άλυτο το πρόβλημα της αστεγίας (το 2016-2017 καταγράφεται αύξηση της αστεγίας). Ο πληθυσμός που προσέρχεται στο Σταθμό Φροντίδας έχει επιβαρυνμένο κοινωνικο-οικονομικό προφίλ (άστεγοι, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, μεγάλο ποσοστό ατόμων άλλης εθνικότητας) και είναι ενεργοί χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών με χρήση τον τελευταίο μήνα, με μεγάλη διάρκεια ενέσιμης χρήσης και συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Παρατηρήθηκε ότι ο πληθυσμός των ενεργών χρηστών που προσέρχεται σε Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης είναι διαφορετικός από τους αιτούντες θεραπείας, τα άτομα δηλαδή για τα οποία συλλέγονται στοιχεία πιο συστηματικά. Οι ενεργοί χρήστες έχουν χειρότερο προφίλ είναι πιο ευάλωτοι και δύσκολα προσεγγίσιμοι πληθυσμοί (άστεγοι, μετανάστες) και από ότι φαίνεται έχουν την τάση να προσεγγίζουν υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης-ελεύθερης εισόδου.

4.2. Περιορισμοί της μελέτης

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αναφερόμενων ευρημάτων. Ένας περιορισμός είναι ότι οι συμπεριφορές κινδύνου και ορισμένα βασικά δεδομένα (ιατρικός έλεγχος) βασίζονται σε αυτοαναφορά, δηλαδή στη γνώση του ίδιου του ατόμου για το νόσημα και στην επιθυμία του να το δηλώσει ή όχι και σε ανεπαρκή αναφορά. Πληροφορίες αναμενόμενες (φυλάκιση, ηπατίτιδα) δεν αναφέρθηκαν από το δείγμα, αυτό αποδίδεται στο ότι η πληροφορία προέκυψε από ελεύθερα πεδία –ελεύθερα κείμενα του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο δεν αποτελεί επίσημο εργαλείο και απουσιάζουν βασικές πληροφορίες όπως για συγκεκριμένες ουσίες χρήσης ή σεξουαλική συμπεριφορά. Δεν υπήρχε εκτενές ερωτηματολόγιο, συγκεκριμένα υπήρχαν περίπου είκοσι ερωτήσεις, ενώ όλη η υπόλοιπη πληροφορία αντλήθηκε από τα ελεύθερα πεδία και αύξησε τις ελλειπείς απαντήσεις. Ασυμπλήρωτα πεδία επηρέασαν την ποιότητα των δεδομένων.

4.3. Πλεονεκτήματα της μελέτης

Για πρώτη φορά αξιοποιούνται δεδομένα από μια τέτοια υπηρεσία. Η παρούσα έρευνα συμβάλλει στην αποτύπωση του προφίλ αυτού του πληθυσμού –των ενεργών χρηστών- πληθυσμός που διαφορετικός από όσους βρίσκονται στα θεραπευτικά προγράμματα. Καθώς και στην ανάδειξη των ελλείψεων- πολλαπλών αναγκών αυτού του πληθυσμού που είναι και αυτός που έχει τις μεγαλύτερες ανάγκες.

Επιπλέον, μέσα από τις παρεχόμενες εκτιμήσεις μπορούμε να αξιολογήσουμε τις παρεμβάσεις που είναι αναγκαίες να προσφερθούν σε αυτό το πληθυσμό (δομές αστέγων, κέντρα επιτηρούμενης χρήσης, περαιτέρω ενίσχυση των προγραμμάτων διανομής συριγγών).

4.4. Συστάσεις

Οι ενεργοί χρήστες που προσεγγίζουν Υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης διαφέρουν από τους αιτούντες θεραπείας για τους οποίους υπάρχει συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή από το 2002. Από τις αρχές του 2018 εφαρμόζεται ειδικό έντυπο από το ΕΚΤΕΠΝ (ατομικό έντυπο καταγραφής προβληματικών χρηστών σε Μονάδες Μείωσης της Βλάβης) και αναμένονται το επόμενο διάστημα τα πορίσματα. Τα στοιχεία από τις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης αποτελούν μία

πολύτιμη πηγή πληροφοριών για χρήστες που είναι ενεργοί και δεν βρίσκονται σε θεραπευτικά προγράμματα, αντανακλούν επομένως το προφίλ και τις πρακτικές του πληθυσμού αυτού. Είναι αναγκαία και απαραίτητη η παρακολούθηση των χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου πληθυσμού καθώς και η συστηματική καταγραφή τους για τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων, ενός βαριά πάσχοντος πληθυσμού που κάνει χρήση επικίνδυνων ουσιών, με υψηλό φορτίο λοιμωδών νοσημάτων, υιοθετεί συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθεί αλλά και να μεταδώσει λοιμώδη νοσήματα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γασγαλίδης Κ., «Ναρκωτικά: εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης», Εξάντας, 2005, ISBN 960-256-612-4.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2017, Αθήνα, Ιούνιος 2018 ISSN: 1792 6297
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2013, Αθήνα 2014 ISSN: 1792 6297
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2011, Αθήνα 2012 ISSN: 1792 6297
- Επιστημονική Εταιρεία Επιδημιολογίας, Βιοστατιστικής & Προληπτικής Ιατρικής, Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Α΄ Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Πανεπιστημίου Αθηνών “Ανδρέας Συγγρός”, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Παθολογική Κλινική – Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημίου Πατρών Γ.Ν. Πάτρας Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 6η Πανελλήνια Συνάντηση «AIDS & Ηπατίτιδες», Σεπτέμβριος 2018, <http://www.aidshep2018.gr/>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, Ετήσια έκθεση για την απασχόληση και την ανεργία. Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα, 2013.
- Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία ΕΨΕ, Παγκόσμια ημέρα για την αντιμετώπιση των αυτοκτονιών, Σεπτέμβριος 2015, <http://www.psych.gr>
- Επιστημονική Εταιρεία Επιδημιολογίας, Βιοστατιστικής & Προληπτικής Ιατρικής, Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Α΄ Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Πανεπιστημίου Αθηνών “Ανδρέας Συγγρός”, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Παθολογική Κλινική – Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημίου Πατρών Γ.Ν. Πάτρας Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής

- Πανεπιστημίου Αθηνών, 6η Πανελλήνια Συνάντηση «AIDS & Ηπατίτιδες», Σεπτέμβριος 2018, <http://www.aidshep2018.gr/>
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ΚΕΕΛΠΝΟ, Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV /AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα τεύχος 32, Δεκέμβριος 2017 www.keelpno.gr
 - Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ΚΕΕΛΠΝΟ, Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV /AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα τεύχος 30, Δεκέμβριος 2015 www.keelpno.gr
 - Μπούρας Γ., Λύκουρας Α., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία, Εγκέφαλος 2011, 48:54–61.
 - Οικονόμου Μ., Πέππου Α., Λούκη Ε., Κομπορόζος Α., Μέλλου Α., Στεφανής Κ., Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, Ψυχιατρική 2012, 23:17–28.
 - Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών OKANA <http://www.okana.gr/>

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abelson J., Treloar C., Crawford J., Kippax S., van Beek I., Howard J., Some characteristics of early-onset injection drug users prior to and at the time of their first injection, *Addiction*, 2006;101:548–555.
- Alfonso CA, Cohen MA, Aladjem AD, Morrison F, Powell DR, et al., HIV seropositivity as a major risk factor for suicide in the general hospital. *Psychosomatics*, 1994, 35: 368-373.
- Amundsen EJ, Eskild A, Stigum H, Smith E, Aalen OO, Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden, *Eur J Public Health*., 2003 Sep;13(3):252-8.
- Apostolopoulos A., Michopoulos I., Rizos E., Manthou V., Tzeferakos G., Kalemi G., Papageorgiou C., Douzenis A., Prisoners in Greek prisons: Correlation of demographic and psychosocial data with committed crimes, *Psychiatriki*. 2018 Apr-Jun;29(2):137-148. doi: 10.22365/jpsych.2018.292.137.
- Arseniou S., Arvaniti A., Samakouri M., HIV infection and depression, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 2014 Feb;68(2):96-109. doi: 10.1111/pcn.12097.
- Ben Lakhdar C., Bastianic T., Economic constraint and modes of consumption of addictive goods, *International Journal of drug policy* 2011 Sep;22(5):360-5. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.03.004. Epub 2011 Apr 21.

- Burke KP, Cox AL., Hepatitis C virus evasion of adaptive immune responses: A model for viral persistence, *Immunol Res.* 2010;47:216–27.
- Broz D, Pham H, Spiller M, Wejnert C, Le B, Neaigus A, Paz-Bailey G., Prevalence of HIV infection and risk behaviors among younger and older injecting drug users in the United States, 2009, *AIDS Behav.* 2014, Apr;18 Suppl 3:284-96. doi: 10.1007/s10461-013-0660-4.
- Burki T., Elimination on the agenda for hepatitis C. *The Lancet Infectious diseases.* 2014;14(6):452–3, pmid:24971446.
- Bluthenthal RN, KralAH, GeeL, Erringer EA, Edlin BR., The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study, *AIDS*, 2000, vol. 14 (pg. 605-11) PMID: 10780722.
- Centers for Disease Control & Prevention Provisional CDC, Drug Overdose Death Counts, www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html, 2018
- Chen F, Li F, Chen L, Li Y, Li Y, Guo Z, et al, Analysis of depression and anxiety in HIV / AIDS patients. *Journal of dermatology and Venereology.* 2014;36:110–112.
- Ciesla JA, Roberts J. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158:725–730. doi: 10.1176/appi.ajp.158.5.725.
- Conrad C, Bradley HM, Broz D, Buddha S, Chapman EL, Galang RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Community Outbreak of HIV Infection Linked to Injection Drug Use of Oxymorphone--Indiana, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(16):443-4. PMID: 25928470
- Costa Storti C, De Grauwe P, Reuter P., Economic recession, drug use and public health. *Int J Drug Policy.*, 2011 Sep;22(5):321-5. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.07.009.
- Chitwood DD, Sanchez J, Comerford M, Page JB, McBride DC, Kitner KR, First injection and current risk factors for HIV among new and long-term injection drug users. *AIDS Care*, 2000;12:313–320.
- Clausen T., Waal H. , Thoresen M. et al , Mortality among opiate users : opioid maintenance therapy, age and causes of death, *Addiction*, 104(8), 1356-1362, 2009.
- Cornberg M, Razavi HA, Alberti A, Bernasconi E, Buti M, Cooper C, A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver.* 2011;31 Suppl 2:30–60.
- Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Dhersin JS, Yazdanpanah Y., Hepatitis c treatment as prevention of viral transmission and liver-

- related morbidity in persons who inject drugs, *Hepatology*, 2016 Apr;63(4):1090-101, doi: 10.1002/hep.28227.
- Danis K, Lenglet A, Tseroni M, Baka A, Tsiodras S, Bonovas S., Malaria in Greece: historical and current reflections on a re-emerging vector borne disease, *Travel Med. Infect. Dis*, 2013 Jan-Feb;11(1):8-14. doi: 10.1016/j.tmaid.2013.01.001.
 - Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, Stone J, Cunningham EB, Trickey A, Dumchev K, Lynskey M, Griffiths P, Mattick RP, Hickman M, Larney S., Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review., *Lancet Glob Health*. 2017 Dec;5(12):e1192-e1207. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30375-3.
 - Degenhardt L., Charlson, F., Stanaway J., Larney S., Alexander LT., Hickman M, Cowie B., Hall WD., Strang J., Whiteford H., Vos T., Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet Infect Dis*. 2016; 16: 1385–1398., doi: 10.1016/S1473-3099(16)30325-5.
 - Des Jarlais DC., Kerr T., Carrieri P., Feelemyer J., Arasteh K., HIV infection among persons who inject drugs: ending old epidemics and addressing new outbreaks, *AIDS*. 2016 Mar 27; 30(6): 815–826, doi: 10.1097/QAD.0000000000001039
 - Des Jarlais, Braine, & Friedmann, Unstable housing as a factor for increased injection risk behavior at US syringe exchange programs, *AIDS Behav*. 2007, Nov;11(6 Suppl):78-84.
 - Des Jarlais DC, Friedman SR, Perlis T, Chapman TF, Sotharan JL, Paone D, Monterroso E, Neaigus A., Risk behavior and HIV infection among new drug injectors in the era of AIDS in New York City., *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1999;20:67–72.
 - Deuffic-Burban S., Expected increase in prevalence of HCV-related cirrhosis and its complications in the United States: No effect of current antiviral treatment coverage? *Gastroenterol Clin Biol.*, 2010;34:577–9.
 - Economou M., Madianos M., Peppou L., Patelakis A., Stefanis CN., Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece, *J Affect Disord.*, 2013 Mar 5;145(3):308-14. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008.

- Economou M., Peppou L., Fousketaki S., Theleritis C., Patelakis A., Alexiou T., Madianos M., Stefanis C., Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders, *Psychiatriki.*, 2013 Oct-Dec;24(4):247-61.
- Eicher AD, Crofts N, Benjamin S, Deutschmann P, Rodger AJ. A certain fate: Spread of HIV among young injecting drug users in Manipur, north-east India, *AIDS Care.* 2000;12:497–504.
- European Centre for Disease Prevention and Control ECDC, Annual Epidemiological Report 2013, Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data, Stockholm: ECDC; 2013 doi 10.2900/13174.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Health and social responses to drug problems: European guide, Luxembourg 2018, doi: 10.2810/737928.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP). Lisbon: EMCDDA. Sep 2015., Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-reports/alpha-pvp>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Thematic report: People who inject drugs. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Figh HIVH/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; Sep 2015. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-people-who-inject-drugs.pdf>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report 2018: Trends and Developments, , Lisbon, June 2018 ISBN: 978-92-9497-272-9
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network, Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2015. Available from:http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_242420_EN_TD0215722E_NN.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control, & WHO Regional Office for Europe, 2015, HIV/AIDS surveillance in Europe 2014, Retrieved from <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. European Centre for Disease Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Stockholm; 2011
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, European Drug Report: Trends and Developments, Lisbon, 2017.<http://www.emcdda.europa.eu>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2015
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Monographs Harm reduction:evidence, impacts and challenges, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015, ISBN 978-92-9168-834-0, doi:10.2810/532790
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA PARERS, Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data, Lisbon, December 2013, ISBN 978-92-9168-671-1
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. HIV outbreak among injecting drug users in Greece. An updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece, 2012.
- Falster K, Kaldor JM, Maher L, Hepatitis C virus acquisition among injecting drug users: a cohort analysis of a national repeated cross-sectional survey of needle and syringe program attendees in Australia, 1995–2004, J Urban Health, 2009, vol. 86 (pg. 106-18)
- Frajzyngier V., Neaigus A., Gyarmathy VA., Miller M., Friedman SR, Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode, Drug Alcohol Depend. 2007;89:145–152.
- Fatseas, M., Denis, C., Lavie, E. and Auriacombe, M., Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. A systematic review of the literature. Implications for diagnosis and treatment, Journal of Substance Abuse Treatment, 2010, 38(3), pp. 220–30.

- Feld JJ, Kowdley KV, Coakley E, Sigal S, Nelson DR, Crawford D, Treatment of HCV with ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin, *The New England journal of medicine*, 2014;370(17):1594–603. pmid:24720703.
- Garten RJ, Lai S, Zhang J, Rapid transmission of hepatitis C virus among young injecting heroin users in southern China. *Int J Epidemiol*, 2004;33:182–8.
- Grebely J, Thomas DL, Dore GJ., HCV reinfection studies and the door to vaccine development, *J Hepatol*. 2009;51:628–31.
- Giannousis IP, Papatheodoridis GV, Deutsch MJ, Manolakopoulos SG, Manesis EK, Koskinas JS, Archimandritis AJ., The burden and recent epidemiological changes of the main chronic liver diseases in a Greek referral tertiary centre, *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22:172–179.
- Gountas I., Sypsa V., Blach S., Razavi H., Hatzakis A., HCV elimination among people who inject drugs. Modelling pre- and post-WHO elimination era, *Plos One*, Published: August 16, 2018, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202109>
- Gountas I, Sypsa V, Anagnostou O, Martin N, Vickerman P, Kafetzopoulos E, Treatment and primary prevention in people who inject drugs for chronic hepatitis C infection: is elimination possible in a high-prevalence setting? *Addiction*. 2017, Jul;112(7):1290-1299. doi: 10.1111/add.13764.
- Hagan H., Pouget E., Des Jarlais DC, A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Prevent Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 204, Issue 1, 1 July 2011, Pages 74–83, <https://doi.org/10.1093/infdis/jir196>
- Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC, Lelutiu-Weinberger C. Meta-regression of hepatitis C virus infection in relation to time since onset of illicit drug injection: The influence of time and place. *Am J Epidemiol*. 2008;168:1099–109.
- Hagan H, Pouget ER, Williams IT, et al., Attribution of hepatitis C virus seroconversion risk in young injection drug users in 5 US cities, *J Infect Dis* 2010, vol. 201 pg. 378-85.
- Hagan H., Agent, H., and Environment: Hepatitis C Virus in People Who Inject Drugs, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 204, Issue 12, 15 December 2011, Pages 1819–1821, <https://doi.org/10.1093/infdis/jir654>
- Hagan H, Theide H, Weiss NS, et al., Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C, *Am J Public Health*, 2001, vol. 91 pg. 42-6.

- Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Bourgois P, Stein E, Evans JL, Busch MP, Tobler LH, Phelps B, Moss AR., Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks, *J Infect Dis*, 2002, Dec 1;186(11):1558-64, doi: 10.1086/345554.
- Hadziyannis SJ, Koskinas JS, Differences in epidemiology, liver disease and treatment response among HCV genotypes, *Hepatology*, 2004;29:129–135.
- Harm reduction international <https://www.hri.global/>
- Hatzakis, A, Sypsa, V, Paraskevis, D, Nikolopoulos G, Tsiara, C, Micha, Panopoulos A., Malliori M., Psychogiou M., Pharris A., Wiessing L., Van de Laar M., Donoghoe M., Heckathorn D., Friedman S., Desjarlais D., Design and baseline findings of a large-scale rapid response to an HIV outbreak in people who inject drugs in Athens, Greece: the ARISTOTLE programme, *Addiction*, 2015, 110:1453-1465.
- Hatzakis A, Chulanov V, Gadano AC, Bergin C, Ben-Ari Z, Mossong J, Schr ter I, Baatarkhuu O, Acharya S, Aho I, et al, The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infections with today’s treatment paradigm - volume 2. *J Viral Hepat*, 2015;22 Suppl 1:26–45.
- Hatzakis, A., & Malliori, M., 2014, Reacting to an outbreak, *International Innovation* (165), 23-25.
- Hedrich D, Kalamara E, Sfetcu O, Pharris A, Noor A, Wiessing L, Human immunodeficiency virus among people who inject drugs: is risk increasing in Europe? *Euro Surveill*, 2013;18(48):20648. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2013.18.48.20648> PMID: 24308980
- Hellard ME, Jenkinson R, Higgs P, Stooze MA, Sacks-Davis R, Gold J, et al. Modelling antiviral treatment to prevent hepatitis C infection among people who inject drugs in Victoria, Australia, *The Medical journal of Australia*. 2012;196(10):638–41. pmid:22676879.
- Hunt N., Ashton M., Lenton S., Mitcheson L., Nelles B., Stimson J., A review of the evidence base for harm reduction approaches to drug use, *Forward thinking on drugs*, 2003, <http://www.forward-thinking-on-drugs.org>
- Giese C, Igoe D, Gibbons Z, Hurley C, Stokes S, McNamara S, Ennis O, O'Donnell K, Keenan E, De Gascun C, Lyons F, Ward M, Danis K, Glynn R, Waters A, Fitzgerald M, Injection of new psychoactive substance snow blow associated with recently acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, *Euro Surveill*. 2015;20(40). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2015.20.40.30036.

- Green, A.I., Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2005: 66 Suppl 6: 21–26.
- Jolley E, Rhodes T., Platt L., Hope V., Latypov A., Donoghoe M., Wilson D., HIV among people who inject drugs in Central and Eastern Europe and Central Asia: a systematic review with implications for policy. *BMJ Open*. 2012 Oct 18;2(5). pii: e001465. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001465. Print 2012.
- Kakalou E, Papastamopoulos V, Ioannidis P, Papanikolaou K, Georgiou O, Skoutelis A., Early HIV diagnosis through use of rapid diagnosis test (RDT) in the community and direct link to HIV care: a pilot project for vulnerable populations in Athens, Greece, *J Int AIDS Soc*. 2014 Nov 2;17(4 Suppl 3):19619. doi: 10.7448/IAS.17.4.19619. eCollection 2014.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach JP., McKee M., Financial crisis, austerity, and health in Europe, *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6
- Katchman E, Savyon M, Chemtob D, Avidor B, Mor O, Wasserman A, et al, An outbreak of primary HIV infection among injecting drug users in Tel Aviv, Israel, associated with changes in illicit drug use practices. 14th European AIDS Conference, Brussels, 2013.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Williams G., Mladovsky P., King L., Pharris A., Suk JE., Hatzakis A., McKee M., Noori T., Stuckler D., How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review, *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):937-44. doi: 10.1093/eurpub/ckv151.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D., Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, Volume 378, ISSUE 9801, P1457-1458, October 22, 2011, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0).
- Kokkevi A., Liappas J., Boukouvala V., Alevizou V., Anastassopoulou E., Stefanis C., Criminality in a sample of drug abusers in Greece, *Drug Alcohol Depend*, 1993 Jan;31(2):111-21, PMID: 8436057
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., Benos A., Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case, *Am J PublicHealth*. 2013 Jun;103(6):973-9. doi: 10.2105/AJPH.2012.301126. Epub 2013 Apr 18.

- Kontaxakis V., Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B., Tsouvelas G., Giotakos O, Papadimitriou GN, Suicide in Greece: 2001-2011, *Psychiatriki*. 2013 Jul-Sep;24(3):170-4.
- Kuo I, Galai N., et al., High HCV seroprevalence and HIV drug use risk behaviors among injection drug users in Pakistan, *Harm Reduct J.*, 2006;3:26.
- Larney S., Peacock A., Leung J., Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: A systematic review, *Lancet Global Health* 2017; 5: e1208-20.
- Larney S., Cama E., Nelson E., Larance B., Degenhardt L., A cross-sectional study of correlates of imprisonment in opioid-dependent men and women in New South Wales, Australia, *Drug Alcohol Rev.* 2016 Nov;35(6):686-692. doi: 10.1111/dar.12357. Epub 2015 Dec 29.
- Madianos M., Economou M., Alexiou T., Stefanis C., Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 Oct;46(10):943-52, doi: 10.1007/s00127-010-0265-4.
- Malliori M., Golna C., Souliotis K., Hatzakis A., Managing opioid dependence treatment and controlling for HIV incidence among injecting drug users in Greece: a case study of optimism in the face of adversity, *Addiction*. 2013 Jun;108(6):1174-5. doi: 10.1111/add.12179.
- Malliori M., Golna C., Souliotis K., Hatzakis A., Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 382:392.
- Malliori M., Paraskevis D., Hatzakis A. EMCDDA, editor. HIV/AIDS among idus in greece: Report of a recent outbreak and initial response policies. 2011
- Maremmanni, A. G. I., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Dell'Osso, L., Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2014, 18(3), pp. 287–302.
- Martin NK, Vickerman P, Hickman M., How to eliminate HCV infection by antiviral treatment. *J Hepatol.* 2017, Jul;67(1):5-6 doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.008.
- Martin NK, Vickerman P, Grebely J, Hellard M, Hutchinson SJ, Lima VD, et al. Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals, *Hepatology* 2013 Nov;58(5):1598-609, doi: 10.1002/hep.26431.

- Marwaha, S., Winsper, C., Bebbington, P., Smith, D., Cannabis use and hypomania in young people: A Prospective Analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 2017, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx158>
- Mathers B., Degenhardt L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee S., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A., Mattick R., Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review, *Lancet*, 2008, 6736(08):61311-2.
- Mumtaz, G. R., Weiss, H. A., Thomas, S. L., Riome, S., Setayesh, H., Riedner, G., Abu-Raddad, L. J. HIV among people who inject drugs in the Middle East and North Africa: systematic review and data synthesis, *PLoS Med*, 2014, 11(6), e1001663. doi: 10.1371/journal.pmed.1001663
- Nakagawa F., Phillips, A. N., Lundgren, J. D., Update on HIV in Western Europe, *Curr HIV/AIDS Rep*, 2014, 11(2), 177-185. doi: 10.1007/s11904-014-0198-8.
- Nelson PK., Mathers BM., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L., Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011Aug 13;378(9791):571-83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.
- Nikolopoulos G., Sypsa V., Bonovas S., Paraskevis D., Malliori M., Hatzakis A., Friedman S., Big Events in Greece and HIV Infection Among People Who Inject Drugs, *Subst Use Misuse*. 2015 Jun; 50(7): 825–838, doi: 10.3109/10826084.2015.978659.
- Nikolopoulos G., Pavlitina E., Muth S., Schneider J., Psychogiou M., Williams L., Paraskevis D., Sypsa V., Magiorkinis G., Smyrnov P., Korobchuk A., Vasylyeva T., Skaathun B., Malliori M., Kafetzopoulos E., Angelos Hatzakis A., and Friedman S., A network intervention that locates and intervenes with recently HIV-infected persons: The Transmission Reduction Intervention Project (TRIP), *Sci Rep*. 2016; 6: 38100., doi: 10.1038/srep38100.
- Nikolopoulos G., Fotiou A., Kanavou E., et al, National income inequality and declining GDP growth rates are associated with increases in HIV diagnoses among people who inject drugs in Europe: a panel data analysis, *PLoS One* 2015; 10:e0122367.
- Novelli LA, Sherman SG, Havens JR, Strathdee SA, Sapun M., Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe

- sharing behaviors in young urban injection drug users, *Drug Alcohol Depend.* 2005;77:303–309, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.021.
- Odone A, Tillmann T, Sandgren A, et al, Tuberculosis among migrant populations in the European Union and the European economic area, *Eur. J. Public Health* 2015;25:506–12, doi: 10.1093/eurpub/cku208.
 - Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Social Indicators, Society at a Glance 2014, The biennial OECD overview of social indicators, 2014, doi:https://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en.
 - Omura JD., Wood E., Nguyen P., Kerr T., DeBeck K., Incarceration among street-involved youth in a Canadian study: implications for health and policy interventions, *Int J Drug Policy.* 2014 Mar;25(2):291-6. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.10.010.
 - Papaioannou A., Bergiannaki J., Economic crisis and mental health in Greece, *Archives of Hellenic Medicine*, 2016, 33(6):739–750.
 - Paparizos V., Triantafyllopoulou I., Kourkounti S., Retsas T., Paparizou E., Suicidal behaviour in HIV-infected patients in Greece, *Infez Med.* 2017 Mar 1;25(1):64-70.
 - Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Paraskeva, D., Antoniadou, A., Lazanas, M., Hatzakis, A., HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report, 2011, *Euro Surveill*, Sep 8;16(36). pii: 19962.
 - Paraskevis D., Nikolopoulos G., Fotiou A., Tsiara C., Paraskeva D., Sypsa V., Lazanas M., Gargalianos P., Psychogiou M., Skoutelis A., Wiessing L., Friedman SR., Jarlais DC., Terzidou M., Kremastinou J., Malliori M., Hatzakis A., Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study, *PLoS One*, 2013 Nov 12;8(11):e78941. doi: 10.1371/journal.pone.0078941.
 - Rao R., Mandal P., Gupta R., Ramshankar P., Mishra A., Ambekar A., Jhanjee S., Dhawan A., Factors Affecting Drug Use During Incarceration: A Cross-Sectional Study of Opioid-Dependent Persons from India, *J Subst Abuse Treat.* 2016 Feb;61:13-7. doi: 10.1016/j.jsat.2015.08.009.
 - Raver S., Haughwout, S., Keller A., Adolescent cannabinoid exposure permanently suppresses cortical oscillations in adult mice, *Neuropsychopharmacology*, 2013 38(12):2338-47, doi 10.1038/npp.2013.164.
 - Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M, Holloway G., Public injecting and the need for ‘safer environment interventions’ in the reduction of

- drug-related harm, *Addiction*, 2006, Oct;101(10):1384-93. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01556.x
- Roy E, Godin G, Boudreau JF, Cote PB, Denis V, Haley N, Leclerc P, Boivin JF., Modeling initiation into drug injection among street youth, *J Drug Educ.* 2011;41:119–134, doi: 10.2190/DE.41.2.a.
 - Scott N, McBryde ES, Thompson A, Doyle JS, Hellard ME, Treatment scale-up to achieve global HCV incidence and mortality elimination targets: a cost-effectiveness model, *Gut*. 2017, Aug;66(8):1507-1515. doi: 10.1136/gutjnl-2016-311504.
 - Skeie I., Brekke M., Lindbaek M., Waal H., Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study, *BMC Public Health*, 2008, Jan 31;8:43. doi: 10.1186/1471-2458-8-43.
 - Scotland HP (HPS), Weekly Report News, Warning to drug injectors as HIV infections rise. Glasgow: HPS, 30 Jun 2015. <http://www.hps.scot.nhs.uk/bbvsti/wrdetail.aspx?id=64359&wrttype=2#>
 - Smith D., Combellick J., Jordan A., and Hagan H., Hepatitis C virus (HCV) disease progression in people who inject drugs (PWID): A systematic review and meta-analysis, *Int J Drug Policy.*, July 2015, Oct;26(10):911-21. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.07.004.
 - Stooze MA, Gifford SM, Dore GJ., The impact of injecting drug use status on hepatitis C-related referral and treatment, *Drug Alcohol Depend*, 2005 Jan 7;77(1):81-6., doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.07.002.
 - Lytras T, Spala G, Bonovas S, Panagiotopoulos T., Evaluation of tuberculosis underreporting in Greece through comparison with anti-tuberculosis drug consumption. *PLoS One*. 2012;7(11):e50033. doi: 10.1371/journal.pone.0050033.
 - Stavrianakos K., Kontaxakis V., Moussas G., Paplos K., Papaslanis T., Havaki-Kontaxaki B., Papadimitriou G., Attempted suicide during the financial crisis in Athens, *Psychiatriki.*, 2014 Apr-Jun;25(2):104-10.
 - Stone A., Becker L., Huber A., Catalano R., Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood, *Addictive Behaviors*, Volume 37, Issue 7, July 2012, Pages 747-775, doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014
 - Sulkowski MS., Gardiner DF., Rodriguez-Torres M., Reddy KR., Hassanein T., Jacobson I., et al., Daclatasvir plus sofosbuvir for previously treated or untreated chronic HCV infection. *The New England journal of medicine*. 2014;370(3):211–21, doi:10.1056/NEJMoa1306218.

- Syrsa V., Psychogiou M., Paraskevis D., Nikolopoulos N., Tsiara C., Paraskeva D., Micha K., Malliori M., Pharris A., Wiessing L., Donoghoe M., Friedman S., Des Jarlais D., Daikos G., and Hatzakis A., Rapid Decline in HIV Incidence Among Persons Who Inject Drugs During a Fast-Track Combination Prevention Program After an HIV Outbreak in Athens, *The Journal of Infectious Diseases*, 2017, May 15;215(10):1496-1505. doi: 10.1093/infdis/jix100.
- Syrsa V., Paraskevis D., Malliori M., Nikolopoulos G., Panopoulos A., Kantzanou M., Katsoulidou A., Psychogiou M., Fotiou A., Pharris A., Van De Laar M., Wiessing L., Des Jarlais D., Friedman S., and Hatzakis A., Homelessness and Other Risk Factors for HIV Infection in the Current Outbreak Among Injection Drug Users in Athens Greece, *American Public Health Association*, 2015, 105(1):196–204. doi: [10.2105/AJPH.2013.301656].
- Syrsa V., Paraskevis D., Katsoulidou A., Kantzanou M., Psychogiou M., Pharris A., Wiessing L., Donoghoe M., Friedman S., Des Jarlais DC, Malliori M., Hatzakis A., 20th International AIDS Conference Melbourne Australia: July 2014, Trends in HIV-1 incidence during an outbreak among injecting drug users in Athens, Greece: Results of a sero-behavioral survey (ARISTOTLE program).
- Tsang M., Schneider J., Syrsa V., Schumm P., Nikolopoulos G., Paraskevis D., Friedman S., Malliori M., Hatzakis A., Network characteristics of people who inject drugs within a new HIV epidemic following austerity in Athens, Greece, *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 2015 Aug 1; 69(4): 499–508, doi: 10.1097/QAI.0000000000000665
- Tseroni M., Baka A., Kapizioni C., Snounou G., Tsiodras S., Charvalakou M., Georgitsou M., Panoutsakou M., Psinaki I., Tsoromokou M., Karakitsos G., Pervanidou D., Vakali A., Prevention of Malaria Resurgence in Greece through the Association of Mass Drug Administration (MDA) to Immigrants from Malaria-Endemic Regions and Standard Control Measures, *Plos*, Published: November 19, 2015, <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004215>.
- United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS, Data 2017, <http://www.unaids.org>
- United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS, Global AIDS Update, Data 2016, <http://www.unaids.org>
- UNGASS 2016, Special session of the United nations general assembly on the world drug problem <http://www.unodc.org/ungass2016>

- United Nations Office on Drugs and Crime UNODC, World Drug Report, Vienna, 2017 <https://www.unodc.org/>
- Van den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: Evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users, *Addiction*. 2007;102:1454–62. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01912.x.
- Van den Berg C, Smit C, Bakker M, Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users, *Eur J Epidemiol*, 2007;22:183–93, doi: 10.1007/s10654-006-9089-7.
- Van de Laar T, Langendam M, Bruisten S, Changes in risk behavior and dynamics of hepatitis C virus infections among young drug users in Amsterdam, the Netherlands, *J Med Virol*. 2005;77:509–18, doi: 10.1002/jmv.20486.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA, Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*, 1998, 145: 976-981.
- Wiessing L., Ferri M., Belackova V., Carrieri P., Friedman S. R., Folch C., Dolan K., Galvin B., Vickerman P., Lazarus J. V., Mravcik V., Kretzschmar M., Sypsa V., Sarasa-Renedo A., Uuskula A., Paraskevis D., Mendao L., Rossi D., Gelder N., Mitcheson L., Paoli L., Gomez C. D., Milhet M., Dascalu N., Knight J., Hay G., Kalamara E., Simon R., EUBEST working group, Comiskey C., Rossi C. and Griffiths P., Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study., *Harm Reduction Journal* 2017 14:19, Published: 22 April 2017, <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0141-6>
- Wiessing L., LikataVICIUS G., Hedrich D., Guarita B., van de Laar MJ, Vicente J., Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010, *Euro Surveill*. 2011, Dec 1;16(48). pii: 20031.
- World Health Organization WHO, Global Health Sector Strategy on viral hepatitis, 2016–2021, 2015 <http://www.who.int/hiv/draft-hep-strategy-2016-2021>
- World Health Organization, Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection, Geneva: World Health Organization, April 2014, www.who.int
- World Health Organization WHO, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS, Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV

prevention, treatment and care for injecting drug users 2012,
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΤΑΘΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων είναι ένα οικείο, φιλικό και ασφαλές πλαίσιο ποικίλων δραστηριοτήτων που παρέχει σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, που δεν είναι ενταγμένοι ούτε επιθυμούν να ενταχθούν άμεσα σε κάποιο πρόγραμμα αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, τη δυνατότητα να καλύψουν βασικές ανάγκες υγιεινής και ασφάλειας και να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Ο Σταθμός λειτουργεί τις εργάσιμες ημέρες από 10:00 έως τις 15:00.

Βασικοί κανονισμοί του Σταθμού.

Στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων έχουν δικαίωμα άμεσης πρόσβασης όλοι οι χρήστες τοξικών ουσιών, που δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα (απεξάρτησης ή υποκατάστασης).

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων είναι ένας χώρος ενεργής και οριοθετημένης συμμετοχής των μελών στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Απαγορεύεται

Η χρήση και διακίνηση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας ή φαρμακευτικής ουσίας, νόμιμης ή μη στο χώρο του Σταθμού.

Η άσκηση σωματικής και λεκτικής βίας εντός του χώρου.

Η κατοχή ουσιών μεταχειρισμένων σύνεργων χρήσης και όπλων, καθώς και η δήλωσή τους στους ομότιμους.

Σε περίπτωση διαπιστωμένης χρήσης, διακίνησης, λεκτικής βίας, σωματικής βίας, κλοπής, κατοχής ουσιών και/ή σύνεργων χρήσης και οπλοκατοχής, το μέλος αποβάλλεται από το Σταθμό για ένα μήνα και στη συνέχεια γίνεται ατομική συνάντηση με μέλη το προσωπικού για να ενταχθεί ξανά στο χώρο.

Τα μέλη στο Σταθμό έχουν την ευθύνη των προσωπικών τους αντικειμένων και δεν μπορούν να αφήνουν αντικείμενα (τσάντες, σακούλες κ.λ.π.) προς φύλαξη.

Τα μέλη του Σταθμού γνωρίζουν εκ των προτέρων ότι στις μετακινήσεις τους εντός του Σταθμού και κατά την αξιοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών συνοδεύονται και/ή επιβλέπονται από μέλη του προσωπικού του Σταθμού.

Τα μέλη του προσωπικού έχουν δικαίωμα να αποβάλλουν μέλη του Σταθμού, για όσο διάστημα θεωρούν απαραίτητο, για ανάρμοστη ή προκλητική συμπεριφορά.

Το προσωπικό του Σταθμού έχει πάντα την ευθύνη της οργάνωσης, της εκπαίδευσης των μελών, του συντονισμού των εργασιών και της εποπτείας του χώρου γενικότερα.

Ο Σταθμός Ημερήσιας Φροντίδας μπορεί να χορηγήσει βεβαίωση παρακολούθησης του προγράμματος μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου.

Προϋποθέσεις:

A) Η παρουσία του ενδιαφερόμενου, για τις ημέρες που ζητά τη βεβαίωση να επιβεβαιώνεται από το παρουσιολόγιο του Σταθμού.

B) Να έχει ενημερωθεί το προσωπικό και η προσέλευση και αποχώρηση του ενδιαφερόμενου από το Σταθμό να υπογράφεται από τον ίδιο με την παρουσία του προσωπικού και επίδειξη της αστυνομικής ταυτότητας.

Σήμερα,, σε συνάντηση με το προσωπικό ενημερώθηκα για το Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων και δηλώνω ότι κατανόησα, συμφωνώ και αποδέχομαι τη λειτουργία και τους κανόνες του.

Για το Σταθμό

.....

Ο δηλών

.....

ΣΤΑΘΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Ημερομηνία Αρ. μητρ.Ατομ. Συνάντησης.....
Όνομα.....Επώνυμο.....Α.Δ.Τ.....
Πατρώνυμο Μητρώνυμο.....
Ημερομηνία προσέλευσης...../...../.....
Τύπος επαφής με το Σταθμό 1) Νέα επαφή 2) Παλαιά επαφή 3) Άγνωστο
Φύλο 1) Άνδρας 2) Γυναίκα 3) Άλλο
Ηλικία ετών Ημερομηνία γέννησης /.... /
19....Τόπος.....
Παρούσα συνθήκη διαβίωσηςμε 1) Μόνος 2) Γονεϊκή οικογένεια 3) Μόνος
με παιδιά
4) Σύζυγο - Σύντροφο χωρίς παιδιά 5) Σύζυγο - Σύντροφο με παιδιά
6) Φίλους 7) Άλλο 8) Άγνωστο
Παρούσα συνθήκη διαβίωσης σε 1) Σταθερή στέγη 2) Προσωρινή στέγη
3) Άστεγος 4) Ίδρυμα (φυλακή, κλινική) 5) Άγνωστο
Συγκατοίκηση με χρήστες 1) Ναι 2) Όχι 3) Άγνωστο
Κατοικεί στην πόλη
Διεύθυνση.....

Υπηκοότητα 1) Ελληνική 2) 3) Άγνωστο
Εθνικότητα 1) Ελληνική 2) 3)
Άγνωστο

Εργασιακή κατάσταση 1) Σταθερή απασχόληση 2) Περιστασιακή εργασία
3) Οικονομικά μη ενεργός (Συνταξιούχος - Νοικοκυρά - Ανίκανος να εργασθεί)
4) Άνεργος 5) Φοιτητής - Σπουδαστής - Μαθητής 6) Άλλο 7)
Άγνωστο

Οικογενειακή
κατάσταση.....
Σχέση με γονείς, αδέρφια,
κ.λ.π.....

Εκπαιδευτικό επίπεδο

.....
Ηλικία που διέκοψε το σχολείο χρονών 1) Δεν πήγε ποτέ σχολείο
2) Συνεχίζει ή ολοκλήρωσε 3) Άγνωστο

Στρατ. Υποχρεώσεις α) εκπληρωμένες β) νόμιμη απαλλαγή γ) αναβολή
δ) ανυπότακτος ε) λιποτάκτης

Νομικές εκκρεμότητες

Χρήση ουσιών 1) Κύρια ουσία 2) Δευτερεύουσα ουσία 1
..... 3) Δευτερεύουσα ουσία 2 ...
Ουσία έναρξης χρήσης ... Ηλικία έναρξης χρήσηςετών
Διάρκεια χρήσης έτη

Τρόπος χρήσης 1) Ένεση 2) Κάπνισμα - Εισπνοή από το στόμα 3) Βρώση-Πόση 4) Από τη μύτη 5) Άλλο 6) Άγνωστο

Συχνότητα χρήσης 1) 0 - 1 φορά ανά εβδομάδα 2) 2 - 6 φορές ανά εβδομάδα 3) Καθημερινά 4) Καθόλου χρήση τον τελευταίο μήνα 5) Άγνωστο

Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου

Κάνει ενέσιμη χρήση τώρα (τις τελευταίες 30 ημέρες); 1) Ναι 2) Όχι 3) Άγνωστο

Αν ναι έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον; 1) Ναι 2) Όχι 3) Άγνωστο

Έκανε ποτέ ενέσιμη χρήση; 1) Ναι 2) Όχι 3) Άγνωστο

Αν έκανε ενέσιμη χρήση, σε ποια ηλικία την πρώτη φορά; χρονών

Αν έκανε ποτέ ενέσιμη χρήση, έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον;

1) Ναι 2) Όχι 3) Άγνωστο

Κατάσταση HIV και Ηπατίτιδας

Ασφάλιση.....

Έχει κάνει τεστ HIV 1) Θετικό 2) Αρνητικό 3) Άγνωστο

HBV 1) Θετικό 2) Αρνητικό 3) Άγνωστο

HCV 1) Θετικό 2) Αρνητικό 3) Άγνωστο

Δεν έχει κάνει ποτέ τεστ 1) HIV 2) Ηπατίτιδας

Έχει περάσει σοβαρή ασθένεια ή μεταδοτικά νοσήματα τα τελευταία 2 έτη;

1) Ναι 2) Όχι Αν ναι, τι; _____

Έχει ποτέ ενταχθεί σε θεραπεία; 1) Ποτέ 2) Ναι 3) Άγνωστο

Αν έχει ενταχθεί σε θεραπεία, πότε ήταν η τελευταία; Έτος έναρξης

Διάρκεια σε μήνες Κέντρο τελευταίας θεραπείας

Έχει ποτέ αντιμετωπίσει Ψυχολογικό ή Ψυχιατρικό πρόβλημα; 1) Ναι 2) Όχι

Αν ναι, τι; _____

Πηγή παραπομπής 1) Ίδιος 2) Φίλοι 3) Οικογένεια 4) Θεραπευτικό κέντρο 5) Γιατρός 6) Νοσοκομείο 7) Κοινωνική Υπηρεσία. 8) Δικαστική αρχή/ Αστυνομία 9) Street – work 10) Κέντρο Βοήθειας 11) Άλλο 12) Άγνωστο

Σχόλια,

παρατηρήσεις.....
.....
.....
.....