



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction

## المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها

مؤشر الطلب على العلاج

---

### البروتوكول الموحد 3.0

المبادئ التوجيهية لإبلاغ البيانات عن الأشخاص الذين يخضعون لعلاج تعاطي المخدرات في البلدان الأوروبية

2012

شهادات التقدير

المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها

لندا مونتتاري، برونو غاريتا، أندريه نور، لوكا فيسنگ، فيلومينا غوميز، داغمار هيدريك، أليساندرو بيرونا، رولان سيمون، جوليان فيسنتي.

الاستشاريون الخارجيون

ميكايل دونمال، المملكة المتحدة

دافيد بيست، المملكة المتحدة

كولن تايلور، المملكة المتحدة

الخبير الخارجي

إيتيان مافلي، سويسرا

خبراء مؤشر الطلب على العلاج الذين أسهموا في صياغة هذا البروتوكول بالمشاركة في مجموعات العمل

سنة 2008 و2009 و2010 المتعلقة بمراجعة بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج

إلينا ألفاريث، إسبانيا

شارون آربا، مالطا

مارتن بوش، النمسا

إريك إفيرسن، النرويج

يوهان كيرشوبوم، النمسا

سوزي ليونز، إيرلندا

فيكتور مرافتشيك، جمهورية التشيك

لوبومير أوكروليكا، سلوفاكيا

أنطون و. أوفيهاند، هولندا

كريستوف بال، فرنسا

تيم بفايفر، ألمانيا

يانوس سيروسلافسكي، بولونيا

مارسيس ترابنسييريس، لاتفيا

مومتشيل فاسيليف، بلغاريا

خبراء البلدان في مؤشر الطلب على العلاج (من اجتماع خبراء مؤشر الطلب على العلاج سنة 2010)

يوهان فان بوسيل، بلجيكا

مومتشيل فاسيليف، بلغاريا

فلاستيميل نيكاس، جمهورية التشيك

بيلا ستودنكوف، جمهورية التشيك

كلوديا رانيريس، الدانمارك

تيم بفايفر، ألمانيا

إنغو كيبكه، ألمانيا

إلينا ألفاريث، إسبانيا

كير فالس، إستونيا

دلفين بيلروز، إيرلندا

أناستاسيوس فوتيو، اليونان

كريستوف بال، فرنسا

تانيا باستينياك، فرنسا

برونو جينيتي، إيطاليا

يوانا ياسمي، قبرص

مارسيس ترابنيسيريس، لاتفيا  
إرنستاس جاسايتيس، لتوانيا  
صوفيا لوبيز كوسطا، لوكسمبورغ  
أنا بيتيرفي، هنغاريا  
طوماس كوس، هنغاريا  
روبيرتا جليل، مالطا  
كرستين مارشان أغيوس، مالطا  
مارتن بوش، النمسا  
أنطون و. أوفيهاند، هولندا  
ويل كوجبيرس، هولندا  
يانوس سيروسلافسكي، بولونيا  
مارتا ستروزيك، بولونيا  
جوسي بادوا، البرتغال  
أورورا ليفتر، رومانيا  
أنا ماريا تيودوريسكو، رومانيا  
لوبومير أوكروليكا، سلوفاكيا  
رومانا ستوكيلج، سلوفينيا  
تولما فانانين، فنلندا  
روجر هولمبورغ، السويد  
بيرت غرين، السويد  
مايكل دونمال، المملكة المتحدة  
غريت لوريتزن، النرويج  
دراجيكا كاتالينيتش، كرواتيا  
محمد أكخون، تركيا



## قائمة المحتويات

7	تمهيد
8	1. مقدمة
8	1.1 نبذة تاريخية
9	2.1 الهدف والغرض والآثار المنهجية
9	لماذا مؤشر الطلب على العلاج: ما هو هدفه؟
9	فيم تفيد المعلومات التي يتم جمعها: ما الغرض منها؟
10	كيف يمكن تحقيق الغرض من مؤشر الطلب على العلاج
10	ما هي التحديات الإضافية التي واجهها مؤشر الطلب على العلاج في السنوات الأخيرة؟
12	3.1 تطبيق مؤشر الطلب على العلاج
12	4.1 المبادئ العامة لبروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0
12	(أ) الرصد مقابل البحث/الدراسات المخصصة
12	(ب) تراتبية ما يحتاج إليه من البيانات: من البيانات السريرية إلى المعلومات عن ملاءمة السياسة الأوروبية
13	(ج) إبلاغ البيانات مقابل جمع البيانات
13	(د) الأفراد مقابل فترة العلاج
14	(هـ) حدوث العلاج مقابل انتشار العلاج
14	(و) التغييرات في التعريف وأثارها على البيانات السابقة
15	2. المبادئ التوجيهية
15	1.2 التعاريف
15	1.1.2 تعريف الحالة
16	2.1.2 علاج تعاطي المخدرات
17	3.1.2 بداية العلاج
18	4.1.2 نهاية العلاج
19	5.1.2 فترة العلاج
19	6.1.2 مركز/برنامج العلاج
21	7.1.2 المخدر الرئيسي
22	8.1.2 المخدر الثانوي
23	9.1.2 مشكلة تعاطي المخدرات المتعددة
25	10.1.2 اختبار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الفيروسي
25	11.1.2 التشارك في الإبر/المحاقن
25	12.1.2 العلاج البديل للمواد الأفيونية
26	2.2 لائحة العناصر
37	3. المسائل المنهجية والأخلاقية
37	1.3 الفترة الزمنية المرجعية
38	2.3 أنماط تعاطي المخدرات: المخدر المرجعي
38	3.3 التغطية
38	4.3 جودة البيانات
39	5.3 التسجيل المزدوج
40	6.3 المسائل الأخلاقية وحماية البيانات
41	4. تعريف الحالة: الوصف البياني
45	5. المراجع
46	6. الملاحق
46	1.6 جدول تلخيصي للمقارنة: عناصر من مؤشر الطلب على العلاج صيغة 2.0 مقابل مؤشر الطلب على العلاج صيغة 3.0



## تمهيد

أنشئ المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها (مركز الرصد الأوروبي) سنة 1993 لتزويد الاتحاد الأوروبي وبلدانه الأعضاء بمعلومات دقيقة ومحايدة وموثوقة وقابلة للمقارنة عن المستوى الأوروبي المتعلقة بالمخدرات والإدمان عليها وعواقبها (الاتحاد الأوروبي، 2003).

ومن بين الآليات الرئيسية التي يستخدمها مركز الرصد الأوروبي نجد المؤشرات الوبائية الخمسة الرئيسية التي تقدم معلومات عن الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات وعواقبه في أوروبا. وتغطي هذه المؤشرات تعاطي المخدرات في أوساط السكان عموماً وفي أوساط طلاب المدارس، ومستوى تعاطي المخدرات الإشكالي، والعواقب الصحية لتعاطي المخدرات، بما في ذلك الأمراض المعدية والوفاة الناتجة عن المخدرات، والطلب على العلاج من تعاطي المخدرات.

وتم إحداث مؤشر الطلب على العلاج سنة 2000، بفضل مجهود مجموعة التعاون التابعة لمجلس أوروبا لمكافحة تعاطي المخدرات والاتجار غير المشروع بها (مجموعة بوميديو)، بغرض جمع المعلومات الموثوقة والقابلة للمقارنة عن عدد متعاطي المخدرات وخصائصهم الذين يتقدمون للعلاج في بلدان الاتحاد الأوروبي. ويقدم مؤشر الطلب على العلاج قياساً للطلب على العلاج وهو مؤشر لاتجاهات تعاطي المخدرات الإشكالي، ويحدد أنماط الاستعمال والقدرة الاستيعابية للمرافق العلاجية.

ويعرض هذا الإصدار صيغة منقحة للبروتوكول 2.0 الخاص بمؤشر الطلب على العلاج. فبعد عشر سنوات من جمع البيانات على الصعيد الأوروبي، أصبح من الضروري تعديل البروتوكول 2.0 من عدة جوانب، لكي يعبر بشكل أفضل عن التغيرات التي طرأت طيلة هذه المدة، ليس فقط فيما يتصل بتعاطي المخدرات، وإنما أيضاً في نظام العلاج، وأنظمة المعلومات الوطنية والدولية.

وينقسم هذا البروتوكول إلى سبعة محاور:

1. المقدمة (نبذة تاريخية، الأهداف، التطبيق، المبادئ العامة)
2. المبادئ التوجيهية (التعريف والعناصر)
3. المسائل المنهجية (الملاحظات العامة، جودة البيانات، التغطية، التسجيل المزدوج، المسائل الأخلاقية).
4. تعريف الحالة: الوصف البياني
5. المراجع والمصادر
6. نموذج 'فونت'
7. الملاحق
- 1.7 جدول تلخيصي للمقارنة بين العناصر القديمة والجديدة
- 2.7 وحدة 'انتشار العلاج'

فولفغانغ غوتز

مدير المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها

## 1. مقدمة

### 1.1 نبذة تاريخية

يعود تاريخ مؤشر الطلب على العلاج إلى حوالي 20 سنة عندما تمت صياغة أول استمارة موحدة لجمع البيانات. ويهدف البروتوكول إلى تزويد المهنيين والباحثين بمنهجية أوروبية مشتركة لجمع وإبلاغ البيانات الرئيسية بشأن خصائص مستخدمي المخدرات الذين يتواصلون مع مصالح تقديم العلاج.

واستندت مجموعة البيانات المحورية إلى التجارب الوطنية لجمع البيانات عن نظام علاج تعاطي المخدرات، التي كانت غالباً موجودة قبل إحداث مؤشر الطلب على العلاج. وفي البلدان التي لا تملك نظاماً وطنياً لجمع البيانات، تم غالباً اعتماد مؤشر الطلب على العلاج بوصفه الحد الأدنى لمجموعة البيانات اللازمة لنظام وطني أوسع لرصد متعاطي المخدرات الخاضعين للعلاج (البحوث الأوروبية عن الإدمان، 1999).

وكانت مجموعة بومبيدو أول فاعل تولى صياغة بروتوكول موحد لجمع البيانات عن الأشخاص الخاضعين للعلاج من الإدمان، وهي المجموعة التي نسقت الدراسات على صعيد المدن (دبلن ولندن عام 1991) ومشروع إنمائي في 11 مدينة وإنشاء فريق خبراء أوروبي اجتمع في عدة مناسبات للمناقشة والاتفاق على المبادئ التوجيهية المنهجية. وصدر بروتوكول مجموعة بومبيدو سنة 1994 (هارتنول، 1994؛ ستوفاشر وكوكيفي، 1999) وتم تطبيقه لأول مرة على مستوى المدينة ثم على مستوى البلد في البلدان الأوروبية الغربية؛ وفي الفترة الثانية، تم تطبيقه في بلدان وسط وشرق أوروبا.

وتم إنشاء المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها سنة 1994 وتولى مهمة جمع البيانات الأوروبية بشأن الطلب على العلاج.

وصدر مؤشر الطلب على العلاج 2.0 الخاص بمركز الرصد الأوروبي /مجموعة بومبيدو (سيمون وآخرون، 2000) على أساس مراجعة بروتوكول مجموعة بومبيدو الأول. وسبق هذه المراجعة تقييم جدوى يخص المنهجية وجمع البيانات (أوريجر، 1996) وتقييم الخبرات الوطنية في إبلاغ البيانات باستخدام مؤشر الطلب على العلاج (سيمون وبفايفر، 1999).

ومنذ سنة 2000، عمل مركز الرصد الأوروبي على تنفيذ إبلاغ البيانات من أعضاء الاتحاد الأوروبي واعتمد الاتفاقات الرسمية مع البلدان الأعضاء لتحفيز وتيسير جمع البيانات وإبلاغها من الصعيد الوطني إلى الصعيد الأوروبي.

واعتمد مجلس إدارة مركز الرصد الأوروبي رسمياً المؤشرات الوبائية الرئيسية الخمسة لهذا المركز، بما في ذلك مؤشر الطلب على العلاج (مجلس إدارة مركز الرصد الأوروبي، 2001) واعتمدها مجلس الاتحاد الأوروبي سنة 2001 (كوردروغ 67، مجلس الاتحاد الأوروبي، 2001). وفي هذه الوثائق الرسمية، يشجع مجلس أوروبا أعضاء الاتحاد الأوروبي (...) لضمان إتاحة المعلومات عن المؤشرات الوبائية الرئيسية الخمسة وتحديد ومعالجة المشاكل ذات الصلة بإنتاج ونشر هذه المعلومات؛ ويحث مجلس أوروبا البلدان الأعضاء على تخصيص الأولوية لإنتاج ونشر المعلومات عن المؤشرات الوبائية الرئيسية الخمسة في صيغة قابلة للمقارنة (...) من أجل تزويد مركز الرصد الأوروبي بالمعلومات عن هذه المؤشرات الوبائية الرئيسية الخمسة طبقاً للمبادئ التوجيهية لهذا المركز (...). وأخيراً، يدعو المجلس البلدان الأعضاء واللجنة الأوروبية لدراسة الطرق والوسائل الجيدة -لاسيماً ذات الطابع المالي، بالتعاون الوثيق مع مركز الرصد الأوروبي، لدعم تطبيق المؤشرات الوبائية الخمسة (...).

ومنذ 2001، تم تطبيق وتحسين جمع البيانات وإبلاغها في معظم بلدان الاتحاد الأوروبي، وأصبحت بيانات مؤشر الطلب على العلاج تُستخدم بصفة منهجية في الدراسات التحليلية التي ينجزها مركز الرصد الأوروبي عن

وضعية تعاطي المخدرات في أوروبا ([www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi))، 2011).

## 2.1 الأهداف، والغرض، والآثار المنهجية

### لماذا مؤشر الطلب على العلاج: ما هو هدفه؟

يتمثل هدف مؤشر الطلب على العلاج في جمع المعلومات بطريقة منسقة وقابلة للمقارنة من جميع البلدان الأعضاء عن عدد وخصائص الأشخاص الذين يتلقون علاج تعاطي المخدرات (الزبائن) خلال كل سنة تقويمية.

ورغم أن المؤشر يحمل تسمية 'مؤشر الطلب على العلاج'، فهو يجمع المعلومات عن الأشخاص الذين يتلقون العلاج. وسنحتفظ بهذه التسمية إذ يسود الاعتراف بأن مؤشر الطلب على العلاج هو آلية جمع البيانات وإبلاغها بشأن الأشخاص الذين يتلقون علاج تعاطي المخدرات داخل أوروبا وخارجها، بصفته مؤشراً غير مباشر عن المستوى غير المرئي للأشخاص الذين من المحتمل أنهم يحتاجون إلى طلب علاج تعاطي المخدرات.

وينص بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج على فئة الزبائن الذين ينبغي الإبلاغ بهم على الصعيد الأوروبي، والحد الأدنى لمجموعة العناصر الموحدة التي ينبغي أن يكون كل نظام رصد وطني قادراً على تسجيلها وإبلاغ مركز الرصد الأوروبي بها عن كل زبون.

ويمكن أن يشمل كل نظام رصد وطني لعلاج تعاطي المخدرات عناصر أكثر من تلك المحددة في بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج الخاص بمركز الرصد الأوروبي، طبقاً للاحتياجات الوطنية والمحلية من المعلومات. إضافة إلى ذلك، يمكن أن تختلف فئات العناصر المجمع على الصعيد الوطني عن تلك المطلوبة في بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج، كلما كان من الممكن إجراء تحويل موثوق إلى فئات مؤشر الطلب على العلاج (انظر أسفله ترتيب الاحتياجات من البيانات: من البيانات السريرية إلى المعلومات عن وجهة السياسة الأوروبية).

### فيم تفيد المعلومات التي يتم جمعها: ما الغرض منها؟

يتمثل الهدف الرئيسي من المعلومات التي يجمعها مؤشر الطلب على العلاج في تكوين لمحة عن الاعتبارات، والسلوك المحفوف بالمخاطر، وأنماط تعاطي المخدرات لدى الأشخاص الذين يعانون من مشاكل مع المخدرات داخل المجتمع، ويساعد أيضاً في تقييم الاتجاهات ذات الصلة بمدى (الانتشار والحدوث) وأنماط تعاطي المخدرات الإشكالي؛ ومن الأفضل أن يستخدم مع مؤشرات أخرى للمخدرات. ويكتسي هذا الهدف أهمية جوهرية لأنه يحدد معايير الإدماج/الإقصاء لتعريف الحالة التي يهتم بها مؤشر الطلب على العلاج: يتعين على الحالات (زبائن المخدرات) التي يتم إبلاغها لمركز الرصد الأوروبي أن تعبر قدر الإمكان عن خصائص الأشخاص الذين يعانون من مشاكل مع المخدرات في المجتمع.

ويمكن بلوغ هذا الهدف بطريقة مثلى عبر تدوين المعلومات فور ما يتصل متعاطي المخدرات بالمصالح، وعادة ما يكون ذلك عند قبوله/شروعه في العلاج، بعد التقييم المهني لخصائص الزبون. ولأغراض هذا المؤشر، يتعين أن تعبر المعلومات المجمع عن الزبون قدر الإمكان عن أنماط استخدامه للمخدرات قبل اتصاله بمرافق العلاج؛ ولا ينبغي أن يكون لتدخلات العلاج على الزبون التي تمت قبل التسجيل أي أثر أو أثر محدود فقط على المعلومات المدونة (مثلاً: شخص يأتي للعلاج لأنه يحقن الهيروين، يمكن تسجيله على أنه لا يستخدم الهيروين ولا يحقنه إذا كان جمع البيانات وإبلاغها تم عندما أصبح الزبون يتلقى نوعاً من التدخل العلاجي). وسيساعد إبلاغ أول قبول للعلاج في السنة عموماً في تحقيق غرض هذا المؤشر. إضافة إلى ذلك، يمكن أن تساعد المعلومات التي يجمعها مؤشر الطلب على العلاج (مع مؤشرات ومصادر معلومات أخرى) في تقييم بعض معايير علاج تعاطي المخدرات نفسه (الإتاحة، والطاقة الاستيعابية، والتغطية). ويتم التطرق لهذه الجوانب حالياً في إطار استراتيجية رصد علاج تعاطي المخدرات.

## كيف يمكن تحقيق الغرض من مؤشر الطلب على العلاج؟

غالبا ما تجمع مراكز علاج تعاطي المخدرات كمية هائلة من المعلومات عن زبائنها. ويتولى مهنيون جمع هذه المعلومات في المقام الأول لتيسير العملية العلاجية، وأيضا لأسباب إدارية وتدييرية على الصعيد المحلي، ولأغراض وبائية على الصعيد المحلي والوطني والدولي. ولا يمكن إتاحة بعض هذه المعلومات المجمع خارج مركز العلاج، ويمكن إحالة بعضها على الهيئات الإقليمية أو الوطنية؛ وأخيرا، يتم تصنيف كمية محدودة من هذه المعلومات على المستوى الأوروبي، طبقا للإجراءات والتعاريف الواردة في بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج الخاص بمركز الرصد الأوروبي.

وتمثل مراكز علاج تعاطي المخدرات موردا أساسيا للمعلومات لتكوين لمحة عن تعاطي المخدرات وتعاطي المخدرات الإشكالي، إذ يصعب تقييم ووصف تعاطي المخدرات الإشكالي. ويقال نسبيا انتشار تعاطي المخدرات الإشكالي في معظم بلدان الاتحاد الأوروبي وغالبا ما يكون موصوما اجتماعيا، لذا يصعب الإلمام به.

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن جميع الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي هم على اتصال بمراكز العلاج. وقد يكون بعض المتعاطين لا يتصلون بأية مصلحة (مثل: بعض متعاطي الكوكايين أو القنب الهندي المندمجين اجتماعيا، وبعض متعاطي الهيروين المهمشين جدا) أو يمكنهم أن يكونوا على اتصال بالمصالح التي قد لا تجمع معلومات عن زبائنها، لأسباب مختلفة، أو لا تبلغ بها أنظمة الرصد الوطنية (مثل: الأطباء النفسيين الخواص، والبرامج الإلكترونية، وفي بعض البلدان، الأطباء العموميون أو وكالات الخدمات الدنيا).

وبالتالي، يجب توخي الحذر في صياغة الاستنتاجات عن تعاطي المخدرات الإشكالي في المجتمع والمبنية على البيانات التي يجمعها مؤشر الطلب على العلاج، لاسيما عندما تكون التغييرات ضئيلة و/أو تستند إلى عدد محدود من الزبائن. إضافة إلى ذلك، ينبغي مراعاة توفر الخدمات، وتغير توفير الخدمة وتغطية نظام الإبلاغ. ومن جهة أخرى، سيستفيد تفسير معلومات مؤشر الطلب على العلاج بصفة كبيرة من التحقق التقاطعي مع مؤشرات أخرى (مثل: الوفاة الناتجة عن المخدرات، ومؤشرات تطبيق القانون) والدراسات الخاصة (مثل: الدراسات الكمية عن العينات في الشوارع، والدراسات والتقارير التي تنجزها باقي خدمات تعاطي المخدرات غير المشمولة).

ورغم كل هذه المحاذير، يبلغ مؤشر الطلب على العلاج في العديد من بلدان الاتحاد الأوروبي معلومات من عدد كبير من الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي (في بعض الحالات أكثر من 50 % من إجمالي العدد المقدر للأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي). وكل ذلك يجعل مؤشر الطلب على العلاج مصدر معلومات قوي وأحيانا الرئيسي عن الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي. وفي البلدان حيث تم رصد حصة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي عبر مؤشر الطلب على العلاج، لا يختلف الإبلاغ والاستخدام والأنماط المحفوفة بالمخاطر ذات الصلة بالحالات غير المبلغ بها اختلافا كثيرا عن تلك المبلغ بها، ويمكن أن نعتبر الاستنتاجات الرئيسية للمؤشر قوية، لاسيما إذا كانت الملاحظات متطابقة على مر الزمن. وحيث نعلم وجود مجموعات فرعية من الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي ذات استخدام وأنماط محفوفة بالمخاطر تختلف كثيرا عن الأنماط الملحوظة في مؤشر الطلب على العلاج، قد نتبين الحاجة إلى إجراء الدراسات المحلية والمستهدفة للإلمام بسلوك هؤلاء الأشخاص. ومن جهة أخرى، إذا لم تشهد إتاحة الخدمة وسياسات العلاج تغيرا بارزا خلال مدة معينة من الزمن، فيمكن أن تكون الاتجاهات الملحوظة في مؤشر الطلب على العلاج علامة مهمة عن التطورات في تعاطي المخدرات الإشكالي (مثلا: التغيرات في سلوك الحقن، وانتشار تعاطي الكراك، الخ).

وأخيرا، تمثل البيانات المحصل عليها انطلاقا من مؤشر الطلب على العلاج مكونا رئيسيا لمختلف منهجيات تقييم انتشار تعاطي المخدرات الإشكالي، الذي عادة ما يستند إلى توليفة من قواعد البيانات التي تنتجها عدة مصالح باستخدام طرق محوسبة مختلفة.

ما هي التحديات الإضافية التي واجهها مؤشر الطلب على العلاج في السنوات الأخيرة؟

في السنوات العشر أو الخمس عشرة الأخيرة، انتشر العلاج الإبدالي للمواد الأفيونية انتشارا واسع النطاق في العديد من بلدان الاتحاد الأوروبي، رغم أنه لم ينتشر في جميعها. وتشمل الفئة الخاضعة للعلاج في هذه البلدان حصة متزايدة من الزبائن الذين دخلوا في علاج مشاكل الهيروين وظلوا خاضعين للعلاج البديل للأفيونيات لمدة طويلة. وبالتالي، يوجد عدد كبير من الزبائن الخاضعين لعلاج بديل مستمر وطويل الأمد، الذين لا يدخلون مجددا في العلاج. ولا يتأثر زبائن الكوكايين والأمفيتامين والقنب الهندي بهذا الوضع بنفس الحدة، إلا أن بعضهم قد يكون أيضا تحت شكل آخر من العلاج طويل المدة.

وبالتالي، تتزايد الضرورة إلى تقييم عدد هؤلاء الأشخاص، وتمت صياغة وحدة 'انتشار العلاج' واختبارها في الماضي لتقييم عدد هؤلاء الزبائن وخصائصهم الأساسية. وسيتم جمع هذه المعلومات في وحدة تطوعية منفصلة لا تزال قيد الإعداد في إطار الاستراتيجية الجديدة لجمع البيانات عن العلاج، والتي ستشمل توفر العلاج، والتنظيم والجودة (سيتم استكمال استراتيجية رصد العلاج الخاصة بمركز الرصد الأوروبي بحلول نهاية 2012). وتعتبر العديد من البلدان غير قادرة حاليا على حوسبة المعلومات التي ستدرج فيها هذه الوحدة، لأن الأمر يتطلب نظام تعقب يسمح بتحديد وضع كل زبون حسب إن كان 'خاضعا للعلاج أم لا'، في حين تمت صياغة مؤشر الطلب على العلاج نفسه لحساب المسجلين في العلاج. وفي الآن ذاته، يوجد الزبائن الخاضعون للعلاج المستمر (أغلبهم يتعاطون المواد الأفيونية) في وضع خاص، لأن معظمهم لم يعد يستخدم الأفيونيات غير المشروعة، وبالتالي قد يكونون يستخدمون مخدرات أخرى. ويصعب تفسير هذه المعلومات فيما يتصل بتقدير انتشار وأنماط تعاطي المخدرات الإشكالي. ورغم اعتبار أهمية هذا التحدي الجديد، تظل الأهداف المحورية لمؤشر الطلب على العلاج على حالها، وترتبط أساسا بتقييم عدد وخصائص الأشخاص الذين يعانون من مشاكل مع تعاطي المخدرات والذين يخضعون لخدمات العلاج خلال السنة التقويمية.

### 3.1 تطبيق مؤشر الطلب على العلاج

يتم تصنيف بيانات مؤشر الطلب على العلاج على الصعيد الوطني، وغالبا إثر عملية طويلة تبدأ من مركز العلاج إلى الصعيد الجهوي، ومن الصعيد الجهوي إلى الصعيد الوطني. بعد ذلك تتم إحالة البيانات على مراكز التنسيق الوطنية، وهي الوكالات الوطنية التي تعينها كل حكومة لتتولى توفير أحدث المعلومات المتاحة عن المخدرات والإدمان عليها. بعد ذلك، يتم إرسال بيانات مؤشر الطلب على العلاج الوطنية في صورة مجمعة إلى مركز الرصد الأوروبي، طبقا لاستمارات إبلاغ البيانات المتفق عليها بين مراكز التنسيق الوطنية ومركز الرصد الأوروبي.

ومنذ أواخر التسعينيات إلى حدود 2011، عملت معظم البلدان الأوروبية على تزويد مركز الرصد الأوروبي ببيانات الطلب على العلاج. وسنة 2000، زودت 15 دولة التي كانت آنذاك عضوا في الاتحاد الأوروبي مركز الرصد الأوروبي بمؤشر الطلب على العلاج، إلا أن استكمال البيانات وجودتها كان متفاوتا. ومنذ ذلك الحين، تم توسيع إبلاغ البيانات تدريجيا وتحسنت جودة البيانات بصفة ملحوظة.

وسنة 2010، توصل مركز الرصد الأوروبي ببيانات من 29 دولة (27 عضو في الاتحاد الأوروبي + تركيا وكرواتيا)، وابتداء من 2011 سترسل النرويج أيضا بيانات إلى مركز الرصد الأوروبي. وتم إبلاغ البيانات على أساس بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 2.0 وتم تجميعها باستخدام الأداة الإلكترونية 'فونت'<sup>1</sup>.

وتشمل البيانات المبلغة إلى حدود 2011 أساسا المرضى الخارجيين والمرضى المتواجدين داخل مراكز العلاج. وفي غضون عشر سنوات من تنفيذ هذا النظام، تبين في معظم البلدان صعوبة جمع البيانات انطلاقا من أنواع أخرى من مراكز العلاج.

<sup>1</sup> فونت Fonte هو الاسم الذي تحمله الأداة الإلكترونية التي يستخدمها مركز الرصد الأوروبي المعني بتعاطي المخدرات والإدمان عليها لجميع البيانات من البلدان الأوروبية.

وترسل معظم البلدان جميع البيانات تقريبا التي يطلبها مركز الرصد الأوروبي، إلا أن بعض القيود لا تزال قائمة في ما يتصل بمتغيرات معينة، والتي يمكن أن تختلف حسب البلدان. ويستمر جمع البيانات عن باقي أنواع مراكز العلاج، وسيتم بذل الجهود لتوسيع جمع البيانات قدر الإمكان ليشمل مصالح أخرى حيث يمثل مستخدمو المخدرات المجموعة البارزة من الزبائن.

ويُعد مستوى المواءمة جيدا بما فيه الكفاية لإتاحة المقارنة بين البلدان، رغم أنه ينبغي توخي الحذر عند تفسير البيانات، بسبب اختلاف أنظمة علاج تعاطي المخدرات بين البلدان والاختلاف في تطبيق بعض تعاريف مؤشر الطلب على العلاج.

وسنة 2009، اعتمدت بلدان الاتحاد الأوروبي نظاما معينًا لقياس جودة بيانات المؤشرات الرئيسية الخاصة بمركز الرصد الأوروبي، بما في ذلك مؤشر الطلب على العلاج، وتم تطبيقه على أساس البيانات المبلغ عنها لسنة 2006. وأظهر النظام تطورا ملحوظا في تطبيق مؤشر الطلب على العلاج وفي قابلية مقارنة البيانات، رغم أن بعض جوانبه تحتاج إلى التحسين.

وفي سنة 2006، أُجري اختبار ميداني على وحدة منفصلة لمؤشر الطلب على العلاج تخص إبلاغ البيانات عن الأشخاص 'الخاضعين للعلاج المستمر'. وتم الاحتفاظ بجمع البيانات على أنه جمع تجريبي للبيانات خلال عدة سنوات. وأصبح الآن مدرجا في الصيغة الحالية لبروتوكول مؤشر الطلب على العلاج، بصفته وحدة منفصلة يتعين تطويرها واستكمالها.

واستُخدم مؤشر الطلب على العلاج أيضا بكثافة خلال السنوات العشر الأخيرة بصفته مثلا ومرجعا للبلدان وللمنظمات الدولية خارج أوروبا، عبر العروض والأنشطة التدريبية؛ وفي بعض الحالات، تم اعتماد الآليات بوصفها الأداة الرئيسية لجمع البيانات عن علاج تعاطي المخدرات. ويتعلق الأمر خصوصا بالبلدان التي في طور الانضمام إلى الاتحاد الأوروبي، والبلدان المجاورة للاتحاد الأوروبي، وباقي المنظمات الدولية (مثل لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة إساءة استعمال المخدرات).

وتم ربط التعاون المنتظم مع المنظمات الدولية التي تعمل في مجال المخدرات (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية). وتم نشر إصدار مشترك عن جمع البيانات ذات الصلة بالطلب على علاج تعاطي المخدرات سنة 2006 كجزء من سلسلة حزمة أدوات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2006).

ورغم تحقيق تقدم ملموس، لا تزال بعض القيود قائمة في ما يتصل بجودة البيانات ويتعين تحسين عملية جمع وإبلاغ المعلومات عن الطلب على علاج تعاطي المخدرات، لاسيما من منظور أوروبي.

#### 4.1 المبادئ العامة لبروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0

ينبغي بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0 على عدد من المبادئ العامة التي ينبغي أن توجه إبلاغ البيانات من البلدان إلى مركز الرصد الأوروبي وتحليل البيانات على الصعيد الأوروبي. واتفق مركز الرصد الأوروبي والخبراء الأوروبيون على المبادئ التالية بصفتها أساس تنفيذ بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0.

##### (أ) الرصد مقابل البحث/الدراسات الخاصة

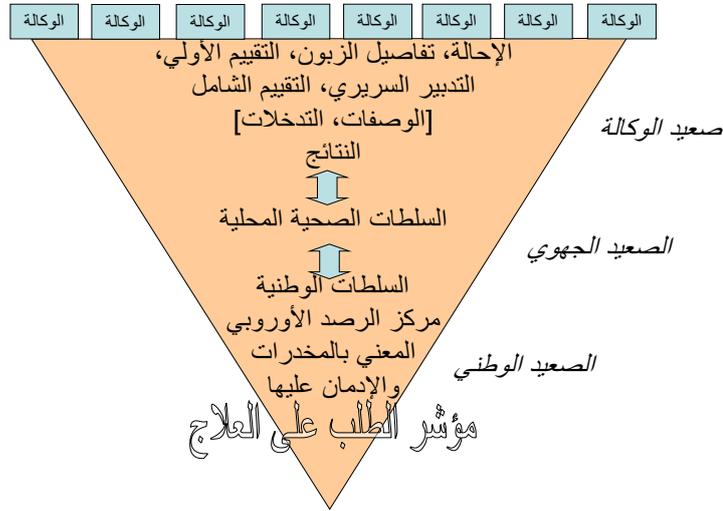
يختلف رصد البيانات عن البحث والدراسات الخاصة. ويتطلب الرصد جمع بيانات مجموعة محدودة من المعلومات بوتيرة منتظمة ومنهجية، مما يسمح بتحديد التطورات على مر الزمن. وتتم تلبية الحاجة إلى معلومات أكثر دقة عبر المشاريع الخاصة والبحث. ويمكن لمؤشر الطلب على العلاج أن يستكشف فقط المعلومات الأساسية ويوجه البحث في تحقيقات معمقة مبنية على الاستنتاجات العامة (مثل: الإقصاء الاجتماعي،

وأنماط تعاطي المخدرات، وتقييم النتيجة). ويمكن أن تستند مشاريع البحث إلى المسائل النابعة من مؤشر الطلب على العلاج، لكن سيتم إعدادها في مناطق مختلفة وأشكال مختلفة وحصرها على يد الخبراء المهتمين بتحليل أكثر عمقا.

### ب) تراتبية ما يحتاج إليه من البيانات: من البيانات السريرية إلى المعلومات عن وجهة السياسة الأوروبية

يتعين دائما الفصل بوضوح بين الاحتياجات من جمع البيانات على مختلف الصعد: المحلي، والجهوي، والوطني، والأوروبي. وتختلف الاحتياجات من المعلومات لأن مستوى التفصيل اللازم يختلف كلما اختلف الصعيد؛ ويبدأ من المعلومات المفصلة المجمع لأغراض سريرية، إلى المعلومات المفيدة لتخطيط وتقييم التدخلات على مستوى مركز العلاج، والمعلومات اللازمة لتخطيط مراكز العلاج على الصعيد المحلي، ثم المعلومات العامة اللازمة للمخططات الجهوية والوطنية والأوروبية عن المخدرات، واللازمة لتقييم النتائج على المدى الطويل (دونمال، 2008؛ دونمال 2012).

### الاحتياجات من المعلومات



تمثل احتياجات مركز الرصد الأوروبي من المعلومات القاسم المشترك الأدنى للإبلاغ بالنسبة لجميع البلدان. ويمكن أن تختلف البيانات المجمع و/أو المبلغة في عدة مستويات حسب مختلف الاحتياجات.

### ج) إبلاغ البيانات مقابل جمع البيانات

يمثل جمع البيانات وإبلاغ البيانات إجراءين منفصلين، ينجزان على مستويات مختلفة ولأغراض مختلفة.

وتمثل البيانات المبلغة من كل بلد إلى المستوى الأوروبي مجموعة محددة مسبقا من المخرجات المحصل عليها من قاعدة البيانات الوطنية للعلاج الخاصة بمؤشر الطلب على العلاج. ويمكن الحصول على هذه المخرجات عموما عبر تعديل أساليب استخراج البيانات ويمكن أن يتم ذلك دون تغيير بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج نفسه أو قواعد البيانات الوطنية والجهوية والمحلية ذات الصلة. ومع ذلك، يمكن أن يستلزم تكيف استمارة الإبلاغ بعض الوقت وبعض التعديلات على البرمجية في إطار عملية متبادلة مع الشركاء المعنيين. وابتعد التركيز على الإبلاغ إلى مركز الرصد الأوروبي بموجب البروتوكول 3.0 الخاص بمؤشر الطلب على العلاج عن التمييز المبني على نوع مركز العلاج؛ وينبغي من حيث المبدأ ألا يحدث هذا التحول أي تأثير على جمع البيانات على الصعيد الوطني.

#### د) الأفراد مقابل فترة العلاج

يمكن أن يستند نظام إبلاغ بيانات الطلب إلى العلاج على عدد مراحل العلاج التي يتلقاها الفرد خلال مدة معينة أو إلى عدد الأشخاص الذين يخضعون لعلاج تعاطي المخدرات في فترة زمنية معينة. فمثلاً، يسجل النظام الأمريكي لرصد علاج تعاطي المخدرات، مراحل العلاج التي خضع لها فرد معين خلال مدة سنة. ومن جهة أخرى، يستند بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0 إلى إبلاغ المعلومات عن كل فرد يخضع لعلاج تعاطي المخدرات خلال سنة تقويمية، ولا يحصي أي شخص أكثر من مرة خلال المدة الزمنية المعنية. وإذا اتبع شخص معين أكثر من فترة علاج خلال السنة المعنية، يتم إبلاغ حالة واحدة فقط.

ونعرّف فترة العلاج على أنها 'فترة الخدمة بين بداية العلاج من مشكلة تعاطي المخدرات (...)' وانتهاء الخدمات في خطة العلاج الموصوفة' (النظام الأمريكي لرصد علاج تعاطي المخدرات، 2009)، وهو ما يفيد أيضاً أن 'الزبون يمكنه أن يخضع لأسلوب/تدخل (أو نوع) واحد أو أكثر من العلاج خلال نفس الفترة من العلاج. ويمكن أن يحصل الزبون على فترة علاج أو أكثر خلال نفس السنة' (جامعة مانشستر، 2010). وبناء عليه، يحدد بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0 ما يمكن اعتباره 'فترة علاج' لأغراض إبلاغ مؤشر الطلب على العلاج في الفصل 'تعريف الحالة' (انظر أدناه).

ويحمل هذا المبدأ آثاراً على الصعيدين الوطني والأوروبي. فعلى الصعيد الوطني، ينبغي تنفيذ طرق مراقبة وتجنب التسجيل المزدوج داخل البلد في نظام المعلومات عن المخدرات. وعلى الصعيد الأوروبي، يفيد بأنه سيتم تليخيص الأرقام المتعلقة بمختلف مجموعات الزبائن في رقم إجمالي واحد.

#### هـ) حدوث العلاج مقابل انتشار العلاج

يهدف مؤشر الطلب على العلاج إلى الإلمام بوضع الزبائن في وقت دخولهم في العلاج، بوصفها أفضل وسيلة للتعرف على خصائص الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات الإشكالي.

وخلال العقدين الأخيرين، ارتفع باطراد عدد الزبائن الذين ظلوا باستمرار تحت العلاج لعدة سنوات في أوروبا، لاسيما في سياق العلاج الداعم طويل المدة للمواد الأفيونية. وسنة 2006، بدأ العمل يوثق هذه الملاحظة عبر تطوير وحدة 'انتشار العلاج'.

وتُعد هذه الوحدة منفصلة عن جمع البيانات المنتظمة عن مؤشر الطلب على العلاج وليس لها تأثيرات عملية لتسجيل الخضوع للعلاج الخاصة بمؤشر الطلب على العلاج. وتوجد هذه الوحدة في طور الإعداد ونعرضها ضمن الملحق. وسيتم استكمالها في سياق استراتيجية رصد العلاج الخاصة بمركز الرصد الأوروبي بحلول نهاية 2012، وبالتعاون مع هذا المركز.

#### و) التعديلات في التعريف والآثار على البيانات السابقة

يمكن أن تحدث التعديلات على بعض تعاريف بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0 بعض الآثار على البيانات المبلغة. وفيما يرتبط بالبيانات السابقة، لا يتعين على البلدان إبلاغ بيانات جديدة عن السنوات الماضية. وانطلاقاً من التحليل المنجز مسبقاً، لا يبدو أثر التعديلات على النتائج النهائية ملحوظاً على معظم البلدان؛ ومع ذلك، قد ينبغي تخصيص الاهتمام الكافي بآثار هذه التعديلات.

## 2. المبادئ التوجيهية

### 1.2 التعاريف

#### 1.1.2 تعريف الحالة

الحالة هي زبون يبدأ فترة علاج<sup>2</sup> من المخدرات في مركز للعلاج<sup>3</sup> خلال السنة التقويمية: من فاتح يناير إلى 31 ديسمبر بسبب مشاكل نتجت عن تعاطيه للمخدرات.

ينبغي الإبلاغ بكل زبون مرة واحدة فقط خلال السنة التقويمية: إذا تم تسجيل زبون معين، لأي سبب كان، أكثر من مرة على الصعيد الوطني، يتعين إزالة ازدواج التسجيل قدر الإمكان حسب الأدوات التقنية الموجودة على الصعيد الوطني للإبلاغ لدى مركز الرصد الأوروبي. وينبغي الإبلاغ بأول فترة علاج في السنة.

#### الغرض

استخدام طريقة موثوقة لتحديد الأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي المخدرات والذين يخضعون للعلاج، وتقييم مشاكلهم، وأنماط استخدامهم للمخدرات، والمخاطر الصحية والاجتماعية، بغرض استخدام المعلومات كمؤشر لأنماط واتجاهات تعاطي المخدرات الإشكالي.

#### معايير الإدماج:

1. كل شخص بدأ علاجاً ضد المخدرات (كما هو محدد أدناه في تعريف علاج تعاطي المخدرات) بين فاتح يناير و31 ديسمبر.
2. إذا بدأ الشخص العلاج أكثر من مرة خلال السنة المعنية، يتعين إبلاغ مركز الرصد الأوروبي بفترة العلاج الأولى فقط (انظر أدناه تعريف فترة العلاج).

#### معايير الإقصاء:

1. كل شخص يتصل بمركز العلاج باسم متعاط للمخدرات، لكنه ليس نفسه متعاطياً للمخدرات.
2. كل شخص يعاني من المشاكل بسبب علاقته الشخصية مع متعاط للمخدرات، لكنه ليس نفسه متعاطياً للمخدرات.
3. كل شخص تم الإبلاغ به سابقاً في نفس المركز أو في مركز آخر خلال نفس السنة التقويمية.
4. كل شخص يبدأ نشاط/إجراءات العلاج بالموازاة مع علاج حالي. ويمكن أن يكون ذلك جزءاً في علاج تم الإبلاغ به مسبقاً (في السنة نفسها أو في سنوات سابقة) مثل العلاج النفسي بالموازاة مع علاج بديل حالي للأفيونيات، أو غيره من العلاجات الإضافية.
5. كل شخص يبدأ نشاط/إجراءات العلاج كاستمرار لعلاج حالي تم الإبلاغ به مسبقاً (في السنة نفسها أو في سنوات سابقة) مثل إزالة سموم الإدمان داخل المركز والمطلوبة بعد سنتين من العلاج البديل.

#### الاعتبارات المنهجية

<sup>2</sup> انظر أدناه تعريف العلاج من تعاطي المخدرات وفترة العلاج لأغراض هذا البروتوكول.

<sup>3</sup> انظر أدناه تعريف مركز العلاج لأغراض هذا البروتوكول.

يُنصح بتجنب التسجيل المزدوج لنفس الزبون قدر الإمكان على جميع المستويات وحسب الأدوات التقنية الموجودة على الصعيد الوطني: بين المناطق أو الجهات الجغرافية/القضائية لنفس البلد؛ وبين مراكز العلاج، بما في ذلك باقي مراكز العلاج وداخل المركز نفسه. ولتفادي تسجيل نفس الزبون أكثر من مرة خلال السنة المعنية، يتمثل أفضل حل عملي في امتلاك سجل وطني مركزي لزبائن المخدرات حيث يملك كل زبون رقما تعريفيا وحيدا يسمح بإلغاء التسجيل المزدوج عند إبلاغ البيانات. إلا أن الخيار الأمثل التقني ليس ممكنا في عدد من البلدان لأسباب إدارية واقتصادية وقانونية. وفي هذه البلدان، يتعين إحداث الإجراءات الممكنة لتقليص احتمال ازدواج تسجيل الحالات. ويتمثل الخيار الأكثر بساطة في أن تجري مؤسسة العلاج تحققا داخليا (داخل نفس مركز العلاج) لمعرفة احتمال وجود أي علاجات سابقة. ومع ذلك، إضافة ذلك إلى هذه الحلول، قد يتعين سؤال الزبون إذا ما سبق له الخضوع للعلاج، فربما يكون خضع للعلاج لدى مراكز أخرى في الفترة نفسها. ويتمثل خيار إضافي تعتمده بعض البلدان في مراقبة التسجيل المزدوج على الصعيد الجهوي عبر الأنظمة وقواعد البيانات الجهوية للإبلاغ. ويمكن أن يساعد ذلك على تفادي التسجيل المزدوج، لأن التنظيم الإداري للخدمات الصحية والاجتماعية في عدة بلدان يصعب إمكانية الخضوع للعلاج في عدة مناطق في الآن ذاته. (انظر 'التسجيل المزدوج' في الفصل الثالث).

يوجد رسم بياني في الفصل الرابع - تعريف الحالة - الوصف البياني

## 2.1.2 علاج تعاطي المخدرات

يعني علاج تعاطي المخدرات كل نشاط (أنشطة) يستهدف مباشرة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل مع تعاطي المخدرات ويهدف إلى بلوغ الأهداف المحددة بشأن تقليص و/أو القضاء على هذه المشاكل، ويقدمه مهنيون خبراء أو معتمدون، في إطار الممارسة الطبية أو النفسية أو المساعدة الاجتماعية المعترف بها. ويتم هذا النشاط عادة داخل مرافق متخصصة لمتعاطي المخدرات، ويمكن أيضا أن يتم لدى مصالح عامة تقدم المساعدة الطبية/النفسية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي المخدرات (انظر أيضا 'مركز العلاج').

### الغرض

إنه تعريف واسع ليشمل فئات واسعة من مختلف المدمنين الذين لديهم مشاكل مع تعاطي المخدرات. وتجدر الإشارة إلى أن غرض مؤشر الطلب على العلاج هو أساسا غرض وبائي، يهدف إلى تجميع المعلومات عن الأشخاص الذي يعانون من مشاكل حقيقية مع المخدرات.

### معايير الإدماج:

- التدخلات التي يتمثل هدفها الرئيسي في إزالة سموم الإدمان
- التدخلات التي يتمثل هدفها الرئيسي في تحقيق الامتناع.
- العلاج البديل
- البرامج المتخصصة/المهيكله طويلة المدة لعلاج تعاطي المخدرات
- التدخلات الرامية إلى تخفيف الضرر الناتج عن المخدرات إذا تم تنظيمها في إطار برامج مصممة.
- العلاج النفسي/الاستشارة النفسية
- العلاج المهيكلي الذي يشتمل على مكون اجتماعي قوي
- العلاج تحت إشراف طبي
- التدخلات غير الطبية المدرجة في برامج مخطط لها
- العلاج الخاص في حالة الاحتجاز لفائدة متعاطي المخدرات.

### معايير الإقصاء

- التدخلات المتفرقة التي تندرج في برنامج مصمم
- التواصل حيث لا يكون استخدام المخدرات السبب الرئيسي في طلب المساعدة
- التواصل مع المصالح العامة التي تشمل طلبات للمساعدة الاجتماعية فقط.
- التواصل فقط عبر الهاتف أو الرسائل
- التواصل فقط مع العائلة وغيرها من الأشخاص الذين ليسوا مدمني مخدرات أنفسهم
- الاعتقال بحد ذاته
- العلاج عبر الأنترنت فقط
- المصالح التي توفر استبدال الإبر فقط.

### الاعتبارات المنهجية

يتعين أن تكون البيانات شاملة قدر الإمكان؛ مما يعني أنه ينبغي إبلاغ جميع البيانات المتاحة عن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل مع المخدرات حسبما جاء تعريفه أعلاه -معايير الإدماج.

### **3.1.2 بداية العلاج**

بداية العلاج هو التواصل الأول الرسمي وجها لوجه بين الزبون والمركز. وخلال هذا التواصل، ينبغي أن يتسنى تعريف الزبون (تفادي التسجيل المزدوج) وتقييم خصائصه واحتياجاته ذات الصلة بمشكلة المخدرات.

وحسب نوع المركز، ينبغي استيفاء هذه المتطلبات بعد اللقاءات الأولى - ربما أحد اللقاءات الثلاثة - بين الزبون والمعالج النفسي (إضافة إلى إمكانية الاتصال بالأطر الإدارية).

ويقترح معيار إرشادي ثلاثة لقاءات وجها لوجه كحد أقصى، إلا أن البلدان يمكن أن تعتمد بعض المرونة، حسب ممارساتها في الإبلاغ. وفي المعلومات المنهجية، يتعين الإبلاغ عند تسجيل الزبون حتى يتم تسجيله أيضا في بيانات مركز الرصد الأوروبي.

وإذا بدأ الزبون أكثر من علاج خلال سنة الإبلاغ، ينبغي إبلاغ مركز الرصد الأوروبي بفترة العلاج الأولى فقط.

### الغرض

تهدف البيانات المبلغة في اللقاءات الأولى بين مركز العلاج والزبون إلى الحصول على أحدث المعلومات عن الاعتبارات الاجتماعية للزبون وعن أنماط استخدامه للمخدرات في الفترة قبل العلاج.

### معايير الإدماج

- كل زبون لديه تواصل وجها لوجه مع مركز علاج في فترة أولية للعلاج (عادة بين لقاء واحد وثلاثة لقاءات).

### معايير الإقصاء

- اللقاءات التي تتم في فترة متأخرة من العلاج (عادة بعد اللقاء الثالث أو أكثر بين مراكز العلاج

- اللقاءات غير اللقاءات وجها لوجه (الهاتف، والأترنت، وغيرها).

#### الاعتبارات المنهجية

يختلف تسجيل الإجراءات من بلد لآخر. وينبغي أن يكفل هذا المتغير بعض المواءمة في إجراءات التسجيل عبر البلدان ويضمن إمكانية تسجيل البيانات الأساسية عن الزبائن.

ويتعين تحديد عدد اللقاءات مع الزبائن التي تسمح للبلدان (مراكز العلاج، وغيرها) بإبلاغ البيانات في بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج، ضمن المعلومات المنهجية.

انظر الرسم البياني لتعريف الحالة في الملحق 1.5.

#### **4.1.2 نهاية العلاج**

يعتبر العلاج منتهيا عند وجود نتيجة رسمية (متفق عليها أم لا) أو عندما يتوقف الزبون عن الخضوع للعلاج في مركز العلاج أو عند وفاته.

يمكن أن ترتبط أسباب نهاية العلاج بالتوقف عن العلاج، أو الوفاة، أو قرار الزبون الصريح بالتخلي عن العلاج أو فسخ برنامج العلاج الذي يضعه المركز (انظر أيضا 'وحدة انتشار العلاج').

#### الغرض

يركز بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج على 'الخضوع للعلاج' ولا يهدف إلى جمع البيانات عند نهاية العلاج. ويتعين جمع البيانات عن نهاية العلاج لسببين عمليين:

- 1) ترتبط نهاية العلاج مباشرة بتعريف حالة مؤشر الطلب على العلاج والقرار المتعلق بمتى ينبغي تسجيل العلاج الموالي. ويتم التقييم المتعلق بما إذا كان العلاج السابق انتهى عند كل تسجيل في العلاج.
- 2) ترتبط معلومات نهاية العلاج بوحدة 'انتشار العلاج'؛ وتتيح تحديد الزبائن الذين لا يزالون خاضعين للعلاج من سنة لأخرى أو الذين أنهوا العلاج لسبب معين.

لهذا السبب، لا تهدف المعلومات عن نهاية العلاج إلى قياس نتيجة العلاج، وإنما فقط إلى تقييم ما إذا كان ينبغي الاستمرار في تسجيل الشخص كزبون للعلاج أم لا.

#### معايير الإدماج:

يعتبر العلاج منتهيا في الحالات التالية:

- إذا أنهى المهني مهمته مع الزبون
- إذا قرر الزبون صراحة إنهاء العلاج
- إذا قرر المركز/المهني إنهاء العلاج لأسباب لا تتعلق بنتيجة العلاج، ولكن لأسباب أخرى مثل عدم

احترام العلاج، والإخلال بالقوانين، وغيرها.

- إذا توفى الزبون
- إذا توقف اتصال الزبون بمركز العلاج. يوصى باعتبار العلاج منتهيا بعد ستة أشهر من انقطاع الاتصال بين الزبون ومركز العلاج؛ ومع ذلك، تختلف البلدان كثيرا في تعريف نهاية العلاج. وإذا كانت البلدان تملك مدة مختلفة لاعتبار الزبون خارج العلاج (الانقطاع)، يمكن اعتبار العلاج منتهيا حسب التشريعات الوطنية. وينبغي أن تشير البلدان إلى الوقت لنهاية العلاج في الاعتبارات المنهجية.

#### معايير الإقصاء

لا يعتبر العلاج منتهيا عندما:

- ينتقل الزبون في نظام العلاج من مركز إلى مركز آخر بعد أن تمت إحالته في إطار نفس فترة العلاج (يسمى أحيانا 'الرعاية المشتركة')
- ينهي الزبون نشاط العلاج ويبدأ نشاط علاج جديد كجزء من نفس فترة العلاج
- لا يزال الزبون في اتصال بمركز العلاج خلال فترة ستة أشهر أو أقل منها (حسب الفترة المحددة في القواعد الوطنية بشأن الانقطاع عن العلاج).

#### الاعتبارات المنهجية

ينبغي أن توضح البلدان في المعلومات المنهجية ما هي المدة التي يعتبر فيها الزبون منقطعا عن العلاج. وينبغي احترام قاعدة ستة أشهر قدر الإمكان.

### 5.1.2 فترة العلاج

تعني فترة العلاج 'فترة الخدمة بين بداية العلاج من مشكلة تعاطي المخدرات (....) وإنهاء خدمات مخطط العلاج المقرر

يعتبر علاج تعاطي المخدرات عملية معقدة، وغالبا ما ينبغي توفير أنشطة/إجراءات علاجية مختلفة بالموازاة أو على التوالي، وأحيانا لمدة طويلة (مثل: الاستشارة، والعلاج النفسي، والعلاج البديل، وباقي العلاجات الصيدلانية، وإزالة سموم الإدمان لدى المرضى الخارجيين أو الداخليين، والإقامة في مؤسسات الرعاية لمدة طويلة...). 'يمكن أن يخضع الزبون لطريقة/تدخل (أو نوع) واحد أو أكثر من العلاج خلال نفس فترة العلاج. ويمكن للزبون أيضا أن يخضع لفترة علاج واحدة أو أكثر خلال نفس السنة' (جامعة مانثسستر، 2010) (النظام الأمريكي لرصد علاج تعاطي المخدرات، 2009).

#### الغرض

تحديد متى يمكن اعتبار الزبون خاضعا لنفس عملية العلاج وبالتالي تحديد ما إذا كان الزبون يحتاج أو لا يحتاج إلى أن يتلقى مجددا إشعارا بغرض مؤشر الطلب على العلاج.

#### معايير الإدماج

1. جميع الأنشطة/الإجراءات الموفرة للزبون للتعامل مع مشكلة المخدرات التي تسببت في الخضوع للعلاج، ما دامت منفذة بطريقة منظمة/مخطط لها. ويمكن تقديم هذه الأنشطة على امتداد فترة طويلة، وفي نفس المرافق أو في مرافق مختلفة. ويمكن أن تتبع مخططا محددًا مسبقًا أو مخططًا يتم تعديله طبقًا

لاحتياجات الزبون وتطوره.

2. إذا تم إنهاء عملية العلاج رسمياً أو إذا انقطع الزبون عن العلاج<sup>4</sup>، وبناء عليه، يتم قبول الزبون مجدداً للعلاج، يتم إشعاره بالقبول في فترة علاج جديدة.

### معايير الإقصاء

1. لا يعتبر فترة علاج أي نشاط منفرد في إطار مجموعة من سلسلة تدخلات مخطط لها/منظمة.

### **6.1.2 مركز/برنامج العلاج**

مركز/برنامج علاج تعاطي المخدرات هو كل مرفق يقدم علاجاً ضد تعاطي المخدرات، حسبما جاء تعريفه أعلاه، للأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي المخدرات. ويمكن أن تكون مراكز العلاج مراكز متخصصة، تركز على علاج متعاطي المخدرات، أو مندرجة في مراكز أكبر تستهدف مجموعات زبائن مختلفة (مثل: المصابين بالأمراض العقلية، ومدمني الكحول، وغيرهم). ويمكن أيضاً أن تكون هذه المرافق داخل مراكز طبية أو غير طبية، حكومية أو غير حكومية، عمومية أو خاصة.

### الغرض

تحديد الفئة الواسعة للمرافق حيث يمكن للزبون أن يخضع لعلاج تعاطي المخدرات، بغض النظر عن نوع التدخلات التي يتلقاها. وبما أن غرض المؤشر هو تحديد الزبائن الذين يعانون من مشاكل مع المخدرات، لا يُعد نوع المرفق عاملاً حاسماً.

وكما سيأتي شرحه بتفصيل في الاعتبارات المنهجية أدناه، من المهم الإشارة إلى أن البيانات المفصلة كانت تبلغ حسب نوع مركز العلاج بالنسبة لصيغة 2.0 السابقة من بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج. وفي الصيغة الحالية للبروتوكول، سيتم إبلاغ البيانات في نموذج واحد.

ولن يكون نوع مركز العلاج موضع تركيز في إبلاغ البيانات. وستتضمن استمارات الإبلاغ جداول قليلة عندما يتعين تقديم تفصيل حسب نوع مركز العلاج.

### المراكز التي سيتم تضمينها

تم تحديد الأنواع التالية من مراكز العلاج في مؤشر الطلب على العلاج:

- مراكز/برامج علاج المرضى الخارجيين
- مراكز/برامج علاج المرضى الداخليين
- وحدات/برامج العلاج في السجون
- الأطباء العامون
- برامج/وكالات الخدمات الدنيا
- باقي أنواع مراكز/برامج العلاج (يرجى تحديد نوع المركز/البرنامج)

<sup>4</sup> انظر تعريف نهاية العلاج.

## تعريف أنواع مراكز العلاج

(أ) نعني بمراكز العلاج للمرضى الخارجيين مرافق العلاج حيث يتم علاج الزبائن خلال اليوم (ولا يمكنون بها في الليل). وتشمل المراكز/العيادات العمومية أو الخاصة التي يمكن أن تفتح في المساء لكن ساعات العمل لا تشمل الفترة الليلية.

(ب) نعني بمراكز علاج المرضى الداخليين المراكز حيث يمكن للزبائن قضاء الليل. وتشمل المصحات الجماعية، والمستوصفات الخاصة، والوحدات في المستشفيات والمراكز التي توفر مرافق إقامة. ويتعين الإبلاغ بالزبائن على أنهم زبائن يخضعون للعلاج في مراكز لعلاج المرضى الخارجيين عند أول اللقاءات التي تتم بين الزبون والمركز داخل مركز علاج المرضى الخارجيين وعندما يتم تسجيل بيانات مؤشر الطلب على العلاج في مرافق العلاج هذه.

(ج) نعني بوحدات العلاج في السجن تلك المرافق التي توفر خدمات خاصة للسجناء بسبب مشاكل تعاطي المخدرات التي يعانون منها. ويمكن أن تشمل:

- الوحدات المتخصصة في علاج تعاطي المخدرات في مكان مخصص داخل السجن؛
- المهنيين (سواء داخليين أو خارجيين عن السجن) الذين يمكنهم تقديم حزمة من التدخلات التي تهدف إلى علاج أو تقليص المشاكل ذات الصلة بتعاطي المخدرات لدى متعاطي المخدرات في السجن.

(د) الممارسون العامون هم الأطباء الذين يعالجون حالات المرض الحاد أو المزمن ويقدمون الرعاية الوقائية والتربية الصحية لجميع الفئات العمرية وللجنسين. ويمكن أن يعالجوا متعاطي المخدرات من مشاكل الإدمان، في بعض الحالات، بالتعاون مع مصالح علاج المرضى الخارجيين أو الداخليين، ويمكن لبعضهم أن يكون قد تلقى تدريباً في علاج متعاطي المخدرات.

(هـ) وكالات الخدمات الدنيا هي المراكز/البرامج التي تهدف إلى الوقاية من أو تقليص الضرر الصحي المرتبط بالإدمان على المخدرات، وخصوصاً وقوع العدوى الفيروسية المنقولة عبر الدم والجرعات المفرطة، وإلى تشجيع مدمني المخدرات على الاتصال بالمصالح الصحية والاجتماعية.

(و) باقي أنواع مرافق العلاج هي جميع مراكز العلاج التي تقدم علاج تعاطي المخدرات حسبما جاء تعريفه أعلاه. وفي حالة استخدام فئة 'باقي أنواع مرافق العلاج'، ينبغي أن تتضمن الاعتبارات المنهجية وصف وتحديد نوع مرافق العلاج الذي يبلغ بالبيانات.

## المراكز/البرامج التي ينبغي إقصاؤها:

- كل نوع آخر من مرافق العلاج، عندما لا تكون منخرطة في علاج تعاطي المخدرات حسبما جاء تعريفه أعلاه (تعريف العلاج)
- مراكز/برامج نشر المعلومات فقط
- المراكز/البرامج المهتمة فقط بتبادل الإبر/المحاقن
- التدخلات المتقطعة تجاه متعاطي المخدرات في السجن (مثل المعلومات، توفير الحقن وتبادلها فقط، الخ.) حسبما ورد في معايير الإقصاء بالنسبة لعلاج تعاطي المخدرات
- ردهات المستعجلات بالمستشفيات
- مرافق الرعاية الاجتماعية العامة، التي لا تستهدف تعاطي المخدرات.

## الاعتبارات المنهجية

سيتم إبلاغ مركز الرصد الأوروبي بالبيانات مع التركيز على الزبائن أنفسهم، وعلى خصائصهم وأنماط تعاطي المخدرات، لاسيما المخدر الرئيسي. وستكون مراكز/برامج العلاج، التي كانت سابقاً أساس التصنيف الطبقي للإبلاغ، أحد المتغيرات المبلغ بها. ويرتبط التركيز على الزبون بأسباب متعددة:

- غرض المؤشر هو غرض وبائي ويركز على عدد وخصائص الزبائن الذين يخضعون لعلاج تعاطي المخدرات بوصفه مؤشراً غير مباشر لتعاطي المخدرات الإشكالي.
- يبين جمع البيانات الأوروبية على مدى عشر سنوات أن 80 % من الزبائن الذين تم التبليغ بهم لدى مركز الرصد الأوروبي يخضعون للعلاج في مراكز للمرضى الخارجيين، في حين لا تكون باقي أنواع المراكز (باستثناء السجون) عادة نقطة الدخول، إلا أنها تستخدم في مراحل لاحقة من برنامج العلاج.
- في عدد من البلدان، لا يضطلع الأطباء العامون ووكالات الخدمات الميسرة وباقي أنواع مصادر العلاج بدور جوهري في تقديم علاج تعاطي المخدرات كما هو منصوص عليه في البروتوكول (رغم أنهم يقدمون مساعدة قيمة لتعاطي المخدرات)، أو لا يمكن جمع البيانات من هذه المصادر. وبالتالي، نجد البيانات متاحة فقط من عدد محدود من البلدان، مما يصعب تحليل هذه البيانات على الصعيد الأوروبي.
- يعتبر عدد ضئيل فقط من الدراسات التحليلية الخاصة مفيداً حسب نوع مركز العلاج. ويصعب إجراء مقارنة مفصلة حسب نوع مراكز العلاج بسبب الاختلافات الوطنية في تنظيم العلاج.

### 7.1.2. المخدر الرئيسي

نعني بالمخدر الرئيسي ذلك المخدر الذي يسبب للزبون أغلب المشاكل عند بداية العلاج. وينبغي ذلك عموماً على الطلب الذي يعبر عنه الزبائن و (أو) على التشخيص الذي ينجزه المعالج النفسي، عموماً عبر استخدام الآليات الدولية الموحدة (مثل التصنيف الدولي للأمراض-النسخة العاشرة، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية-النسخة الرابعة DSM-IV<sup>5</sup>، ASI) أو التقييم السريري. ويكتسي هذا العنصر أهمية كبيرة ويتعين استقاؤه بالنسبة لكل زبون.

## الغرض

تحديد المخدر الرئيسي المتسبب في مشاكل الزبائن، عبر تقييم خصائصهم والاتجاهات عبر الزمن في أنماط تعاطي المخدرات. ويسمح هذا المتغير بالاحتفاظ بالمعلومات عن أهم المشاكل التي يعاني منها متعاطو المخدرات من وجهة النظر الوبائية.

## معايير الإدماج

- المخدر الرئيسي هو المخدر الذي يؤدي إلى أكثر المشاكل حدة لدى الزبون (المشاكل الصحية، والعقلية، والاجتماعية، وغيرها).
- المخدر الرئيسي هو السبب الرئيسي الذي يجعل الزبون يخضع للعلاج.
- يمكن أن يشمل المخدر الرئيسي أي استعمال سيئ من طرف الزبون للأدوية لكنه لا يستعملها حسب الوصفة الطبية.

<sup>5</sup> ينبغي التذكير بأن DSM-IV يخضع للمراجعة وأن النسخة المنقحة DSM-V ستكون متاحة في أقرب الآجال.

- يشمل المخدر الرئيسي كل مخدر محدد في لائحة عناصر المخدرات الرئيسية الواردة أدناه.

#### معايير الإقصاء

- يمكن تسجيل الكحول فقط على أنه مخدر ثانوي يصاحب مخدرا رئيسيا (انظر فصل 'المخدر الثانوي').
- التبغ
- كل الأدوية والمخدرات ذات التأثير النفساني التي تستعمل حصريا في العلاج الطبي بناء على وصفة طبية وحسب الممارسة الطبية.

#### الاعتبارات المنهجية

ينبغي أن يستند قرار اختيار المخدر الرئيسي إلى تشخيص الخبير المهني إضافة إلى طلب الزبون.

ولم تتغير معايير اختيار المخدر الرئيسي وهي متطابقة مع معايير إبلاغ البيانات الواردة في بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 2.0. وتمت إضافة متغير جديد عن تعاطي المخدرات المتعددة لتقديم معلومات تكميلية، ولن يستخدم كبديل للمعايير السابقة.

وإذا لم يكن المخدر معروفا (مثلا: الأمفيتامين أو ميثيل ديوكسي ميثامفيتامين ومشتقاتها)، ينبغي تسجيل الفئة العامة (مثل المنشطات، باستثناء الكوكايين).

ولا ينبغي استخدام الفئة 'غير معروف' إلا بصفة استثنائية.

### **8.1.2 المخدر الثانوي**

المخدرات الثانوية هي المخدرات التي تستعمل إضافة إلى المخدر الرئيسي، وهي مواد تتسبب في المشاكل للزبون و/أو تغير طبيعة المشكلة حسب تقييم الزبون أو المعالج النفسي.

#### الغرض

تحديد المخدرات الأخرى التي تتسبب في المشاكل للزبون.

#### معايير الإدماج

- جميع المخدرات التي تسبب المشاكل للوضع الصحي والاجتماعي للزبون، لكنها غير مصنفة كمخدر رئيسي.
- الكحول.

#### معايير الإقصاء

- التبغ
- المواد التي يستخدمها الزبون، لكنها لا تسبب مشاكل لوضعه
- الأدوية التي تستخدم بناء على وصفة طبية وحسب الممارسة الطبية.

#### الاعتبارات المنهجية

المخدرات الثانوية هي المواد التي يستعملها الزبون والتي تتسبب في مشاكل له. ينبغي إبلاغ مركز الرصد الأوروبي بما أقصاه أربعة مخدرات ثانوية. ومع ذلك، تملك البلدان إجراءات تسجيل مختلفة ويمكنها تسجيل عدد مختلف من المواد الثانوية. وفي هذه الحالة، يتعين الإشارة ضمن المعلومات المنهجية إلى عدد المواد المسجلة لكل زبون.

### 9.1.2 مشكلة تعاطي المخدرات المتعددة

تمثل المعلومات عن مشكلة تعاطي المخدرات المتعددة معلومات تكميلية وإضافية للمعلومات عن المخدر الرئيسي. وينبغي دائما تقييم وجود مشكلة تعاطي المخدرات المتعددة بعد تحديد المخدر الرئيسي، وذلك بناء على المبادئ التوجيهية والإجراءات الخاصة القائمة لحد الآن.

#### الغرض

يهدف متغير تعاطي المخدرات المتعددة إلى تقييم إن كان الزبون مستخدما إشكاليا لأكثر من مخدر واحد في الآن ذاته، بطريقة تجعل من الصعب جدا تحديد مخدر رئيسي واحد بوضوح. وينبغي استعمال هذا المفهوم في ظل مقارنة محدودة جدا كما هو الحال بالنسبة للتصنيف الدولي للأمراض-النسخة العاشرة ICD-10، الذي يعرف تعاطي المخدرات المتعددة على أنه تعاطي العديد من المخدرات وهو مفهوم ينبغي استخدامه 'عندما نتوصل إلى أن مادتين ذات تأثير نفسي أو أكثر واردتان في الحالة، لكنه من الصعب تقييم أي من هذه المواد هو المساهم الأكبر في المشكلة'. ويكتسي القرار أهمية سريرية جمة، وينبغي استخدامه في نطاق محدود.

#### معايير الإدماج

- الزبائن الذين يتبين لديهم نمط استخدام حيث العديد من المواد تتسبب في مشاكل حقيقية في الآن ذاته لدى الزبون ومن الصعب تحديد أي من هذه المواد هو المخدر الرئيسي.
- ينبغي استثناء هذه المعلومات فقط بعد تحديد المخدر الرئيسي، حسبما كان ذلك سابقا بموجب البروتوكول 2.0، ولو بوجود الصعوبات المعروفة في بعض الحالات. وينبغي الاستمرار في تطبيق القواعد والإجراءات الموجودة لاختيار المخدر الرئيسي حسبما جرت العادة لحد الآن.

#### معايير الإقصاء

- الزبائن الذين يستخدمون مخدرا واحدا
- الزبائن الذين يستخدمون أكثر من مخدر واحد، إلا أن واحدا منها فقط يتسبب في المشاكل.
- الزبائن الذين يستخدمون أكثر من مخدر تتسبب في المشاكل، لكن يمكن بالنسبة لهم وبشكل مؤكد تحديد أي منها يسبب مشاكل أكثر.

#### الاعتبارات المنهجية

لا يمثل تعاطي المخدرات المتعددة بحد ذاته مشكلة لتعاطي المخدرات المتعددة لأغراض بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج. ويتم تحديد زبون على أنه متعاط لمشكلة المخدرات المتعددة عندما يكون مخدر واحد أو أكثر سببا منهجيا في المشاكل لهذا الزبون بطريقة تجعل من الصعب تحديد بوضوح أي من هذه المخدرات يسبب المشاكل بصفة أكبر.

### منطق المقاربة المعتمدة في بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0

يمكن تحديد مفهوم تعاطي المخدرات المتعددة بعدة طرق، بما في ذلك تعاطي مواد مختلفة في نفس المدة الزمنية (مثلا في الثلاثين يوما الأخيرة) لكن دون الإشارة إلى التفاعل الدوائي، أو يمكن أن يرتبط بالاستخدام المتزامن لعدة مواد ممزوجة معا (مثل الهيروين مع الكوكايين في نفس الحقنة) أو داخل مدة زمنية قصيرة. إضافة إلى ذلك، يمكن أن يتعلق الأمر بتعويض منتظم لمادة بأخرى حسب التوفر (مثل الأفيونيات ومركبات البنزوديازيبين).

ويمكن أن يحمل مجرد مفهوم تعويض 'المخدر الرئيسي' خطراً كبيراً جداً لتفاوتات جوهرية في جمع البلدان للبيانات وإبلاغها، مما يجعل البيانات غير قابلة للمقارنة وشبه غير قابلة للتفسير. إضافة إلى ذلك، هناك خطر كبير بأن تنقطع تماما السلاسل التاريخية الحالية. وقد واجهت بعض البلدان التي حاولت تطبيق جمع البيانات عن 'المخدرات المتعددة' مشاكل عصبية. وأخيراً، أصبحت معظم البلدان الأوروبية وغير الأوروبية قادرة على تحديد المخدر الرئيسي على مدى عدة سنوات، رغم الصعوبات القائمة. وينبغي توخي الحذر الشديد عند كل تغيير في هذا المفهوم إذ قد يترتب عنه تغيير ملحوظ بالنسبة لجميع الدراسات التحليلية والاتجاهات وباقي المنهجيات المستندة إلى بيانات مؤشر الطلب على العلاج.

ويمكن أن تتضمن المقاربة التي لا تتم فيها الإشارة إلى المخدر الرئيسي احتمالاً كبيراً للتفاوت بين البلدان في إبلاغ البيانات وضياح المعلومات. وبالتالي، تسمح المقاربة المعتمدة بجمع المعلومات التكميلية عن مشاكل تعاطي المخدرات المتعددة، مع الحفاظ على مفهوم المخدر الرئيسي والمواءمة مع البيانات الموجودة وبين البلدان.

وهذا الوضع ليس فريداً بالنسبة لبيانات العلاج. فقد أثيرت نفس التساؤلات في ما يتصل ببيانات الوفيات. وتطرفت منظمة الصحة العالمية، في تحديث النسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض لسنة 2002-03 الخاص بالوفيات الناتجة عن تعاطي المخدرات لنفس المشكلة وتم إعداد لائحة أولويات للمخدرات من أجل تصنيف المخدرات الأكثر خطورة (إذا لم يتمكن الطبيب المعتمد من التوصل إلى استنتاج).

أنظر بروتوكول DRD 3.2 الخاص بمركز الرصد الأوروبي

• <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html>  
(الملحق 7، الصفحة 64).

أو لائحة منظمة الصحة العالمية لتحديثات النسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

• <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

### 10.1.2 اختبار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الفيروسي

يمثل اختبار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الفيروسي معلومات أساسية عن الاستفادة من الرعاية بالنسبة لزبائن علاج تعاطي المخدرات (لاسيما الزبائن الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن).

#### الغرض

هذه المعلومات مفيدة لربط واستكمال البيانات مع معلومات الزبائن عن سلوك الحقن (التي تم جمعها في مؤشر الطلب على العلاج من جهة، وانطلاقاً من مصادر أخرى لمعلومات الأمراض المعدية –الجدول القياسي 09- من جهة أخرى). وتتمثل الغاية في تكوين صورة كاملة وموثوقة قدر الإمكان عن مستوى اختبار الأمراض المعدية لدى زبائن علاج تعاطي المخدرات.

#### الإعبارات المنهجية

من الأهمية بمكان معرفة وضع الحقن لدى الزبون (دائماً مقابل أبداً) ينبغي على الدوام توفير البيانات مفصلة حسب وضع الحقن ونوع المخدر.

وسيتم تقييم مواعمة المعلومات المبلغة عبر مؤشر الطلب على العلاج والمعلومات المبلغة في مؤشر الأمراض المعدية الناتجة عن تعاطي المخدرات، بكل تفصيل، وبالتعاون بين البلدان.

### 11.1.2 التشارك في الإبرة/المحقن

توجد عدة أنماط من التشارك في الأدوات (الإبر، المحاقن، الراشح، محاليل المخدرات، تسليف/استعارة المعدات، التشارك مع شريك، أو مع أصدقاء، الخ.) تمثل سلوكاً محفوفاً بالمخاطر. ويمثل التشارك في الإبر والمحاقن أحد أنواع السلوك المحفوفة بالمخاطر.

ولا يمكن الإلمام بجميع الأنماط المحتملة للتشارك في أدوات تعاطي المخدرات في النظام الأوروبي للرصد. وعلى الصعيد الوطني أو المحلي، يمكن جمع المزيد من المعلومات المفصلة، خصوصاً حيث يرتفع انتشار الأمراض المعدية أو حيث يوجد خطر ارتفاع الانتشار. لهذا السبب، يُطلب فقط إبلاغ مركز الرصد الأوروبي بالمعلومات عن التشارك في الإبر/المحاقن. ويمكن إبلاغ المزيد من المعلومات المفصلة على الصعيد الأوروبي عبر آليات أخرى (لاسيما ST9).

#### الغرض

جمع البيانات الأساسية عن أهم أنواع السلوك المحفوف بالمخاطر (التشارك في الإبر/المحاقن)، الذي يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالأمراض المعدية.

#### معايير الإدماج

- جميع الزبائن الذين سبق لهم حقن المخدرات

#### معايير الإقصاء

- الذين لم يسبق لهم قط حقن المخدرات

#### الإعبارات المنهجية

ينبغي إحالة المعلومات عن المتعاطين الذين سبق لهم حقن أي مخدر.

### 12.1.2 العلاج البديل بالأفيونيات

العلاج البديل بالأفيونيات هو تدخل طويل الأمد باستعمال مادة مناهضة بهدف تقليص أو التخلص من تعاطي

المخدرات الأفيونية غير المشروعة، أو لتقليل الضرر الناتج عن طريقة معينة في التناول والمخاطر المحتملة على الصحة.

### الغرض

تحديد -بأفضل طريقة- مستوى إتاحة العلاج البديل. والتحقق ما إذا كان الزبون الذي يُسجل مجدداً في العلاج خضع سابقاً للعلاج البديل. وسيقدم أيضاً معلومات عن العلاج البديل للمواد الأفيونية مدى الحياة من بين أولئك المسجلين في العلاج بسبب نوع آخر من تعاطي المخدرات الإشكالي والمدة التي قضوها منذ العلاج البديل الأول للأفيونيات.

### معايير الإدماج

- الزبائن الذين سبق لهم الخضوع للعلاج خلال السنة التي سبقت السنة المعنية بالإبلاغ.

### معايير الإقصاء

- الزبائن الذين لم يسبق لهم قط أن خضعوا للعلاج قبل السنة المعنية بالإبلاغ.

### الاعتبارات المنهجية

يتعين التحقق ما إذا كان الزبون يخضع للعلاج الاستبدالي بمادة معينة وإذا ما سبق الإبلاغ عن سوء استخدامه لنفس هذه المادة أو مادة بديلة أخرى. وستكون هذه المعلومة مفيدة لتأكيد المعلومات وللتحقق من ملاءمة العلاج.

## 2.2. لائحة العناصر

### (1) نوع مركز العلاج

1. مراكز/برامج علاج المرضى الخارجيين
2. مراكز/برامج علاج المرضى الداخليين
3. وحدات/برامج العلاج في السجون
4. الأطباء العامون/برامج الطب العام
5. برامج/وكالات الخدمات الدنيا
6. أنواع أخرى (يرجى تحديد نوع المركز/برنامج العلاج)
99. غير معروف.

### الاعتبارات المنهجية

تعد أنواع مراكز العلاج الستة المذكورة أعلاه الأنواع الأكثر شيوعاً التي يتم فيها تحديد الزبائن وتبليغ البيانات؛ وهي أيضاً النقط الأكثر شيوعاً للدخول في نظام العلاج.

وتمثل وحدات العلاج داخل السجون نقطة دخول مهمة بالنسبة للعديد من متعاطي المخدرات الذين ربما لم يكونوا ليخضعوا للعلاج بطريقة أخرى. إضافة إلى ذلك، تمثل مشكلة المخدرات والسجون حالياً موضوعاً ذا أولوية عالية في الأجندة السياسية الأوروبية ويستحق اهتماماً خاصاً.

ولتعريف العلاج وتصنيف مراكز العلاج التي لا تشملها المجموعات الثلاث المذكورة أعلاه، يرجى الاطلاع على القسم الخاص بتعريف علاج تعاطي المخدرات ومراكز العلاج.

وتجدر الإشارة إلى أن استمارة الإبلاغ بالبيانات، والتصنيف حسب نوع مركز العلاج ليس عنصراً جوهرياً، وسيتم تقديم بعض التصنيفات حسب نوع مركز العلاج.

## 2. سنة العلاج

/\_\_\_\_\_/

### الاعتبارات المنهجية

يكتسي تاريخ بداية العلاج أهمية كبيرة لإعداد تحليل الاتجاهات على مر الزمن ومن أجل الفصل بين الفترات الزمنية (مراحل العلاج) لأغراض الإبلاغ. ويساعد ذلك في إنجاز تحليل دينامي لبيانات العلاج.

لا ينبغي إبلاغ مركز الرصد الأوروبي بشهر العلاج، لكن ينبغي تسجيله على الصعيد الوطني وعلى مستوى مركز العلاج لتقادي خطر حساب نفس الشخص مرتين في نفس فترة الإبلاغ.

## 3. لم يخضع قط للعلاج سابقاً

(1) لم يسبق له الخضوع للعلاج

(2) سبق له الخضوع للعلاج

(99) غير معروف

### الاعتبارات المنهجية

انظر كذلك تعريف 'العلاج الأول' في القسم الخاص بتعريف الزبون الذي لم يسبق له الخضوع للعلاج قبل سنة الإبلاغ. إذا كان الزبون يخضع للعلاج لأكثر مرة في نفس سنة الإبلاغ، ينبغي فقط تسجيل فترة العلاج الأول. يمكن أن ترتبط العلاجات السابقة الأخرى بالعلاج الذي خضع له الزبون بسبب تعاطي أي مخدر، والذي يمكن أن يكون مختلفاً عن المخدر الرئيسي. وينبغي تجنب التسجيل المزدوج داخل نفس البلد قدر الإمكان حسب إمكانيات كل بلد.

## 4. مصدر الإحالة

(1) المحكمة /إطلاق السراح المشروط/ الشرطة

(2) الطبيب العام

(3) مركز آخر لعلاج تعاطي المخدرات

(4) باقي الخدمات الصحية والطبية والاجتماعية

(5) الخدمات التربوية

(6) الإحالة الذاتية، الإحالة من العائلة، الأصدقاء، وغيرهم /دون تدخل أية وكالة/مؤسسة أخرى

(7) طرف آخر (يرجى التحديد)

(99) غير معروف

### الاعتبارات المنهجية

يقدم مصدر الإحالة لمحة معينة عن المسار الذي اتخذته الزبون للوصول إلى علاج تعاطي المخدرات. وحسب الدراسة الأوروبية المنجزة في السنوات العشر الأخيرة، تبينت أهمية فهم أية خدمات غير المصالح المعنية

بالمخدرات تنخرط في الإحالة على العلاج. ويتمثل هدف هذا المتغير في فهم مستوى انخراط باقي الوكالات والخدمات والمؤسسات الصحية والاجتماعية في إحالة الزبون على العلاج. وتكتسي البيانات عن مصدر الإحالة أيضا أهمية لتقييم مدى العلاج اللازم في حدود الالتزامات القانونية. ويحيل 'مصدر الإحالة' على المصدر الذي كان الأكثر حسما في إحالة الزبون على العلاج.

## 5. الجنس

(1) ذكر

(2) أنثى

(99) غير معروف

الاعتبارات المنهجية

المعلومات الوبائية الأساسية

## 6. العمر عند بدء العلاج (بالسنوات)

(1) العمر : /\_\_\_/\_\_\_/

(99) غير معروف

الاعتبارات المنهجية

المعلومات الوبائية الأساسية

## 7. وضعية المعيشة (مع من)

(1) منفرداً

(2) مع العائلة الأصلية (الأبوان، الخ.)

(3) مع شريك/ الأبناء

(4) مع أصدقاء أو أشخاص آخرين (بدون علاقة عائلية)

(5) في الاعتقال

(6) في المؤسسات/ الملاجئ (بدون اعتقال)

(7) وضعيات أخرى

(99) غير معروف

الاعتبارات المنهجية

يتمثل الهدف الرئيسي من جانب 'مع من' في وضعية المعيشة في تقييم وضعية علاقات الزبائن بطريقة غير مباشرة. ويحيل الوضع على الحالة القائمة للزبون، إذا كان يعيش في أكثر من سياق في الفترة نفسها. ويحيل وضع المعيشة على الوضع الحالي: ويحيل على الثلاثين يوماً السابقة للدخول في العلاج.

## 8. متعاطو المخدرات المصحوبون بأطفال

(1) ليس لديهم أطفال

(2) لديهم أطفال

1.2 لا يعيشون مع الأطفال

2.2 يعيشون مع الأطفال

(99) غير معروف

الاعتبارات المنهجية

يسعى هذا العنصر إلى تقييم إذا كان الزبائن لديهم أطفال وما هو وضع معيشة متعاطي المخدرات والأطفال. ويشمل الأطفال جميع الفئات العمرية، سواء البيولوجيين وغير البيولوجيين.

### 9. وضعية المعيشة (أين)

(1) سكن قار

(2) سكن غير قار و/أو بدون مأوى

(3) في الاعتقال

(4) أماكن أخرى

(99) غير معروف

الاعتبارات المنهجية

يركز مظهر 'أين' في وضع المعيشة على استقرار وضعية المعيشة. فالزبائن في سكن غير قار هم الزبائن الذين كانوا يعيشون في محلات مختلفة (منزل الأصدقاء، الشارع، الملجأ، وغيرها)، والذين ينتقلون من مكان لآخر في الفترة قبل الدخول في العلاج. إذا كان الزبون يعيش في مؤسسة، ينبغي الإبلاغ به في الفئة 4 'محلات أخرى' والمؤسسة المعنية. ويحيل الوضع على الوضع القائم للزبون، إذا كان يعيش في أكثر من سياق واحد في الفترة نفسها. ويحيل وضع المعيشة على الوضع الحالي: يحيل على الثلاثين يوماً قبل الدخول في العلاج.

### 10. وضع العمل

(1) مستخدم موسمي

(2) مستخدم بانتظام

(3) طالب

(4) عاطل عن العمل/ محبط

(5) يتلقى المساعدات الاجتماعية/متقاعد/ ربة بيت/معاق

(6) حالات أخرى

(99) غير معروف

الاعتبارات المنهجية

توفر وضعية الشغل معلومات جوهرية عن الاندماج الاقتصادي والاجتماعي للزبون وعن حياته اليومية. ويتبع البروتوكول معايير المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية قدر الإمكان لإتاحة المقارنة مع الإحصاءات عن جميع الفئات عموماً وتجنب تداخل الفئات (مثلاً فئة العاطلين عن العمل مع غير النشيطين). وتتمثل الفئات التي يحددها المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية في الإحصاءات الرسمية عن وضعية الشغل كالتالي:

• مستخدم = الأشخاص الذين يعملون على الأقل ساعة واحدة (مقابل أجرة، أو ربح، أو مكسب عائلي) خلال الثلاثين يوماً الماضية

- عَرَضِي: عندما يكون العمل غير متواتر، وغير منتظم، وعندما يظهر في أوقات متفرقة.
- منتظم: عندما يكون العمل متواتراً، ومنتظماً و/أو بموجب عقد مكتوب.

- الطلبة = الأشخاص الذين يرتادون المدرسة
- العاطل عن العمل = الشخص الذي لا يعمل ويبحث بكد عن عمل؛ المحبط = الشخص الذي لا يبحث الذي لا يعمل ولا يبحث عن عمل لأنه لا يستطيع إيجاد عمل.
- الحاصل على الإعانات الاجتماعية/ المتقاعدون / ربة البيت/ المعاقون = الأشخاص الذين يتلقون الإعانات من مصالح الرعاية الاجتماعية عن التقاعد أو الإعاقة، أو ربات البيوت.

ويحيل على ثلاثين يوماً قبل الدخول في العلاج

## 11. أعلى مستوى دراسي مكتمل

- 1) لم يسبق أن التحق بالمدرسة / لم يكمل أبداً الفترة الابتدائية (التصنيف الدولي الموحد للتعليم 0).
- 2) المستوى الابتدائي من التعليم (= التصنيف الدولي الموحد للتعليم 1)
- 3) المستوى الثانوي من التعليم (= التصنيف الدولي الموحد للتعليم 2 و3)
- 4) التعليم العالي (= التصنيف الدولي الموحد للتعليم 4 إلى 6)

99) غير معروف/غير وارد

## الاعتبارات المنهجية

يمثل التعليم فئة مهمة في البيانات الاجتماعية الاقتصادية. ويوصى بالمطابقة الأكثر صرامة مع التصنيف الدولي الموحد للتعليم<sup>6</sup> إضافة إلى اعتماد قواعد التحويل حسب البلدان والتي يتم تطبيقها لتقديم الإحصاءات عن التعليم على الصعيد الدولي.

## 12. المخدر الأساسي<sup>7</sup> 1. الأفيونيات (مجموع)

11 الهيروين

<sup>6</sup> تجدر الإشارة إلى أن التصنيف الدولي الموحد للتعليم يوجد قيد المراجعة؛ وستؤخذ في الاعتبار الآثار المحتملة لهذه الصيغة المنقحة.

لاحظ أن عدة مواد في القائمة يمكن أن تنتج بصورة غير مشروعة (مثل الفنتانيل أو بعض الأمفيتامينات) أو مشتقة من موارد مشروعة. كلا<sup>7</sup> لمصدرين مشمولان لأغراض هذا البروتوكول.

- 21 إساءة استعمال الميثادون
- 31 إساءة استعمال البوبرينوفين
- 41 الفنتانيل غير المشروع/إساءة الاستعمال
- 15 أفيونيات أخرى (يرجى التحديد)

## 2. الكوكائين (مجموع)

- 12 مسحوق الكوكائين هيدروكلوريد الكوكائين
- 22 الكوكائين الكرسالي (الكراك)
- 32 أخرى (يرجى التحديد)

## 3. المنشطات من غير الكوكائين (مجموع)

- 13 الأمفيتامينات
- 23 الميثامفيتامينات
- 33 الميثيليندايوكسي ميثامفيتامين ومشتقاته
- 43 الكاثينونات التركيبية
- 53 منشطات أخرى (يرجى التحديد)

## 4. المنومات والمهدئات (مجموع)

- 14 إساءة استعمال الباربيتورات
- 24 إساءة استعمال البنزودايازينات
- 34 غاما بوتيرولاكتون / هيدروكسيبيبتوريك
- 44 منومات ومهدئات أخرى يساء استعمالها (يرجى التحديد)

## 5. المهلوسات (مجموع)

- 15 مركب دايثيلاميد حمض الليزيريك (LSD)
- 25 الكينامين
- 35 مهلوسات أخرى (يرجى التحديد)

## 6. المستنشقات المتطايرة

## 7. القنب الهندي (مجموع)

## 8. مواد أخرى (مجموع) (يرجى تحديد أي مواد)

## 99. غير معروفة

### الاعتبارات المنهجية

المخدر الأساسي هو المخدر الذي يسبب أكثر المشاكل للزبون، كما جرى تحديدها تبعاً لطلب الزبون و/أو للتقديرات المهنية. هذه الفقرة يجب ملؤها دائماً، بصرف النظر عما إذا كان الزبون معتبراً أن لديه مشكلة تعاطي مخدرات متعددة (وهذه ستكون معلومات إضافية).

هناك بعض الأنواع الجديدة من المخدرات مضمنة في البروتوكول. وهي مواد ظهرت في السنوات الأخيرة في سوق المخدرات، والتي بسببها أدخل عدد لا يستهان به من الأشخاص للعلاج من مشاكل متصلة باستعمالها. التصنيف لا يتبع تصنيفاً علمياً للمواد تبعاً لمبادئها الكيميائية أو لآثارها النفسانية (مثلاً، الكوكائين ومنشطات

أخرى جرى فصلها)، أو مسار تعاطيها أو لتصنيف علمي آخر. بل أن تصنيفاً واقعياً هو الذي تم اعتماده، من أجل مساعدة المهنيين المشتغلين في مراكز العلاج من المخدرات على تسجيل البيانات.

المواد المضمنة هي فقط تلك التي تخلق مشاكل للزبون بناءً على طلب الزبون أو تقدير المهني.

إن وضع المخدرات في مجموعات لا يقوم فقط على أساس معايير صيدلانية وإنما كذلك أخذاً بالاعتبار الخبرة الحالية لمهنيي المخدرات.

هناك أفيونيات أخرى تضم جميع الأفيونيات غير الداخلة ضمن الفئات السابق ذكرها (مثلاً الهيروين البولندي). كما أن إدخال الفنتانيل ضمن المخدرات الأساسية يشمل كلاً من المادة المنتجة في السوق غير المشروع والمنتج الدوائي المستعمل خارج الممارسة الطبية.

يجب أن يكون أي تعيين للمادة الأساسية داخلاً في التعليقات المنهجية.

المواد التالية مستبعدة من المخدر الأساسي:

- التبغ
- الكحول (داخل ضمن المخدرات الثانوية)
- المخدرات المستعملة لأغراض طبية بناءً على وصفة طبية.

ويتعلق الأمر بالثلاثين يوماً السابقة على الدخول في العلاج، باستثناء الزبائن الذين تم سحبهم من العلاج، أو كانوا خالين من المخدرات، أو كانوا محتجزين قبل تلقي العلاج. في هذه الحالات، تعتبر الفترة المرجعية هي 30 يوماً السابقة على الانسحاب من العلاج، أو الخلو من المخدرات أو الاحتجاز.

### 13. المسلك المعتاد لتعاطي المخدر الأساسي

1. الحقن
2. التدخين/الاستنشاق
3. الأكل/ الشرب
4. الشم
5. مسارات أخرى
99. غير معروفة

#### الاعتبارات المنهجية

يمثل حقن المخدرات الشكل الأول من السلوك الخطر لتعاطي المخدرات. وهو ذو أهمية خاصة علاقةً بالأمراض التعفننية (التهاب الكبد الفيروسي، فيروس نقص المناعة البشرية) وكذلك أمراض وإصابات أخرى؛ والتقليل من سلوك الحقن هو هدف العديد من برامج تقليل الأذى. " المسلك المعتاد للتعاطي " يعني مسلك تعاطي المخدر الأساسي.

التدخين/الاستنشاق يعني استعمال المادة عن طريق المسالك الرئوية (عبر الأنف أو القصبه الهوائية)؛ ويتعلق الأمر بالمادة التي تؤخذ في شكل بخار. الشم يعني المسلك الأنفي والمادة التي هي في شكل مسحوق.

ويتعلق الأمر بالثلاثين يوماً السابقة على الدخول في العلاج، باستثناء الزبائن الذين تم سحبهم من العلاج، أو كانوا خالين من المخدرات، أو كانوا محتجزين قبل تلقي العلاج. في هذه الحالات، تعتبر الفترة المرجعية هي 30 يوماً السابقة على الانسحاب من العلاج، أو الخلو من المخدرات أو الاحتجاز.

## 14. وتيرة استعمال المخدر الأساسي

1. يومياً
2. 4-6 أيام في الأسبوع
3. 2-3 أيام في الأسبوع
4. مرة واحدة في الأسبوع أو أقل
5. لم يستعمل في الثلاثين يوماً الأخيرة
99. غير معروفة

### الاعتبارات المنهجية

إن وتيرة استعمال المخدر الأساسي هي مؤشر على حدة تعاطي المخدر.

ويتعلق الأمر بالثلاثين يوماً السابقة على الدخول في العلاج، باستثناء الزبائن الذين تم سحبهم من العلاج، أو كانوا خاليين من المخدرات، أو كانوا محتجزين قبل تلقي العلاج. في هذه الحالات، تعتبر الفترة المرجعية هي 30 يوماً السابقة على الانسحاب من العلاج، أو الخلو من المخدرات أو الاحتجاز.

## 15. السن عند أول تعاطي للمخدر الأساسي

السن: /\_\_\_\_\_/  
99. غير معروف

### الاعتبارات المنهجية

غالباً ما يتزايد التأثير السلبي لتعاطي المخدرات مع الوقت. ويمكن حساب مدة تعاطي المخدرات على أساس السن لدى أول تعاطي والسن عند بدء العلاج. وبالمعنى الوبائي، يشكّل السن عند أول تعاطي مؤشراً على السن التي يكون فيها خطر تعاطي المخدر هو الأكبر. يمكن أن يساعد تتبع التوجه على الأمد الطويل في تطوير أنشطة وقائية.

## 16. المخدرات الثانوية<sup>8</sup>

. الأفيونيات (مجموع)

- 11 الهيروين
- 21 إساءة استعمال الميثادون
- 31 إساءة استعمال البوبرينوفين
- 41 الفنتانيل غير المشروع/إساءة الاستعمال
- 15 أفيونيات أخرى (يرجى التحديد)

## 2. الكوكائين (مجموع)

- 12 مسحوق الكوكائين هيدروكلوريد الكوكائين
- 22 الكوكائين الكرسالي (الكراك)
- 32 أخرى (يرجى التحديد)

<sup>8</sup> نفس المعايير المتعلقة بمنشأ المادة (إنتاج غير مشروع أو تحويل) التي للمخدر الأساسي.

### 3. المنشطات من غير الكوكائين (مجموع)

- 13 الأمفيتامينات
- 23 الميثامفيتامينات
- 33 الميثيليندايوكسي ميثامفيتامين ومشتقاته
- 43 الكاثينونات التركيبية
- 53 منشطات أخرى (يرجى التحديد)

### 4. المنومات والمهدئات (مجموع)

- 14 إساءة استعمال الباربيتورات
- 24 إساءة استعمال البنزودايازينات
- 34 غاما بوتيرولاكتون / هيدروكسيبيبتوريك
- 44 منومات ومهدئات أخرى يساء استعمالها (يرجى التحديد)

### 5. المهلوسات (مجموع)

- 15 مركب دايثيلاميد حمض الليزيريك (LSD)
- 25 الكيتامين
- 35 مهلوسات أخرى (يرجى التحديد)

### 6. المستنشقات المتطايرة

### 7. القنب الهندي (مجموع)

### 8. الكحول كمخدر ثانوي

### 9. مواد أخرى (مجموع) (يرجى تحديد أي مواد)

### 99. غير معروفة

### الإعترافات المنهجية

المواد الداخلة في هذه الفئة هي فقط تلك التي تسبب مشاكل للزبون، تبعاً لطلب الزبون وللتقديرات المهنية.

يمكن ذكر إلى غاية أربعة مخدرات. في استمارة ذكر المعلومات، يجب ذكر العدد الأقصى للمخدرات التي يوردها كل شخص.

لأغراض إبلاغ المركز الأوروبي للرصد (EMCDDA) يكون ترتيب تعبئة المعلومات عن المخدرات الثانوية وفقاً لأهميتها السريرية لمشكلة المخدر لدى الزبون. فقط في حالة استحالة ذلك، يكون ترتيب تعبئة المعلومات عن المخدرات الثانوية كالتالي (إذا كانت هناك معلومات تم جمعها): المواد الأولى المستعملة عن طريق الحقن، ثم بعد ذلك طبقاً لوتيرة الاستعمال. وإذا لم يكن أي مما ذكر أعلاه ممكناً، يكون الترتيب هو نفس ترتيب قائمة المواد.

يجب توضيح المعايير المضبوطة المستعملة في القسم المنهجي من استمارة التقرير.

الكحول مدرج كمخدر ثانوي.

يستثنى التبغ والمخدرات المستعملة لأغراض طبية بناءً على وصفة طبية.

هناك أفيونيات أخرى تضم جميع الأفيونيات غير الداخلة ضمن الفئات السابقة كالهيروين البولندي.

ويتعلق الأمر بالثلاثين يوماً السابقة على الدخول في العلاج، باستثناء الزبائن الذين تم سحبهم من العلاج، أو كانوا خالين من المخدرات، أو كانوا محتجزين قبل تلقي العلاج. في هذه الحالات، تعتبر الفترة المرجعية هي 30 يوماً السابقة على الانسحاب من العلاج، أو الخلو من المخدرات أو الاحتجاز.

#### 17. وجود مشكلة تعاطي مخدرات متعددة

1. نعم
2. لا
99. غير معروف

#### اعتبارات منهجية

تطرح مشكلة تعاطي مخدرات متعددة عندما يكون هناك نوعان أو أكثر من المخدرات داخلية في مشكلة المخدرات لدى الزبون في نفس الوقت ومن الصعوبة البالغة تقدير أي منها كان المخدر الأساسي الذي سبب التسجيل للعلاج. وهذا المفهوم سيستعمل في مقارنة ضيقة جداً كما في ICD-10 (انظر التعاريف).

يجب دائماً تعبئة هذا البند، حتى إذا كان مخدر واحد فقط هو المستعمل (أو إذا أمكن تعيين المخدر الأساسي بدقة معقولة من بين عدة مواد مستعملة) والزبون ليس متعاطياً لمخدرات متعددة (في هذه الحالة أجب لا على السؤال).

وعلى أي حال، حتى في حالة زبون يصعب تعيين المخدر الأساسي لديه، يجب دائماً اختيار مخدر أولي، تبعاً للمؤشرات المعطاة في الدليل التوجيهي وإجراءات التنفيذ الملموس المستعملة على المستوى الوطني إلى حد الآن (مثلاً: طلب الزبون، التقييم السريري، المقاييس المعيارية للخضوع للمخدر، وتيرة التعاطي، التراتبية المعتمدة بين المواد، الخ.).

ويتعلق الأمر بالثلاثين يوماً السابقة على الدخول في العلاج، باستثناء الزبائن الذين تم سحبهم من العلاج، أو كانوا خالين من المخدرات، أو كانوا محتجزين قبل تلقي العلاج. في هذه الحالات، تعتبر الفترة المرجعية هي 30 يوماً السابقة على الانسحاب من العلاج، أو الخلو من المخدرات أو الاحتجاز.

#### 18. العلاج الأفيوني البديل (OST)

1. لم يخضع أبداً لعلاج أفيوني بديل
2. سبق أن خضع لعلاج أفيوني بديل
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

يقصد به عادةً كـ "علاج بديل". ويعرّف العلاج البديل بأنه "إعطاء أفيونيات محرّضة مقدّرة بدقة؛ ويقوم بذلك مهنيون ذوو خبرة أو معتمدون، في إطار عيادة طبية معترف بها، لإنجاز أهداف علاجية معيّنة". وغالباً ما يعطى هذا العلاج مرفوقاً بدعم نفسي-اجتماعي. وسيساعد هذا المتغير على تحديد أفضل لمستوى إمكانية الاستفادة من العلاج البديل ويوفر معلومات عن عمر العلاجات الأفيونية البديلة لدى أولئك الذين يدخلون العلاج بسبب مشكلة تتعلق بتعاطيهم لمادة أخرى.

الزبائن الذين سبق علاجهم هم فقط من يجب شمولهم بهذا العلاج.

#### 19. السن عند أول تعاطي للعلاج الأفيوني البديل (بالسنوات)

1. السن: /\_\_\_\_\_/  
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

إن هذا المتغير، مرفوقاً ببيانات عن السن عند أول تعاطي للمخدر الأساسي سوف يسهم في توفير معلومات عن العلاجات الأفيونية البديلة لدى أولئك الذين يدخلون العلاج بسبب مشكلة تتعلق بتعاطيهم لمادة أخرى غير أفيونية. يجب تعبئة هذا البند فقط من قبل الأشخاص الذين كانوا تحت العلاج الأفيوني البديل قبل التسجيل في العلاج الحالي.

#### **20. سبق الحقن أو الحقن حالياً بأي مخدر**

1. لم يسبق الحقن أبداً
  2. سبق الحقن
    - 1.2 سبق الحقن، ولكن ليس في 12 شهراً الأخيرة
    - 2.2 سبق الحقن في 12 شهراً الأخيرة، ولكن ليس في 30 يوماً الأخيرة
    - 3.2 يحقن حالياً (في 30 يوماً الأخيرة)
  3. لا أريد الجواب
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

يخص هذا المتغير سلوك الحقن المتعلق بجميع المخدرات، وليس المخدر الأساسي فقط. ويعين هذا البند حقن أي مخدر؛ ويعطي دلالة جيدة عن السلوك الخطر. وهذا له أهمية خاصة فيما يتعلق بنقل الأمراض المعدية (التهاب الكبد الفيروسي، فيروس نقص المناعة البشرية)، وكذلك بأمراض وإصابات أخرى ومسائل تقليل الألم. يجب استبعاد الحقن لأغراض طبية (السكري، إلخ).

#### **21. السن عند أول حقن (بالسنوات)**

1. السن: /\_\_\_\_\_/  
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

يجب ملء هذا المتغير من قبل الأشخاص الذين سبق لهم الحقن. إذا لم يسبق لهم حقن أي مخدر، يترك خالياً.

#### **22. اختبار فيروس نقص المناعة البشري**

1. لم يسبق إجراء الاختبار
  2. سبق إجراء الاختبار
    - 1.2 أجري الاختبار، ولكن ليس في الـ 12 شهراً الأخيرة
    - 2.2 أجري الاختبار في الـ 12 شهراً الأخيرة
  3. لا أريد الجواب
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

يتعلق هذا البند باختبار الأنشطة ويمكن أن يكون معلومات مفيدة لمقابلتها بسلوكيات تعاطي المخدرات (الحقن، استعمال نفس الإبرة مع آخرين). ينصح بقوة التحقق من الاختبارات السابقة إلى أبعد تاريخ ممكن.

### 23. اختبار التهاب الكبد الفيروسي ج

1. لم يسبق إجراء الاختبار
2. سبق إجراء الاختبار
- 1.2 أجري الاختبار، ولكن ليس في الـ 12 شهراً الأخيرة
- 2.2 أجري الاختبار في الـ 12 شهراً الأخيرة
3. لا أريد الجواب
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

يتعلق هذا البند باختبار الأنشطة ويمكن أن يكون معلومات مفيدة لمقابلتها بسلوكيات تعاطي المخدرات (الحقن، استعمال نفس الإبرة مع آخرين).

### 24. التشارك في الإبرة والمحقنة مع آخرين

1. لم يسبق التشارك في الإبرة أو المحقنة
2. سبق التشارك في الإبرة أو المحقنة
- 1.2 سبق التشارك، ولكن ليس في الـ 12 شهراً الأخيرة
- 2.2 سبق التشارك في الـ 12 شهراً الأخيرة، ولكن ليس في الـ 30 يوماً الأخيرة
- 3.2 يتشارك حالياً (في الـ 30 يوماً الأخيرة)
3. لا أريد الجواب
99. غير معروف

#### الاعتبارات المنهجية

يُسأل عن هذه المعلومات فقط إذا كان الزبون قد سبق له الحقن. إذا لم يسبق للزبون الحقن، يترك هذا المتغير خالياً.

### 3. مسائل منهجية وأخلاقية

إلى جانب المبادئ العامة التي سلط عليها الضوء في القسم الأول من البروتوكول، من الضروري توضيح المسائل المنهجية المحددة المهمة لجمع البيانات وإعداد التقارير.

ولأجل وضع بيانات مؤشر طلب العلاج المرسل من كل بلد في سياقها الصحيح، من الضروري الوصول إلى المعلومات المنهجية. وهناك حيّز مخصص للمواصفات المنهجية المستعملة لجمع وتقرير البيانات في استمارة بيانات مركز الرصد الأوروبي. كما تم تخصيص حيّز للتعليقات؛ وسيكون من المهم بصورة خاصة استعمال ذلك الحيّز عندما تكون بيانات البلد مختلفة عن دليل توجيهات مركز الأوروبي أو لها خصائص لا يمكن فهمها من البيانات الكمية لوحدها.

#### 1.3 الفترة الزمنية المرجعية

تتعلق الفترة المرجعية للبروتوكول بأكمله بالوضع الحالي للزبون في الأيام الـ 30 الأخيرة (شهر واحد) قبل الدخول في العلاج. وهذه هي القاعدة العامة لجميع المتغيرات المضمنة في البروتوكول ما لم تكن مطبقة افتراضياً أو محددة بشكل مختلف. وإذا لم تكن مذكورة، فذلك يعني أنها غير مطبقة، ولكن ذلك يفهم في العادة من سياق كل

بند (مثلاً: سبق الحقن، السن عند أول علاج أفيوني بديل، إلخ). بالنسبة للجوانب المتصلة بالمخدرات وفي حالة الزبائن الذين جرى سحبهم من العلاج، أو الخالين من المخدرات أو في الحجز قبل تلقي العلاج، تعني الفترة المرجعية مدة الـ 30 يوماً السابقة على هذه الوقائع (أي الانسحاب، أو الخلو من المخدرات أو الحجز).

### 2.3 أنماط تعاطي المخدرات: المخدر المرجعي

تشير البيانات عن أنماط تعاطي المخدرات – السن عند أول تناول، مسلك تناول المخدر، وتيرة التعاطي- إلى المخدر الأساسي. تشير البنود الخاصة بسبق الحقن وبالسن عند أول حقن إلى أي مخدر. وهذا الإيضاح محدد في كل بند على أي حال.

### 3.3 التغطية

المعلومات عن تغطية البيانات مطلوبة لفهم سياق بيانات مؤشر الطلب على العلاج في كل بلد ومستوى تمثيليتها.

أولاً، يجب أن يشير تقدير مؤشر الطلب على العلاج إلى تلك المراكز المتوقع منها إرسال التقارير كجزء من منظومة إبلاغ مؤشر الطلب على العلاج. علاوة على ذلك، يجب إعطاء تقدير، وإن كان تقريبياً، عن المدى الذي تغطيه منظومة الإبلاغ من مجموع خدمات العلاج في البلد. وهذا سيكون متأثراً بمدى توفر وتنظيم المنظومة الوطنية للعلاج والنظام المرجعي، وكذلك بالتشريع الخاص بالمخدرات.

تبين نتائج تحليل بيانات مؤشر الطلب على العلاج أن هناك ملامح مشتركة وأيضاً اختلافات جوهرية بين البلدان، ربما بسبب الاختلافات الوطنية في مميزات مشكلة المخدرات، وفي أنظمة العلاج، وفي أنظمة إبلاغ المعلومات ونوعية بياناتها. ولا شك في أن بعض الاختلافات تعود إلى اختلافات تتعلق بأي نوع من تجهيزات العلاج و/أو أي مجموعات من الزبائن لغطيتها الأنظمة. وقد أبرز مشروع محدد للمركز الأوروبي للرصد، تم تنفيذه في سنة 2007-08 (Iversen 2009) حول تغطية البيانات، مسائل ينبغي أخذها بالاعتبار عند جمع البيانات حول الطلب على العلاج. وأظهرت دراسة أجريت في بعض البلدان الحاجة إلى معلومات أفضل عن توفر العلاج وقدرته من أجل فهم سياق بيانات مؤشر الطلب على العلاج. هذه المعلومات مضمن بعضها في المعلومات المنهجية وبعضها من خلال أدوات أخرى للمركز الأوروبي للرصد المنصبة على توفر العلاج وقدرته (الجدول القياسي 24 والاستبيان القياسي 27). وقد أكدت التوصيات النهائية للمشروع على الحاجة إلى:

- إدخال تقييم التغطية بتفصيل أكثر في نظام ضمان الجودة لمؤشر طلب العلاج (...);
- تشجيع البلدان على تطوير أنظمة لمراقبة منشآت العلاج وقدرات العلاج؛
- تشجيع البلدان على تصميم أنظمة مع رفع تقارير إلزامي من وكالات علاج مرضى المخدرات الداخليين والخارجيين (مراكز/وحدات)، تشمل على بيانات الاستيعاب إلى جانب البيانات الموجودة عن مؤشر طلب العلاج.

### 4.3 جودة البيانات

إن نوعية البيانات وثيقة الصلة باستعمال البيانات المتعلقة بالمخدرات، خصوصاً في مجموعة بيانات أوروبية، حيث يجب أن تكون المعلومات قابلة قدر الإمكان للمقارنة عبر البلدان ومنسجمة في الوقت. وعلى أي حال، تبقى مراقبة جودة البيانات عملاً معقداً، لا سيما عندما تدخل فيها بيانات من بلدان مختلفة مبلّغة بشكل إجمالي متنوع.

يتم روتينياً اعتماد بيانات طلب العلاج التي تبلغها البلدان إلى المركز الأوروبي للرصد. وتتم الإجراءات الأساسية للاعتماد بانتظام على اكتمال البيانات واتساقها وتوقيتها، والمشاكل في الأعداد والأرقام التي تختلف كثيراً عن الصورة العامة في الاتحاد الأوروبي. المعلومات المنهجية هي الأخرى يتم التحقق منها بصورة منتظمة للحصول على معرفة معمقة عن نظام المعلومات والتطبيق الفعلي للتوجيهات المنهجية في البيانات المبلّغة.

إلى جانب المراقبة الروتينية لجودة البيانات التي تجرى كل سنة، تم في سنة 2008 وضع نظام محدد لتقييم جودة البيانات لجميع المؤشرات. وقد تم تطبيق هذا النظام على بيانات مؤشر طلب العلاج ويشتمل على تقييم للجوانب ذات الصلة بمجالين من مجالات إبلاغ البيانات: عملية الإبلاغ وجودة البيانات. وقد تم تقييم جودة البيانات بالتشاور مع خبراء NFP ومؤشر طلب العلاج.

وفيما يتعلق بالعملية، انصبّ التقييم على الجوانب التالية: تنظيم نظام الإبلاغ، الموارد المالية والبشرية المرصودة لجمع البيانات، الأساس القانوني لجمع البيانات، تقييم جودة البيانات، التقدم الجاري والعقبات التي تواجه تطبيق مؤشر الطلب على العلاج. في مجال جودة البيانات، ركز التقييم على توفر البيانات على المستوى الوطني وإبلاغ البيانات على المستوى الأوروبي، الانسجام مع المبادئ التوجيهية للمركز الأوروبي للرصد، الجداول الزمنية، تغطية البيانات وتماسك البيانات.

أظهرت نتائج ذلك التقييم أن أغلب البلدان قد حققت تقدماً جوهرياً في تطبيق المبادئ التوجيهية لمؤشر الطلب على العلاج، وأن مستوى قابلية البيانات للمقارنة قد تحسّن جوهرياً؛ ومع ذلك، لا تزال بعض الجوانب تحتاج إلى تحسّن، مثل تغطية البيانات والانسجام مع المقاييس الأوروبية. فضلاً عن ذلك، قد يكون تطبيق جودة البيانات في البلدان محدوداً بندرة توفر الموارد المالية والبشرية.

### 5.3 التسجيل المزدوج

في هذا السياق، يشير "التسجيل المزدوج" إلى أن الزبون قد يكون قد تم تسجيله أكثر من مرة في قاعدة بيانات للعلاج-المراقبة في سنة معينة. وهذا قد يكون راجعاً إلى عدة أسباب، بما فيها انعدام التواصل بين مراكز العلاج، وغياب نظام وحيد يمكن من التدقيق المتقابل وغير ذلك. ويؤدي التسجيل المزدوج إلى جعل العدد الكلي للأشخاص المعالجين مبالغاً في تقديره.

واستناداً إلى المبدأ التوجيهي بأن ما يجب حسابه هم الأفراد وليس الفترات، يجب تجنّب التسجيل المزدوج كلما أمكن ذلك وعلى جميع المستويات، من مركز العلاج، إلى المستوى المحلي أو الوطني أو الدولي. وبطبيعة الحال، ستطبق هذه القاعدة أخذاً بالاعتبار مستوى قابلية التنفيذ والقيود على المستوى الوطني، والإقليمي والمحلي (الأدوات التقنية والمنهجية، الموارد المالية والبشرية، الإطار القانوني، بما في ذلك العقبات القانونية بسبب قواعد حماية البيانات).

عدة تقنيات تم تطبيقها في البلدان (Origer, 1996)، تمتد من أكثرها شيوعاً مثل مراقبة التسجيل المزدوج في سجلّ من خلال معيار تعريفي معين للأفراد (عادةً ما يكون مستنداً إلى لوغاريثم يستعمل الاسم وتاريخ الولادة)، إلى بعض التقنيات الأكثر تعقيداً مثل استعمال بصمات الأصابع (كما في هولندا).

في وضعية مثالية، يقتضي أقصى مستوى لمراقبة التسجيل المزدوج أن يكون للبلدان سجلّ مركزي يكون جميع الأفراد مسجلين فيه، مع شكل وحيد من أشكال المعايير التعريفية لتفادي الازدواجية. ويجب أن يلبي هذا السجل جميع المتطلبات لضمان حماية البيانات. وهناك اختيار جيّد ثان هو وجود قاعدة بيانات إقليمية يمكنها مراقبة التسجيل المزدوج إلى درجة معينة. وإذا لم يكن السجل المركزي أو الإقليمي موجوداً أو من غير الممكن تطبيقه لعدة أسباب، من بينها أسباب قانونية أو إدارية أو مالية، يجب على المنظمة العلاجية أن تحاول تطبيق منهجيات للقيام بتدقيق البيانات عن العلاجات السابقة (مثلاً، بطريقة الكترونياً و/أو سؤال الزبون عما إذا سبق له أن كان في العلاج و/أو سؤال مراكز العلاج الأخرى التي قد تكون لها اتصالات سابقة مع الزبون).

وتبعاً للوضعية المحيئة سنة 2008، وجد أن توافي التسجيل المزدوج كان شائعاً بين بلدان الاتحاد الأوروبي، مع بلدين فقط لم يكن لديها مراقبة أو لديها مراقبة محدودة على التسجيل المزدوج. ومن بين 26 بلداً توجد فيها هذه المراقبة، تسعة منها تعمل هذه المراقبة على المستوى الإقليمي أو مستوى مركز العلاج، و17 على المستوى الوطني.

### 6.3 المسائل الأخلاقية وحماية البيانات

عندما يبدأ علاج مشاكل المخدرات، يجري أخذ الملاحظات عن استعمال المخدرات ونقاط قوة الزبون ونقاط ضعفه. ومن المعتاد أن يتم تخطيط مراحل العلاج على أساس تشخيص رسمي أو نظرة عامة للمشاكل التي تتطلب اهتمام يقوم به أحد المهنيين أو فريق من المهنيين. وتجري باستمرار مراقبة الأهداف خلال العلاج ويتم تقييم النتائج في النهاية. وتجمع المعلومات في المقام الأول لغرض تحسين العناية بالزبائن.

إلى جانب الأغراض السريرية، يمتد مجال جمع وإيصال البيانات إلى الحصول على المعلومات الأساسية عن الوضع الوبائي من أجل دعم التدخلات الصحية المستندة إلى حجج ودعم طرق فاعلة وفعالة لمعالجة مشاكل المخدرات.

يجب أن تؤخذ بالاعتبار القواعد الوطنية والدولية الخاصة بالسرية وحماية البيانات، من جميع المستويات (السريري، والوطني، والدولي، الخ.) وكذلك حقوق الزبائن والموظفين ومراكز العلاج. وهذه على وجه الخصوص هي الحالة في إطار علاجات محددة، مثل العلاج داخل السجن، حيث يجب إيلاء اهتمام كبير للمسائل الأخلاقية (حماية البيانات، الخصوصية، حقوق الإنسان)، عندما يتم جمع البيانات وإبلاغها.

يجب أن تتطابق هذه المبادئ التوجيهية مع القوانين التي تحكم حماية البيانات والخصوصية والبحث في بلدان مختلفة. ويجب أن يكون الوصول إلى البيانات مقتصرًا على المهنيين فقط. كما يجب أن تتم مناقشة استعمال البيانات والإجراءات التي تحكم نشر النتائج والاتفاق عليها من قبل المعنيين (مقدمو الخدمات، المديرون، واضعو السياسات، الباحثون، الخ.).

لا يرغب المركز الأوروبي للرصد (مع بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج 3.0، كما كانت الحالة مع بروتوكول مؤشر الطاب على العلاج 2.0) في إقامة قاعدة بيانات مركزية للأفراد الداخلين في العلاج من المخدرات أو الذين هم تحت العلاج على المستوى الأوروبي. جميع البيانات يتم جمعها وتبويبها الاحتفاظ بها من قبل البلدان، مع التمسك الصارم بالمقاييس الأخلاقية، والبيانات المجمعة هي وحدها التي يتم تعميمها وتحليلها لأغراض المقارنة على المستوى الأوروبي. وعلى كل حال، يمكن أن يحتاج المركز الأوروبي للرصد إلى مجموعات البيانات الفردية، كما في ميادين أخرى من ميادين البحث، لدراسات محددة، ولكن فقط باتفاق مع البلدان.

4. تعريف الحالات: وصف بياني

حالات يتعين تضمينها واستبعادها من إبلاغ البيانات إلى المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها وليس من الضروري جمع البيانات على المستوى الوطني والمحلي

يتعين تضمينها →=====←  
يتعين استبعادها ←=====→

الزبون	فترة/نشاط العلاج	مركز العلاج	السنة السابقة	السنة الحالية	السنة المقبلة	الاعتبارات	للإبلاغ إلى المركز الأوروبي
A	A1	1	→=====	=====	←=====	الزبون A هو في علاج مستمر، بدأ في السنة السابقة، مستمر في السنة الحالية وسيستمر في السنة المقبلة. لا توجد علاجات إضافية. ليس هناك إبلاغ بالعلاج في السنة الجارية.	
B	B1	1	→=====	=====	←=====	الزبون A هو في علاج مستمر، بدأ في السنة السابقة، مستمر في السنة الحالية وسيستمر في السنة المقبلة. لا توجد علاجات إضافية. يحدث علاج ثان أثناء السنة الجارية في نفس المركز. ليس هناك إبلاغ بالعلاج في السنة الجارية. (ملاحظة: غالباً ما يكون B2 نشاطاً علاجياً - مثلاً، دعم نفسي- مكماً للعلاج B1- أي علاج أفيوني بديل طويل الأمد- مجرى بطريقة مخططة لنفس مشكلة المخدرات التي أدت إلى التسجيل في العلاج)	
B	B2	1		←=====→			
C	C1	1	→=====	=====	←=====	الزبون C هو في علاج مستمر، بدأ في السنة السابقة، مستمر في السنة الحالية وسيستمر في السنة المقبلة. تحدث ثلاثة علاجات أخرى أثناء السنة الجارية، في نفس مراكز العلاج وفي مركزين مختلفين للعلاج. ليس هناك إبلاغ بالعلاج في السنة الجارية.	
C	C2	1		←=====→			
C	C3	2		←=====→			
C	C4	3		←=====→			

	الزبون D هو تحت العلاج منذ السنة السابقة، ليس لديه علاج يبدأ خلال السنة الجارية، لديه علاج يبدأ في السنة المقبلة، في نفس مركز العلاج أو في مركز مختلف. ليس هناك إبلاغ بالعلاج في السنة الجارية.	←.....→	1	D1	D
		←.....→	أي مركز	D2	D
X	الزبون E يدخل العلاج للمرة الأولى أثناء السنة الجارية. يتم الإبلاغ عن العلاج للسنة الجارية بأنه علاج للمرة الأولى.	→=====←	1	E1	E
X	الزبون F يدخل العلاج للمرة الأولى أثناء السنة الجارية. يستمر العلاج في السنة المقبلة. يسجل العلاج في السنة الجارية كعلاج للمرة الأولى.	→=====←	1	F1	F
X	الزبون G يدخل العلاج للمرة الأولى أثناء السنة الجارية. لديه علاجات لاحقة أثناء السنة الجارية، في نفس مركز العلاج أو في مراكز مختلفة. فقط G1، العلاج الأول في السنة الجارية، هو الذي يتم الإبلاغ عنه كأول علاج لم يسبقه علاج.	→=====←	2	G1	G
		←.....→	2	G2	G
		←.....→	3	G3	G
	الزبون H لديه علاج في السنة السابقة انتهى بانتهاج العلاج. علاج جديد يبدأ أثناء السنة الجارية في نفس مركز العلاج أو في مركز مختلف، ويمتد إلى السنة المقبلة. يتم الإبلاغ عن العلاج في السنة الجارية بأنه سبقت معالجته.	←.....→	1	H1	H
X		→=====←	أي مركز	H2	H
	الزبون I لديه علاج في السنة السابقة انتهى بانتهاج العلاج. علاج جديد يبدأ أثناء السنة الجارية في نفس مركز العلاج. علاج ثان يبدأ في السنة الجارية في مركز علاج مختلف. يتم الإبلاغ عن العلاج I2 على أساس أنه أول علاج أثناء السنة. يتم الإبلاغ عن العلاج I2 بأنه سبقت معالجته.	←.....→	2	I1	I
X		→=====←	2	I2	I
		←.....→	3	I3	I

X	دخل الزبون J العلاج في السنة السابقة واستمر ذلك العلاج إلى السنة الجارية. تم لاحقاً تسجيل علاج إضافي أثناء السنة الجارية في نفس مركز العلاج. تم منحه نهاية رسمية للعلاج اعتبرت العلاج الأول المسجل أثناء السنة الجارية بأنه سبقت معالجته.	←.....→	1	J1	J
		→=====←	1	J2	J
X	دخل الزبون K العلاج في السنة السابقة واستمر ذلك العلاج إلى السنة الجارية. تم لاحقاً تسجيل علاج إضافي أثناء السنة الجارية في نفس مركز العلاج. تم منحه 6 أشهر بدون اتصال بين العلاج الأول والعلاج الثاني، تم الإبلاغ عن العلاج المسجل خلال السنة الجارية بأنه سبقت معالجته.	←.....→	1	K1	K
		→=====←	1	K2	K
X	دخل الزبون L العلاج في السنة السابقة واستمر ذلك العلاج إلى السنة الجارية. تم لاحقاً تسجيل علاج إضافي أثناء السنة الجارية في مركز علاج مختلف. تم منحه نهاية رسمية للعلاج اعتبرت العلاج الأول المسجل أثناء السنة الجارية بأنه سبقت معالجته.	←.....→	1	L1	L
		→=====←	2	L2	L
X	دخل الزبون M العلاج في السنة السابقة واستمر ذلك العلاج إلى السنة الجارية. تم لاحقاً تسجيل علاج إضافي أثناء السنة الجارية في نفس مركز العلاج. تم منحه 6 أشهر بدون اتصال بين العلاج الأول والعلاج الثاني، تم الإبلاغ عن العلاج المسجل خلال السنة الجارية بأنه سبقت معالجته.	←.....→	1	M1	M
		→=====←	2	M2	M

ملاحظة: يمكن اعتبار الحالات J و K و L و M متغيرات للوضعيات المشابهة، لإيضاح أفضل. فهي تمثل زبائن كانوا تحت العلاج في بداية السنة، ثم انتهت فترة العلاج وابتدأت

فترة علاج جديدة (ينبغي إبلاغها) لاحقاً في السنة. تمثل الحالات تركيبية من إمكانيتين: عندما تكون فترة العلاج قد انتهت رسمياً وعندما تكون انسحاباً (في هذه الحالة يجب أن يكون للزبون 6 أشهر بدون اتصال مع مركز للعلاج، وعندما تجري فترة العلاج التالية في نفس المركز وعندما تجري في مركز آخر).



## 5. مراجع

CORDROGUE 67 Council of the European Union (2001), 'Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators on drugs, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction'.

Donmall, M. (2008), 'Personnal communication'.

Donmall, M. (2012), 'Treatment Demand Data'.

EMCDDA (2010), '2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

EMCDDA Management Board (2001), 'EMCDDA recommendation on the 5 harmonised key indicators', pp. 1-13.

European Addiction Research (1999), *European Addiction Research* 5(4).

European Union (2003), 'Council Recommendation of the 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence'.

Hartnoll, R. (1994), *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*.

http: and [www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi) (2011), 'Treatment demand indicator (TDI)', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).

Iversen, E. (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator* (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>).

Manchester University, D. N. (2010), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System*

(*NDTMS*) 1 April 2009 – 31 March 2010 (available at:

<http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>).

Origer, A. (1996), *EMCDDA Epidemiology Work Programme 1996. Procedures to Avoid Double Counting in Drug Treatment Reporting Systems*, Luxembourg.

SAMHSA (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights - 2007* (available at: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>).

Simon, R. and Pfeiffer, T. (1999), *Field Trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final Report on behalf of the EMCDDA*, Munich.

Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Lockett, C. and Stauffacher, M. (2000), 'The Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 2.0', pp. 2-36 Lisbon, (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).

Stauffacher, M. and Kokkevi, A. (1999), '*The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field*', *European Addiction Research* 5(4), pp. 191-6.

UNODC (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand*, Toolkit Module 8 New York .

## 6. ملاحق

## 1.6 جدول مختصر للمقارنة: بين فقرات النسخة 2.0 والنسخة 3.0 من مؤشر طلب العلاج

الفقرات القديمة	الفقرات الجديدة
نوع مركز العلاج	إبلاغ البيانات لم يعد يركّز على نوع مركز العلاج
بيانات العلاج في الشهر	تم حذفها على مستوى المركز الأوربي للمخدرات والإدمان
بيانات العلاج في السنة	نفس الشيء
سبق الخضوع للعلاج	لأكثر من دورة علاج واحدة، يجب تسجيل فترة العلاج الأولى
مصدر الإرسال	تعديلات طفيفة في الفئات والترتيب
النوع الجنساني	نفس الشيء (تغيرت الكلمة)
السن	نفس الشيء (تغيرت الكلمة)
سنة الولادة	تم حذفها على مستوى المركز الأوربي للمخدرات والإدمان
وضعية العيش (مع من)	توضيح للفئات لتجنب التداخل
وضعية العيش (أين)	توضيح وتعديل طفيف في إحدى الفئات
الجنسية	تم حذفها على مستوى المركز الأوربي للمخدرات والإدمان
وضعية العمل	الانسجام مع تصنيف اوروستات
أعلى مستوى للتعليم التعليمي	نفس الشيء، مع استثناء أكثر تفصيلاً بالمعيار الدولي لتصنيف التعليم
المخدر الأساسي	نفس الشيء، مع إضافة بعض المواد المتعلقة بمتعاطي المخدرات في الوضع الحالي.
يتلقى حالياً علاجاً بديلاً	مشابه، ولكنه مبسط
المسلك المعتاد للتناول	نفس الشيء
وتيرة التعاطي (المخدر الأساسي)	توضيح بعض الفئات
السن عند أول تعاطي للمخدر الأساسي	نفس الشيء
سبق الحقن/حالياً (الـ 30 يوماً الأخيرة)	مواصفات بعض الفئات
مخدرات أخرى (= ثانوية) مستعملة حالياً	نفس الشيء، مع إضافة بعض المواد المتعلقة بمتعاطي المخدرات في الوضع الحالي.
...	وضعية العيش: لديهم أطفال
...	السن عند أول حقن
...	تعاطي مخدرات متعددة
...	السن عند أول علاج أفيوني بديل
...	اختبار فيروس نقص المناعة البشري
...	اختبار التهاب الكبد الفيروسي ج
...	التشارك بالإبرة/المحقنة

نشرت لأول مرة باللغة الإنجليزية باسم " مؤشر الطلب على العلاج (TDI) البروتوكول الموحد 3.0" من قبل المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها.  
© المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان عليها، 2012.  
الترجمة إلى اللغة العربية أدلى بها "مترجمون من المغرب" وتم التحقق منها من قبل الأمانة العامة للصحة النفسية والعلاج من تعاطي المخدرات - وزارة الصحة في مصر  
بالتعاون مع مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا.