



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

NACRT

Indikator potrebe za liječenjem (TDI)

Standardni protokol 3.0

2011

Zasluge

EMCDDA

Linda Montanari, Bruno Guarita, André Noor, Lucas Wiessing, Filomena Gomes, Dagmar Hedrich, Alessandro Pirona, Roland Simon, Julian Vicente.

Vanjski konsultanti

Michael Donmall, Ujedinjeno Kraljevstvo
David Best, Ujedinjeno Kraljevstvo
Colin Taylor, Ujedinjeno Kraljevstvo

TDI stručnjaci koji su doprinijeli izradi ovog protokola kroz učestvovanje u radnim grupama 2008., 2009. i 2010. godine u vezi sa revizijom TDI protokola

Elena Alvarez, Španija
Sharon Arpa, Malta
Martin Busch, Austrija
Erik Iversen, Norveška
Johann Kerschbaum, Austrija
Suzi Lyons, Irska
Etienne Maffli, Švicarska
Viktor Mravcik, Češka
Republic Lubomir Okrulica, Slovačka
Anton W. Ouwehand, Nizozemska
Christophe Palle, Francuska,
Tim Pfeiffer, Njemačka
Janusz Sieroslawski, Poljska,
Marcis Trapencieris, Latvija
Momtchil Vassilev, Bugarska

Državni stručnjaci za TDI (sa stručnog sastanka TDI-a iz 2010.godine)

(provjeriti od strane državnih stručnjaka i državnih sjedišta i potvrditi da li bi stručnjaci koji su učestvovali na stručnim sastancima 2008. i 2009. godine trebali također biti uključeni)

Johan Van Bussel, Belgija
Momtchil Vassilev, Bugarska
Vlastimil Necas, Češka Republika
Bela Studnickova, Češka Republika
Claudia Ranneries, Danska
Tim Pfeiffer, Njemačka
Ingo Kipke, Njemačka
Elena Alvarez, Španija
Kaire Vals, Estonija
Delphine Bellerose, Irska
Anastasios Fotiou, Grčka
Christophe Palle, Francuska
Tanja Bastianic, Francuska
Bruno Genetti, Italija
Ioanna Yasemi, Kipar
Marcis Trapencieris, Latvija
Ernestas Jasaitis, Litvanija
Sofia Lopes Costa, Luksemburg
Anna Peterfi, Mađarska
Tamás Koós, Mađarska
Roberta Gellel, Malta
Christine Marchand-Agius, Malta
Martin Busch, Austrija
Anton W. Ouwehand, Nizozemska
Wil Kuijpers, Nizozemska
Janusz Sieroslawski, Poljska
Marta Struzik, Poljska
José Padua, Portugal
Aurora Lefter, Rumunija
Ana Maria Teodorescu, Rumunija

Lubomir Okrulica, Slovačka
Romana Stokelj, Slovenija
Tuulma Väänänen, Finska
Roger Holmberg, Švedska
Bert Green, Švedska
Michael Donmall, Ujedinjeno Kraljevstvo
Grethe Lauritzen, Norveška
Dragica Katalinic, Hrvatska
Mehmet Akgun, Turska

Skraćenice

ASI	Indeks ozbiljnost ovisnosti
CICAD	Interamerička komisija za suzbijanje zloupotrebe droge
DRD	Smrti povezane sa drogom
DRID	Zarazne bolesti povezane sa drogom
DSM-IV	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, četvrto izdanje
EMCDDA	Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama
GBL	Gama-butirolakton
GHB	Gamahidroksibutirična kiselina
HCl	Hidroklorid
HCV	Virus Hepatitis C
HIV	Virus humane imunodeficijencije
ICD-10	Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija
IDU	Intravenozni korisnik droge
ISCED	Međunarodna standardna klasifikacija obrazovanja
MDMA	Metilendioksimetamfetamin
NFP	Nacionalno sjedište za droge i ovisnost, institucije i državne službe koje čine Reitox mrežu
OST	Zamjensko liječenje opioidima
PDU	Problematični korisnik droge
PG	Pompidou Grupa Vijeća Evrope
Reitox	<i>Réseau Européen d'Information sur les drogues et les Toxicomanies</i> (Evropska informaciona mreža za droge i ovisnost o drogama)
SAMHSA	Administrativna služba za zloupotrebu supstanci i mentalno zdravlje
TDI	Indikator potrebe za liječenjem
UNODC	Ured Ujedinjenih naroda za droge i kriminal
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

PREDGOVOR	3
1. UVOD	4
1.1 HISTORIJA	4
1.2 CILJ, SVRHA I METODOLOŠKE IMPLIKACIJE	4
Zašto TDI: šta je njegov cilj?	4
Čemu služi prikupljanje informacija: šta je njegova svrha?	5
Kako se postiže svrha TDI-a	5
S kojim dodatnim izazovima se TDI suočio zadnjih godina?	6
1.3 IMPLEMENTACIJA TDI-a	6
1.4 OPĆI PRINCIPI TDI PROTOKOLA 3.0	7
(a) Monitoring naspram istraživanja /ad-hoc studija	7
(b) Hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija relevantnih za evropsku politiku	7
(c) Izveštavanje o podacima naspram prikupljanja podataka	8
.....	8 (d)
Pojedinci naspram epizode liječenja	8 (e)
Učestalost liječenja naspram rasprostranjenosti liječenja	9 (f)
Izmjene u definiciji i implikacijama prošlih podataka	9
2.	
SMJERNICE	10
2.1 DEFINICIJE	10
2.1.1 Definicija slučaja	10
2.1.2 Liječenje od droge	11
2.1.3 Početak liječenja	11
2.1.4 Kraj liječenja	12
2.1.5 Epizoda liječenja	13
2.1.6 Centar/program liječenja	13
2.1.7 Primarna droga	15
2.1.8 Sekundarna droga	16
2.1.9 Problem upotrebe više vrsta droge	16
2.1.10 Shvatanje HIV ili HCV testiranja	17
2.1.11 Dijeljenje igle/šprice	17
2.1.12 Zamjensko liječenje opioidima (OST)	18
2.2 POPIS STAVKI	19
3. METODOLOŠKA I ETIČKA PITANJA	31
3.1 VREMENSKI PERIOD POSMATRANJA	31
3.2 OBRASCI UPOTREBE DROGE: REFERENTNA DROGA	31
3.3 POKRIVENOST	31
3.4 KVALITET PODATAKA	32
3.5 DUPLO BROJANJE	32
3.6 ETIČKA PITANJA I ZAŠTITA PODATAKA	33
4. DEFINICIJA SLUČAJA: GRAFIČKI OPIS	34
5. REFERENCE	44
6. OBRAZAC IZVJEŠTAVANJA PODATAKA	45
7. ANEKSI	52
7.1 TABELA SAŽETKA USPOREDBE: STARE I NOVE STAVKE	52
7.2 MODUL O RASPROSTRANJENOSTI LIJEČENJA	53
7.2.1 Posebne definicije za modul rasprostranjenosti liječenja	54
7.2.2 Popis stavki	54
7.2.3 Metodologija za prikupljanje podataka	55

Predgovor

Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) je osnovan 1993.godine da bi Evropskoj Uniji i njenim državama članicama pružio činjenične, objektivne, pouzdane i usporedive informacije na evropskoj razini u pogledu droga i ovisnosti o drogama, te njihovim posljedicama (Evropska Unija, 2003.godine).

Među glavnim instrumentima EMCDDA-a postoji pet ključnih epidemioloških indikatora, koji pružaju informacije o epidemiologiji upotrebe droge i njenim posljedicama u Evropi. Indikatori obuhvataju upotrebu droge među općim stanovništvom i među učenicima, razinu problematične upotrebe droge, zdravstvene posljedice upotrebe droge, uključujući zarazne bolesti i smrti povezane sa drogom, te potrebu za liječenjem od droge.

Indikator potrebe za liječenjem (TDI) je uspostavljen 2000.godine, na osnovu rada grupe za suradnju u borbi protiv upotrebe droge i nezakonite trgovine Vijeća Evrope (Pomidou Grupa), sa svrhom prikupljanja usporedivih i pouzdanih informacija o broju i karakteristikama korisnika droge predstavljenih za liječenje u zemljama članicama EU. TDI pruža mjeru potrebe za liječenjem i indikator je trendova u problemu korištenja droge, te identificira obrasce u upotrebi i shvatanju lječilišta.

Ova publikacija predstavlja revidiranu verziju TDI protokola 2.0. Nakon 10 godina prikupljanja podataka na evropskoj razini, postalo je neophodno izmijeniti TDI protokol 2.0 na razne načine, da bi se bolje oslikale promjene koje su se desile tijekom ovog vremena, ne samo u situaciji upotrebe droge nego također i u sistemu liječenja, te državnim i međunarodnim informacionim sistemima.

Protokol je sastavljen od sedam dijelova:

1. Uvod (historija, ciljevi, implementacija, opći principi)
2. Smjernice (definicije i stavke)
3. Metodološka pitanja (opće primjedbe, kvalitet podataka, pokrivenost, duplo brojanje, etička pitanja)
4. Definicija slučaja: grafički opis
5. Bibliografske reference
6. Fonte predložak
7. Prilozi:
 - 7.1 Tabela sažetka usporedbe između starih i novih stavki
 - 7.2 Modul o 'Rasprostranjenosti liječenja'

Wolfgang Götz
EMCDDA Direktor

1. Uvod

1.1 Historija

Historija indikatora potrebe za liječenjem (TDI) seže gotovo 20 godina unazad, kada je definiran prvi oblik usklađenog prikupljanja podataka. Cilj protokola je bio da stručnjacima i istraživačima pruži zajedničku evropsku metodologiju za prikupljanje i izvještavanje o osnovnim podacima profila korisnika droge koji je u dodiru sa uslugama liječenja.

Skup osnovnih podataka se zasnivao na državnim iskustvima prikupljanja podataka u sistemu liječenja od droge, koji je često postojao prije uspostavljanja TDI-a. U zemljama gdje državni sistem prikupljanja podataka ne postoji, TDI je često usvajan kao minimalna skupina podataka za prošireniji državni sistem praćenja korisnika droge u liječenju (Evropsko istraživanje o ovisnosti, 1999).

Prvi akter koji je definirao zajednički protokol za prikupljanje podataka o ljudima koji se podvrgavaju liječenju od droge je bila Pompidou Grupa (PG), koja je koordinirala studije na razini grada (u Dublinu i Londonu 1991.godine) i razvojni projekat u 11 gradova, te stvaranje evropske grupe stručnjaka koja su se nekoliko puta sastali da razmotre i dogovore metodološke smjernice. PG protokol je objavljen 1994.godine (Hartnoll, 1994; Stauffacher i Kokkevi, 1999) i implementiran je prvo na razini grada, a zatim na državnoj razini u zapadno evropskim zemljama. U drugoj fazi je implementiran u centralnim i istočnim evropskim zemljama.

Evropski centar za praćenje droga i ovisnost o drogama (EMCDDA) je osnovan 1994.godine i preuzeo je odgovornost za prikupljanje podataka o potrebi za liječenjem u Evropi.

Indikator potrebe za liječenjem 2.0 EMCDDA/Pompidou Grupe (Simon et al., 2000) je objavljen na osnovu revizije prvog protokola Pompidou Grupe. Prethodila mu je procjena izvodljivosti u pogledu metodologije i prikupljanja podataka (Origer, 1996) i procjena državnih iskustava u izvještavanju o podacima korištenjem TDI-a. (Simon i Pfeiffer, 1999).

Od 2000.godine EMCDDA implementira izvještavanje o podacima iz država članica EU i prihvatio je formalne ugovore sa zemljama članicama da potakne i olakša prikupljanje podataka i izvještavanje od državne do evropske razine.

Pet ključnih epidemioloških indikatora EMCDDA-a, uključujući TDI, su formalno usvojeni od strane Uprave EMCDDA-a (EMCDDA Uprava, 2001) i od strane Vijeća Evropske Unije 2001.godine (CORDROGUE 67 Vijeće Evropske Unije, 2001). U tim formalnim dokumentima, 'zemlje članice EU (...) se potiču da osiguraju dostupnost informacija o pet ključnih epidemioloških indikatora i da identificiraju i riješe moguće probleme u proizvodnji i u širenju ove informacije; Vijeće poziva zemlje članice da daju prioritete proizvodnji i širenju informacija o pet ključnih epidemioloških indikatora u usporednom obliku; (...) da pruže EMCDDA-u informacije o pet ključnih epidemioloških indikatora prema EMCDDA smjernicama (...); konačno – Vijeće poziva zemlje članice i komisije, u uskoj suradnji sa EMCDDA-om, da ispituju svoje najbolje načine i sredstva, posebno financijske prirode, da podrže implementaciju pet epidemioloških indikatora (...)'.
(...)'.

Od 2001.godine, prikupljanje podataka i izvještavanje su implementirani i poboljšani u većini zemalja članica EU, a TDI podaci se danas rutinski koriste u analizama EMCDDA-a o stanju droge u Evropi ([http: i www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi), 2011).

1.2 Cilj, svrha i metodološke implikacije

Zašto TDI: šta je njegov cilj?

Cilj indikatora potrebe za liječenjem je prikupiti informacije na usklađen i usporediv način diljem svim država članica o broju i profilu ljudi koji se podvrgavaju liječenju od droge (korisnici) tijekom svake kalendarske godine.

Iako je ime indikatora 'indikator potrebe za liječenjem', indikator prikuplja informacije o ljudima koji počinju liječenje. Ovo ime će biti zadržano, jer je TDI široko prepoznat kao instrument za prikupljanje i izvještavanje o podacima o ljudima koji počinju liječenje zbog upotrebe droge u i izvan Evrope, kao *indirektni indikator* neprimijećene razine ljudi koji potencijalno imaju potrebu da zahtijevaju liječenje od droge.

TDI protokol propisuje koji bi korisnici trebali biti prijavljeni na evropskoj razini i minimalni zajednički skup stavki koje bi svaki državni sistem praćenja trebao moći zabilježiti i izvijestiti EMCDDA za svakog korisnika.

Svaki državni sistem za praćenje liječenja od droge može obuhvatati više stavki od onih definiranih u EMCDDA TDI protokolu, u skladu sa državnim i lokalnim potrebama za informacijama. Također kategorije o stavkama prikupljenim na državnoj razini mogu biti drugačije od onih koje su tražene u TDI protokolu, sve dok je moguće provesti pouzdano pretvaranje u TDI kategorije (vidi ispod 'hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija o važnosti evropske politike').

Čemu služi prikupljena informacija: šta je njena svrha?

Primarna svrha informacija prikupljenih putem TDI indikatora je dobiti uvid u karakteristike, rizična ponašanja i obrasce upotrebe droge od strane ljudi sa problemima sa drogom u zajednici, i pomoći procijeniti trendove mjere (rasprostranjenost i učestalost) i obrasca problematične upotrebe droge; u najboljem slučaju u kombinaciji sa drugim indikatorima droge. Ova svrha je fundamentalna, jer određuje kriterij uključenosti/isključenosti za definiciju slučaja TDI-a: slučajevi (korisnici droge), koji bi se trebali prijaviti EMCDDA-u, bi u što većoj mjeri trebali odražavati karakteristike problema korisnika droge u zajednici.

Ovo se najbolje može postići bilježenjem informacija odmah nakon što korisnik kontaktira službe, obično u vrijeme prijema/ulaska na liječenje, nakon profesionalne procjene karakteristika korisnika. Za svrhu indikatora, informacije prikupljene o korisniku bi trebale što više odražavati njen/njegov obrazac upotrebe droge prije kontakta sa liječenjem od droge; intervencije liječenja korisnika provedene prije registracije ne bi trebale imati nikakav ili ograničen utjecaj na zabilježene informacije (npr. osoba koja dođe na liječenje jer ubrizgava heroin bi mogla biti zabilježena kao da ne uzima heroin ili ga ne ubrizgava, ako je prikupljanje podataka i izvještavanje urađeno kada je korisnik već primio neke terapijske intervencije). Bilježenje prvog upisa na liječenje u godini općenito će pomoći ispuniti svrhu indikatora. Pored toga, informacije prikupljene od strane TDI indikatora mogu pomoći (zajedno sa drugim indikatorima i izvorima informacija) da se procjene neki indikatori samog liječenja od droge (zakonske odredbe, shvaćanja, pokrivenost). Ovi aspekti se razvijaju trenutno u radnom okviru strategije praćenja liječenja od droge.

Kako se postiže TDI svrha

Centri za liječenje od droge obično prikupljaju značajnu količinu informacija o svojim korisnicima. Ove informacije se prikupljaju od strane profesionalaca prvenstveno da bi pomogle u terapijskom procesu, ali također i iz administrativnih i upravnih razloga na lokalnoj razini, te zbog epidemioloških svrha na lokalnim, državnim i međunarodnim razinama. Neke od prikupljenih informacija neće biti dostupne izvan centra za liječenje, neke će biti prosljeđene regionalnim i državnim tijelima, a u konačnici će ograničeni dio informacija biti razvrstan na evropskoj razini, slijedeći procedure i definicije EMCDDA TDI protokola.

Centri za liječenje od droge predstavljaju fundamentalan izvor informacija za dobivanje uvida u upotrebu droge i problem upotrebe droge, pošto je problem upotrebe droge teško izbrojati i opisati. Problem upotrebe droge ima relativno nisku rasprostranjenost u većini zemalja članica EU i često je društveno stigmatiziran i stoga težak za zabilježiti.

Međutim, trebalo bi imati na umu da nisu svi problematični korisnici droge u kontaktu sa centrima za liječenje. Neki korisnici ne mogu biti u kontaktu s bilo kojom službom (npr. neki društveno integrirani korisnici kokaina ili kanabisa, neki vrlo marginalizirani korisnici heroina) ili bi mogli biti u kontaktu sa službama koje iz različitih razloga nisu prikupile informacije o svojim korisnicima ili ne izvještavaju o tome državne sisteme praćenja (npr. privatni psihijatri, web programi ili u nekim zemljama, opće prakse ili niskopragne agencije).

Stoga bi zaključci o problemu upotrebe droge u zajednici na osnovu podataka prikupljenih od strane TDI-a trebali biti doneseni oprezno, naročito kada su promjene male i/ili zasnovane na ograničenom broju korisnika. Pored toga, dostupnost službi, promjene u zakonskim odredbama službi i pokrivenost sistema izvještavanja, moraju biti uzeti u obzir. Interpretacija TDI informacije će nadalje imati znatne koristi iz unakrsne validacije sa drugim indikatorima (npr. smrti povezane sa drogom, indikatori provođenja zakona) i ad-hoc studije (npr. kvalitativne studije o uličnim uzorcima, studije i izvješća drugih službi za drogu koje nisu pokriveno).

Unatoč svim upozorenjima, u mnogim zemljama EU TDI prijavljuje informacije o znatnom broju problematičnih korisnika droge (u nekim slučajevima preko 50% od ukupnog procijenjenog broja PDU-a). Ovo čini indikator jakim i često glavnim izvorom informacija o populaciji problematičnih korisnika droge. U zemljama gdje je značajan udio PDU populacije obuhvaćen TDI izvještavanjem, a upotreba i obrasci rizika onih koji nisu prijavljeni se značajno ne razilaze od onih koji su prijavljeni, osnovni nalazi indikatora se mogu smatrati snažnim, naročito ako su posmatranja postojana tijekom vremena. Tamo gdje je poznato da postoje podgrupe problematičnih korisnika droge sa obrascima upotrebe i rizika koji se dramatično razilaze od obrazaca posmatranih u TDI indikatoru, lokalne i ciljne studije mogu biti potrebne da bi se zabilježilo njihovo ponašanje. Dalje, ako dostupnost usluga i politike liječenja ostanu bez temeljnih izmjena tijekom nekog vremenskog perioda, trendovi posmatrani u TDI mogu signalizirati važne razvoje u problematičnoj upotrebi droga (npr. izmjene u ponašanju ubrizgavanja, širenje upotrebe kreka, itd.)

Na kraju, podaci dobiveni kroz TDI indikator su bitna komponenta različitih metodologija za procjenu rasprostranjenosti problematične upotrebe droga, obično zasnovana na kombinaciji baza podataka generiranih od strane različitih službi korištenjem različitih metoda računanja.

S kojim dodatnim izazovima se TDI suočio zadnjih godina?

U zadnjih 10-15 godina, zamjensko liječenje opioidima je dramatično prošireno u mnogim EU državama, iako ne u svima. Populacija na liječenju u ovim državama uključuje rastuću proporciju korisnika koji su se podvrgli liječenju zbog problema s heroinom i ostali na zamjenskom liječenju opioidima (OST) duži vremenski period. Stoga postoji značajan broj korisnika na kontinuiranom dugoročnom zamjenskom liječenju koji ne dolaze ponovno na liječenje. Korisnici kokaina, amfetamina ili kanabisa su manje pogođeni ovom situacijom, ali neki od njih mogu također biti na drugim oblicima dugoročnog liječenja.

Zbog toga je sve potrebnije procijeniti broj tih ljudi, a modul o 'Rasprostranjenosti liječenja' je osmišljen i testiran u prošlosti, da bi se procijenio broj i osnovne karakteristike ove grupe korisnika. Ova informacija će biti prikupljena u odvojenom dobrovoljnom modulu i još je u razvojnoj fazi u radnom okviru nove strategije za prikupljanje podataka o liječenju, koja će uključiti dostupnost liječenja, organizaciju i kvalitet (EMCDDA strategija praćenja liječenja će biti finalizirana do kraja 2012.godine). Nekoliko zemalja trenutno nije u mogućnosti procijeniti informaciju koja će biti uključena u ovaj modul, jer to zahtijeva sistem praćenja koji dozvoljava određivanje statusa svakog korisnika kao „liječi se ili se ne liječi“, a sam TDI je dizajniran samo da broji početke liječenja. U isto vrijeme, korisnici na kontinuiranom liječenju (od kojih su većina korisnici opioida) su u posebnoj situaciji, jer mnogi od njih više ne koriste ilegalne opioide, iako možda koriste druge droge. Interpretacija ove informacije u pogledu procjene rasprostranjenosti i obrazaca problema upotrebe droge je naročito kompleksna. Ali čak uzimajući u obzir važnost ovog novog izazova, glavni ciljevi TDI-a ostaju isti i uglavnom se tiču procjene broja i karakteristika ljudi sa problemima povezanim sa njihovom upotrebom droge koji uđu u službu za liječenje droge tijekom kalendarske godine.

1.3 Implementacija TDI-a

TDI podaci se sravnjuju na državnoj razini, često slijedeći dugi proces od centra za liječenje do regionalne razine i od regionalne do državne razine. Zatim se podaci šalju u nacionalna sjedišta (NFP), koja su državne agencije imenovane od strane svake vlade kao tijela odgovorna za pružanje najnovijih dostupnih informacija o drogama i ovisnosti o drogi. Državni TDI podaci se onda šalju u EMCDDA u skupnom obliku, u skladu sa oblicima izvještavanja podataka usuglašanih sa NFP-ima i EMCDDA-om.

Od kasnih 1990-ih do 2011.godine, pružanje podataka o potrebi za liječenjem EMCDDA-u je implementirano u većini evropskih zemalja. U 2000.godini, 15 zemalja koje su bile članice Evropske unije su izvijestile EMCDDA o TDI-u, ali kompletnost podataka i kvaliteta podataka su bile varijabilne. Od tada je izvještavanje o podacima bilo progresivno produžavano a kvalitet podataka znatno poboljšan.

U 2010.godini, EMCDDA je primila podatke iz 29 zemalja (27 zemalja članica EU + Turska i Hrvatska), a od 2011.godine Norveška će također slati svoje podatke EMCDDA-u. Podaci su izvještani na osnovu TDI Protokola 2.0 i prikupljeni korištenjem 'Fonte' online alata.

Podaci izvještani do 2011.godine uglavnom pokrivaju vanbolničke i stacionarne centre za liječenje. U 10 godina od prve implementacije, u većini zemalja se prikupljanje informacija od drugih vrsta centara

Većina zemalja šalje sve podatke koje zahtijeva EMCDDA, ali i dalje ostaju neka ograničenja u pogledu posebnih varijabli koje se mogu promijeniti prema zemlji. Podaci se i dalje prikupljaju o drugim vrstama centara za liječenje a napori će biti uloženi, kako bi se proširilo prikupljanje podataka, gdje je to moguće, za druge službe u kojima korisnici droge predstavljaju bitnu grupu korisnika.

Razina usklađenosti je dovoljno dobra da omogući uspoređivanje diljem zemalja, iako bi se trebalo oprezno ophoditi prema interpretaciji podataka zbog razlika između država u pogledu sistema liječenja od droge i promjenjivosti u implementaciji nekih TDI definicija.

Evropske države članice su 2009.godine odobrile poseban sistem za procjenu kvalitete EMCDDA-inih ključnih podataka o indikatorima, uključujući i TDI, koji je primijenjen na osnovu podataka izvještenih za 2006.godinu. Sistem je pokazao znatan napredak u implementaciji TDI-a i usporedbi podataka, iako u nekim područjima još treba daljnije poboljšanje.

U 2006.godini, odvojeni modul TDI-a je testiran na terenu da izvještavanje podataka o ljudima 'na kontinuiranom liječenju'. Prikupljanje podataka je zadržano kao pilot prikupljanje podataka tijekom nekoliko godina, ali sada je uključeno u trenutnu verziju TDI protokola, zbog vrijednosti prikupljenih informacija, iako još na dobrovoljnoj osnovi i u razvojnoj fazi.

TDI je također sve više korišten tijekom zadnjih 10 godina kao primjer i mjerilo za zemlje i međunarodne organizacije izvan Evrope, kroz prezentacije i aktivnosti obuke. U nekim slučajevima instrumenti su usvojeni kao glavni alat za prikupljanje podataka o liječenju od droge. Ovo se naročito tiče zemalja u procesu pridruživanja Evropskoj uniji, država koje graniče sa EU i drugih međunarodnih organizacija (npr.CICAD).

Redovna suradnja je održana sa globalnim organizacijama koje rade u oblasti droga (UNODC i WHO). Zajednička publikacija o prikupljanju podataka o potrebi liječenja od droge je pokrenuta 2006. godine kao dio serije setova alata UNODC-a (UNODC, 2006.).

Iako je postignut veliki napredak, neka ograničenja u kvaliteti podataka još postoje i trebalo bi se napraviti poboljšanje u prikupljanju i izvještavanju podataka o potrebi za liječenjem, naročito sa evropske tačke gledišta.

1.4 Opći principi TDI protokola 3.0

TDI protokol 3.0 je zasnovan na nekim općim principima koji bi trebali voditi izvještavanje podataka od strane zemalja EMCDDA-u i analizu podataka na evropskoj razini. EMCDDA i evropski stručnjaci su se složili o slijedećim principima kao osnovom za implementaciju TDI protokola 3.0.

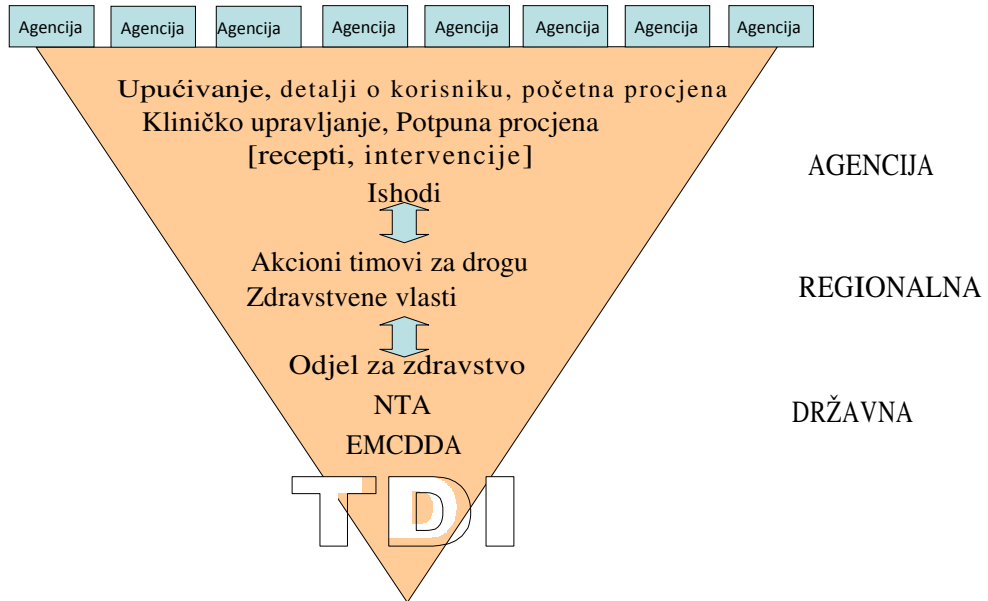
(a) Monitoring naspram istraživanja/ ad-hoc studije

Monitoring podataka se razlikuje od istraživanja i ad-hoc studija. Monitoring implicira prikupljanje podataka ograničene skupine informacija na redovan i sistematičan način, omogućujući identifikaciju promjena tijekom vremena. Potreba za specifičnijim informacija je bolje obrađena kroz ad-hoc projekte i istraživanje. TDI može samo istraživati osnovne informacije i voditi ispitivanje daljih istraga na osnovu općih otkrića (npr. društvena isključenost, obrasci upotrebe droge, ishod procjene). Istraživački projekti mogu biti zasnovani na pitanjima koja proizlaze iz TDI-a, ali neće biti ugrađeni u različitim mjestima i formatima i samo od strane onih stručnjaka koji su zainteresovani za detaljniju analizu.

(b) Hijerarhija potreba za podacima: od kliničkih podataka do informacija relevantnih za evropsku politiku

Uvijek je važno napraviti jasnu razliku između potreba za prikupljanjem podataka na različitim razinama: lokalna, regionalna, državna i evropska. Potrebne informacije su različite, jer se razina potrebnih detalja na različitim razinama mijenja; počinje od detaljnih informacija prikupljenih za kliničke svrhe, do informacija korisnih za planiranje i procjenu intervencija na razini centra za liječenje, do podataka za planiranje centara za liječenje na lokalnoj razini, do općenitijih informacija za regionalne, državne i evropske planove o drogama te za procjenu dugoročnih rezultata: (Donmall, 2008).

Potrebe za informacijama



Potrebe za informacijama EMCDDA-e daju minimalni zajednički imenitelj izvještavanja za sve države. Podaci prikupljeni i/ili izvješteni se mogu razlikovati na različitim razinama prema različitim potrebama.

(c) Izvještavanje podataka naspram prikupljanja podataka

Prikupljanje podataka i izvještavanje podataka su dvije različite radnje koje se dešavaju na različitim razinama i u različite svrhe.

Izvještavanje podataka iz svake države na evropskoj razini je prethodno definirana skupina ishoda dobivenih iz državnih TDI baza podataka o liječenju. Ti ishodi se obično mogu dobiti modificiranjem rutina izvođenja podataka i mogu se napraviti bez mijenjanja samog TDI protokola i ishodišnih državnih, regionalnih, lokalnih baza podataka, obično kroz modifikaciju rutina izvođenja podataka. Prilagođavanje forme izvještavanja može međutim zahtijevati vrijeme i neke izmjene softvera u zajedničkom procesu sa uključenim partnerima. Fokus izvještavanja EMCDDA-u prema TDI protokolu 3.0 se udaljio od razlike zasnovane na vrsti centra za liječenje; ovaj prijelaz u principu ne bi trebao imati implikacije za prikupljanje i izvještavanje podataka na državnoj razini.

(d) Pojedinci naspram epizode liječenja

Sistem izvještavanja podataka o potrebi za liječenjem može biti zasnovan na broju epizoda liječenja koje pojedinac primi tijekom određenog perioda vremena ili na broju pojedinaca koji počinju liječenje od droge tijekom određenog vremenskog perioda. Američki sistem monitoringa liječenja od droge (SAMHSA) primjerice vodi evidenciju o epizodi liječenja koje je pojedinac započeo tijekom godine.

S druge strane, TDI protokol 3.0 je zasnovan na izvještavanju informacija o svakom individualnom podvrgavanju liječenju od droge tijekom kalendarske godine i ne broji nijednu osobu više od jedan put tijekom vremenskog perioda. Ako je osoba pratila više od jedne epizode liječenja tijekom godine izvještavanja, samo jedan slučaj je prijavljen.

Epizoda liječenja je definirana kao 'period usluge između početka liječenja problema sa drogom (...) i prekida usluga za propisani plan liječenja' (SAMHSA, 2009.) ili 'korisnik može prisustvovati jednom ili više modaliteta/intervencija (ili vrsta) liječenja tijekom iste epizode liječenja. Korisnik može također imati više od jedne epizode u godini' (Univerzitet u Manchester-u, 2010.). Posljedično, TDI protokol 3.0 definira šta se smatra 'epizodom liječenja' u odjeljku o 'definiciji slučaja' (Vidi dolje).

Ovaj princip ima implikacije i na državne i na evropske razine. Na državnoj razini metode kontroliranja i izbjegavanja duplog brojanja bi se trebale implementirati unutar države u sistem informacija o drogi. Na evropskoj razini, to implicira da će se sve cifre koje upućuju na različite grupe korisnika sabrati u jedan zaseban ukupan broj.

(e) Učestalost liječenja naspram rasprostranjenosti liječenja

TDI ima za cilj da zabilježi situaciju korisnika u trenutku njihovog podvrgavanja liječenju, kao najbolju približnost karakteristika problema korisnika droge.

Tijekom zadnja 2 desetljeća, broj korisnika koji su ostali na liječenju kontinuirano tijekom nekoliko godina, naročito u kontekstu dugoročnog liječenja održavanjem opioida, se kontinuirano povećavao u Evropi. U 2006. godini, započeo je rad na dokumentaciji ovoga kroz razvoj modula o 'rasprostranjenosti liječenja'.

Rad na modulu se nastavlja u kontekstu cjelokupne EMCDDA strategije prikupljanja i analize podataka o liječenju, da bi se završio do kraja 2012. godine.

Modul je odvojen od rutinskog prikupljanja TDI podataka i nema praktičnih implikacija za TDI registraciju podvrgavanja liječenju. Modul je u toku izrade i prezentiran je u aneksu. Biće finaliziran u kontekstu i u suradnji sa EMCDDA Strategijom monitoringa liječenja do kraja 2012. godine.

(f) Promjene u definiciji i implikacijama za prošle podatke

Promjene u nekim definicijama u TDI protokolu 3.0 mogu imati neke učinke na izvještene podatke. U pogledu prošlih podataka od država se ne zahtjeva da izvijeste nove podatke za prethodne godine. Iz analize već provedene tijekom procesa konsultacija, utjecaj promjena na konačne rezultate se u većini zemalja ne čini značajnim; međutim učinci promjena će se pažljivo razmotriti i analizirati. U principu, od država se ne traži da izvijeste na osnovu novih smjernica za prethodne godine, iako neki ciljni podaci mogu biti zahtijevani na dobrovoljnoj osnovi.

2. Smjernice

2.1 Definicije

2.1.1 Definicija slučaja

Slučaj je korisnik koji započinje epizodu liječenja od droge ⁽¹⁾ u centru za liječenje ⁽²⁾ za probleme stvorene njegovom/njenom upotrebom droge tijekom kalendarske godine: 1. januar do 31. decembra

Korisnik bi trebao biti zabilježen samo jednom tijekom kalendarske godine: ako je, iz bilo kojeg razloga, korisnik registriran više od jedan put na državnoj razini, duplikati bi se trebali ukloniti u što većoj mjeri prema postojećim tehničkim alatima na državnoj razini za izvještavanje EMCDDA-u. Prva epizoda liječenja u godini bi trebala biti zabilježena.

Svrha

Na pouzdan način identificirati ljude sa problemima sa drogom koji započinju liječenje i procijeniti njihove probleme, obrasce upotrebe droge, zdravstvene i društvene rizike, sa svrhom korištenja informacija kao indikatora obrazaca i trendova problema upotrebe droge.

Kriterij uključenosti:

1. Osoba koje je započela liječenje od droge (kao što je definirano pod definicijom liječenja) između 1. januara i 31. decembra.
2. Ako je osoba započela više od jednog puta tijekom godine, samo bi prvu epizodu liječenja (vidi dolje definiciju epizode liječenja) trebalo prijaviti EMCDDA-u.

Kriterij isključenosti:

1. Osoba koja kontaktira centar za liječenje u ime korisnika droge, ali koja nije korisnik droge.
2. Osoba sa problemima zbog njegove/njene osobne veze sa korisnikom droge, ali koji/koja i sama nije korisnik droge.
3. Osoba koja je već jednom prijavljena u istom centru ili u drugom centru tijekom kalendarske godine.
4. Osoba koja počinje aktivnost/proceduru liječenja paralelno sa liječenjem u tijeku. Ovo može biti komponenta liječenja koja je već izvještana (u godini ili u prethodnim godinama), kao što je psihoterapija paralelno sa zamjenskim liječenjem opioidima u tijeku, ili dodatno liječenje.
5. Osoba koja započinje aktivnost/proceduru liječenja kao nastavak liječenja u tijeku koje je već izvještano (u godini ili u prethodnim godinama), kao što je stacionarna detoksifikacija zahtijevana nakon dvogodišnjeg zamjenskog liječenja.

Metodološka posmatranja

Preporučuje se da se duplo brojanje istog korisnika izbjegava kad god je to moguće na različitim razinama i u skladu sa postojećim tehničkim alatima na državnoj razini: između regije ili geografskih područja / područja ovlasti iste države; između centara za liječenje, uključujući centre za liječenje različite vrste i unutar istog centra. Da bi se izbjeglo brojanje istog korisnika više od jednom tijekom godine izvještavanja, tehnički idealno rješenje bi bilo imati centralni državni registar korisnika droge; da svaki korisnik ima jedinstvenu identifikaciju koja bi dozvolila da se duplikati uklone kada se podaci izvijeste. Ali idealna tehnička opcija nije moguća u nekoliko država radi administrativnih, ekonomskih ili pravnih razloga. U tim državama bi se trebale uspostaviti izvodljive procedure za minimaliziranje potencijalnog duplog brojanja slučajeva. Najosnovnija opcija je da bi organizacija za liječenje trebala provesti internu provjeru (unutar istog centra za liječenje) da vidi da li su postojala prethodna liječenja. Međutim, pored ovoga, može biti potrebno pitati korisnika da li je on/ona ikad prije bio na liječenju, jer su mogli biti liječeni u drugim centrima u istim periodima. Dodatna opcija u nekim državama je kontrolirati duplo brojanje na regionalnoj razini kroz sisteme regionalnog izvještavanja i baze podataka. Ovo može izbjeći većinu duplih brojanja, jer administrativna organizacija zdravstvenih i socijalnih službi u mnogim državama otežava istovremeni boravak na liječenju u različitim regionima. (Vidi također 'duplo brojanje' pod odjeljkom 3).

Grafička prezentacija je data u odjeljku 4 - definicija slučaja- grafički opis

⁽¹⁾ Vidi ispod definiciju liječenja od droge i epizode liječenja u svrhu ovog protokola

⁽²⁾ Vidi ispod definiciju centra za liječenje za svrhu ovog protokola.

2.1.2 Liječenje od droge

Liječenje od droge je definirano kao aktivnost (aktivnosti) koja je direktno namijenjena ljudima koji imaju probleme sa upotrebom droge i ima za cilj postizanje definiranih ciljeva u pogledu ublažavanja i/ili eliminacije ovih problema, a koju vrše iskusni ili akreditirani profesionalci u okviru priznate medicinske, psihološke ili prakse socijalne pomoći. Ova aktivnost se često vrši u specijaliziranim ustanovama za korisnike droge, ali se također može vršiti i u općim službama koje nude medicinsku/psihološku pomoć ljudima sa problemima s drogom (vidi također 'Centar za liječenje').

Svrha

Ova definicija je dosta široka da bi uključila široki raspon različitih korisnika sa problemima povezanim sa njihovom upotrebom droge. Mora se podsjetiti da je svrha TDI-a primarno epidemiološka, koja ima za cilj prikupljanje informacija o ljudima sa značajnim problemima sa drogom.

Kriterij uključivanja:

- intervencije čiji je primarni cilj detoksifikacija
- intervencije čiji je primarni cilj je apstinencija
- zamjensko liječenje
- specijalizirani/strukturirani dugoročniji programi za droge
- intervencije su imale za cilj smanjenje povreda povezanih sa drogom, ako su organizirane u okviru planiranih programa (npr. programi razmjene igala, sobe za konzumiranje itd. kao dio strukturiranih programa koji uključuju ciljeve, definirane intervencije, vrijeme, procjenu)
- psihoterapija/savjetovanje
- strukturirano liječenje sa jakom društvenom komponentom
- medicinski podržano liječenje
- nemedicinske intervencije umetnute u planirane programe (npr. strukturirano savjetovanje)
- posebno liječenje u skrbničkim okruženjima prema korisnicima droge

Kriterij isključivanja:

- sporadične intervencije koje nisu uključene u planirani program
- kontakti sa općim službama koji uključuju zahtjeve samo za socijalnu pomoć
- kontakti u kojima je upotreba droge glavni razlog za traženje pomoći
- kontakti samo telefonom ili pismom
- kontakt sa porodicom ili drugim osobama samo onim/onom koja(i) nije i sam korisnik droge
- zatvaranje samo po sebi
- liječenje samo preko interneta
- službe koje obezbjeđuju samo razmjenu igala

Metodološka posmatranja

Podaci bi trebali biti što potpuniji; to znači da bi svi dostupni podaci o osobama sa problemima sa drogom koji počinju liječenje od droge kako je gore definirano – kriterij uključivanja – trebali biti izviješteni.

2.1.3 Početak liječenja

Početak liječenja se smatra najraniji formaliziran kontakt(i) licem u lice između korisnika i centra. Tijekom ovog (ovih) kontakta bi trebalo biti moguće identificirati korisnika (izbjegavanje duplog brojanja) i procijeniti korisnikove karakteristike i potrebe povezane sa problemom droge.

Zavisno od vrste centra, ovi zahtjevi bi trebali biti ispunjeni nakon prvih kontakata - po mogućnosti 1 do 3 kontakata - između korisnika i terapeuta (pored mogućeg kontakta sa administrativnim korisnikom).

Predložen je indikativni kriterij od najviše 3 kontakta licem u lice, ali bi države trebale imati mogućnost da primjene određenu fleksibilnost u skladu sa svojim praksama izvještavanja. U metodološkim informacijama, važno je zabilježiti kada je korisnik registrovan da bi se izvjestila EMCDDA.

Ako korisnik započne više od jednog liječenja tijekom godine izvještavanja, samo prva epizoda liječenja bi se trebala izvjestiti EMCDDA-u kao što je spomenuto gore.

Svrha

Podaci zabilježeni u prvim kontaktima između centra za liječenje i korisnika imaju za cilj dobijanje skorije informacije o društvenom profilu korisnika droge i o njenim/njegovim obrascima upotreba droge u periodu prije liječenja.

Kriterij uključivanja

Korisnik koji ima kontakte licem u lice sa centrom za liječenje u početnoj fazi liječenja (obično između jednog i 3 kontakta).

Kriterij isključivanja

Kontakti koji se dešavaju u kasnoj fazi liječenja (obično nakon 3 ili više kontakata između centara za liječenje i korisnika).

Kontakti pored kontakata licem u lice (telefon, internet, itd.).

Metodološka posmatranja

Procedura bilježenja se razlikuju između zemalja. Ova varijabla bi trebala osigurati određenu usklađenost u proceduri bilježenja diljem zemalja i trebala bi garantovati da se osnovni podaci o korisniku mogu zabilježiti.

Broj kontakata sa korisnikom, koji omogućava državama (centru za liječenje, itd.) da zabilježe podatke u TDI protokolu, bi trebao biti naveden u metodološkim informacijama.

Vidi također grafički opis definicije slučaja u aneksu 5.1.

2.1.4 Kraj liječenja

Liječenje se smatra završenim, ili ako postoji formalni zaključak (dogovoren ili ne), ili kada korisnik prestane posjećivati centar za liječenje ili umre.

Razlozi za kraj liječenja mogu biti povezani sa odustajanjem od liječenja, smrti, eksplicitnom odlukom da se napusti liječenje od strane korisnika ili prekidom programa liječenja uspostavljenim od strane centra (vidi također modul o rasprostranjenosti liječenja).

Svrha

TDI protokol se fokusira na 'početak liječenja' i nema za cilj prikupljanje podataka. Prikupljanje podataka o kraju liječenja je potrebno iz 2 operativna razloga:

- 1) kraj liječenja je direktno povezan sa TDI definicijom slučaja i odlukom kada bi se naknadno liječenje trebalo zabilježiti. Procjena o tome da li je prethodno liječenje završeno se radi u trenutku svakog početka liječenja.
- 2) Informacija o kraju liječenja je povezana sa modulom 'rasprostranjenost liječenja'; omogućava identifikaciju korisnika koji su još na liječenju od jedne godine do sljedeće ili su zaključili liječenje iz bilo kojeg razloga. Iz tog razloga informacije o kraju liječenja nemaju za cilj da izmjere ishod liječenja, nego samo da procijene da li osobu još treba zabilježiti kao korisnika liječenja ili ne.

Kriterij uključivanja:

Liječenje se smatra završenim kada:

Je stručnjak otpustio korisnika

Je korisnik eksplicitno odlučio da zaključi liječenje

centar/stručnjak odlučuje prekinuti liječenje iz razloga koji nisu povezani sa zaključenjem liječenja, nego iz drugih razloga kao što je nepoštovanje liječenja, kršenje propisa, itd.

korisnik je umro

korisnik nema kontakta sa centrom za liječenje. Preporučuje se da se liječenje smatra završenim nakon 6 mjeseci bez kontakta između korisnika i centra za liječenje; međutim, zemlje se mnogo razlikuju u definiciji kraja liječenja. Ako države imaju različit period za smatranje korisnika van liječenja (odustajanje), liječenje se može smatrati završenim prema državnim pravilima. Države bi trebale navesti vrijeme za kraj liječenja u metodološkim specifikacijama.

Kriterij isključivanja

Liječenje se ne smatra zaključenim kada:

se u sistemu liječenjakorisnik kreće iz jednog centra u drugi, jer je on/ona upućen/a u okviru iste epizode liječenja (ponekad se naziva 'zajednička skrb')

korisnik završava jednu aktivnost liječenja i počinje novu aktivnost liječenja kao dio iste epizode liječenja

korisnik još ima kontakte sa centrom za liječenje unutar perioda od 6 mjeseci ili ranije (prema periodu definiranom u državnim pravilima kao odustajanje od liječenja).

Metodološka posmatranja:

Države bi u metodološkim informacijama trebale navesti period za koji se smatra da je korisnik odustao od liječenja. Pravilo od 6 mjeseci bi se trebalo slijediti što je više moguće.

2.1.5 Epizoda liječenja

Epizoda liječenja je definirana kao 'period usluge između početka liječenja problema droge (...) i prekida usluga za propisani plan liječenja' (SAMHSA, 2009.).

Liječenje od droge je kompleksan proces i često se paralelno ili uzastopno moraju izvršiti različite terapijske aktivnosti/procedure, ponekad tijekom dužeg vremenskog perioda (npr. savjetovanje, psihoterapija, zamjensko liječenje, druga farmakološka liječenja, vanbolnička ili stacionarna detoksikacija, dugoročnija rezidencijalna skrb). Korisnik može prisustvovati jednom ili više modaliteta/intervencija (ili vrstama) liječenja tijekom iste epizode liječenja. Korisnik može također imati više od jedne epizode u godini' (Univerzitet u Manchester-u, 2010.).

Svrha

Odrediti kada korisnik prolazi isti proces liječenja i stoga odrediti da li korisnik treba ili ne treba opet biti prijavljen u svrhu TDI indikatora.

Kriterij uključivanja

1. Sve aktivnosti/procedure pružene korisniku da bi se obradio problem droge koji je prouzročivao početak liječenja, sve dok se rade na organizovan/planiran način. Ove aktivnosti se mogu vršiti tijekom dugog vremenskog perioda, i u istim prostorijama ili u drugim prostorijama. Mogu slijediti početni uspostavljeni plan ili mogu biti modificirani prema potrebama korisnika i procjeni.
2. Ako je proces liječenja formalno završen ili ako korisnik odustane od liječenja (³) i naknadno bude ponovo primljen na liječenje, nova epizoda prijema na liječenje je zabilježena.

Kriterij isključivanja

1. Zasebna aktivnost u radnom okviru skupine planiranog/organizovanog lanca intervencija se ne smatra epizodom liječenja.

2.1.6 Centar/program za liječenje

Centar/program liječenja od droge je bilo koja ustanova koja omogućava liječenje od droge, kao što je definirano gore, ljudima sa problemima sa drogom. Centri za liječenje mogu biti specijalizirani centri, koji se fokusiraju na liječenje korisnika droge, ili uključeni u veće centre koji su namijenjeni za različite grupe korisnika (npr. pacijenti sa mentalnim poremećajem, korisnici alkohola, itd.). Također mogu biti zasnovani unutar centara koji su medicinski ili nemedicinski, vladini ili nevladini, javni ili privatni.

Svrha

Identificirati široki raspon ustanova gdje korisnik započinje liječenje od droge, bez obzira na vrstu primljene intervencije. Pošto je svrha indikatora identifikacija korisnika sa problemima s drogom, vrsta ustanove nije odlučujući faktor.

Kako je detaljno objašnjeno dolje u metodološkim posmatranjima, važno je podvući da su za prethodni TDI protokol 2.0, detaljni podaci izvješteni prema vrsti centra za liječenje. U trenutnoj verziji protokola podaci će biti izvješteni u samo jednom predlošku (ne u 5 predložaka ako u prošlosti).

(³) Vidi definiciju kraja liječenja.

Vrsta centra liječenja neće biti fokus izvještavanja podataka. U formama izvještavanja će biti samo nekoliko tabela gdje bi se trebala izvijestiti podjela prema vrsti centra za liječenje (vidi predložak za izvještavanja podataka).

Centri koji će se uključiti

Sljedeće vrste centara za liječenje su definirani u TDI :

- Vanbolnički centri/programi liječenja
- Stacionarni centri/programi liječenja
- Jedinice za liječenje u zatvoru/programi
- Liječnici opće prakse
- Niskopragne agencije/programi
- Druge vrste centara za liječenje (molimo navedite koje vrste centara)

Definicije vrsta centara za liječenje:

- (a) Vanbolnički centri za liječenje su definirani kao ustanove za liječenje gdje se korisnici liječe tijekom dana i ne ostaju preko noći. Oni uključuju javne ili privatne centre/klinike koje mogu biti otvorene navečer ali gdje radno vrijeme isključuje noć.
- (b) Stacionarni centri za liječenje su definirani kao centri gdje korisnici mogu ostati preko noći. Oni uključuju terapeutske zajednice, privatne klinike, jedinice u bolnici i centre koji nude stambene ustanove. Korisnici bi trebali biti prijavljeni kao korisnici koji ulaze u stacionarne centre za liječenje kada se dese prvi kontakti između korisnika i centra u stacionarnim centrima, a TDI podaci su registrovani u tim ustanovama za liječenje.
- (c) Jedinice za liječenje u zatvoru su definirane kao službe koje pružaju specifične usluge zatvorenicima zbog njihovog problema sa drogom. Mogu uključivati :
 - Jedinice specijalizirane za liječenje od droge sa dodijeljenim fizičkim prostorom unutar zatvora
 - Stručnjaci (eksterni ili interni u zatvoru) koji pružaju paket intervencija sa ciljem da liječe ili smanje probleme povezane sa drogom korisnika droge u zatvoru.
- (d) Liječnici opće prakse su medicinski liječnici koji liječe akutne i kronične bolesti te pružaju preventivnu skrb i obrazovanje o zdravlju za sve dobi i oba spola. Oni mogu liječiti korisnike droge radi svojih problema s drogom, u nekim slučajevima u vezi sa vanbolničkim ili stacionarnim službama za drogu, a neki od njih mogu imati posebne obuke o liječenju korisnika droge;
- (e) Niskopragne agencije su centri/programi koji imaju za cilj da spriječe i smanje zdravstvene povrede koje se odnose na ovisnost o drogi, naročito učestalost virusnih infekcija koje se prenose preko krvi i predoziranja, i da ohrabre aktivne korisnike droge da kontaktiraju zdravstvene i socijalne službe.
- (f) Druge vrste ustanova za liječenje su svi centri za liječenje koji omogućavaju liječenje od droge kao što je definirano gore. U slučaju korištenja kategorije 'druge vrste ustanova za liječenje', vrsta ustanove za liječenje koja izvještava podatak bi trebala biti opisana i specificirana u metodološkim specifikacijama.

Centri/programi koji će se isključiti:

- Bilo koja druga vrsta ustanove za liječenje, kada nisu uključeni u liječenje od droge kao što je definirano gore (definicija liječenja)
- Centri/programi samo za širenje podataka
- Centri/program koji se tiču samo razmjene igala/šprica
- Sporadične intervencije prema korisnicima droge u zatvoru nisu uključene (npr. informacije, odredbe o iglama i samo razmjena, itd.) kako je definirano u kriteriju isključivanja za liječenje od droge
- Bolničke sobe za hitne slučajeve
- Opće ustanove za socijalnu skrb, koje ne ciljaju na upotrebu droge

Metodološka posmatranja

Podaci će biti izvješteni EMCDDA-u s fokusom na same korisnike, njihove karakteristike i njihove obrasce upotrebe droge, posebno primarne droge. Centri/programi za liječenje koji su prethodno bili osnovna stratifikacija izvještavanja, će biti samo jedna od izvještenih varijabli. Fokus na klijenta je povezan sa nekoliko razloga:

- svrha indikatora je epidemiološka i fokusira se na broj i karakteristike korisnika

- početak liječenja od droge kao indirektni indikator problema upotrebe droge.
- 10 godina prikupljanja evropskih podataka pokazuje da 80% korisnika izvještenih EMCDDA-u počinju liječenje u vanbolničkim centrima, dok druge vrste centara (isključujući zatvor) obično nisu tačka počinjanja, ali se koriste u kasnijim fazama programa liječenja.
- u nekoliko zemalja, liječnici opće prakse, niskopragne službe i druge vrste izvora liječenja ili ne igraju značajnu ulogu u odredbi liječenja od droge, kako je definirano u protokolu (iako mogu pružiti vrlo vrijednu pomoć korisnicima droge), ili nije moguće prikupiti podatke od takvih izvora. Stoga su na raspolaganju samo podaci iz nekoliko zemalja, što otežava analizu na nivou Evrope.
- samo nekoliko posebnih analiza su korisne prema vrsti centra za liječenja. Teško je napraviti detaljnu usporedbu prema vrsti centara za liječenje zbog državnih razlika u organizaciji liječenja.

2.1.7 Primarna droga

Primarna droga je definirana kao droga koja uzrokuje korisniku najviše problema na početku liječenja. Ovo je obično zasnovano na zahtjevu od strane korisnika i (ili) na dijagnozi napravljenoj od strane terapeuta, obično koristeći međunarodne standardne instrumente (npr. ICD-10; DSM-IV⁴), ASI) ili kliničku procjenu. Ova stavka je od centralne važnosti i trebala bi se prikupiti za svakog korisnika.

Svrha

Identificirati probleme korisnika s primarnom drogom, procjenjujući njihove profile i trendove tijekom vremena u obrascima upotrebe droge. Ova varijabla dozvoljava da se čuvaju informacije o najbitnijim problemima za korisnike droge sa epidemiološke tačke gledišta.

Kriterij uključenosti

- Primarna droga je droga koji vodi do najozbiljnijih problema (zdravlje, mentalno zdravlje, društveni problemi, itd.)
- Primarna droga je glavni razlog što je korisnik ušao u liječenje
- Primarna droga može uključiti bilo koji lijek zloupotrijebljen od strane korisnika, ali se ne koristi u skladu sa medicinskim receptom
- Primarna droga uključuje bilo koju drogu navedenu ispod u popisu stavki.

Kriterij isključenosti

- Alkohol se može zabilježiti samo kao sekundarna droga popraćena primarnom drogom (vidi odjeljak sekundarna droga)
- Duhan
- Svi psihoaktivni lijekovi i droge koje se koriste isključivo za medicinsko liječenje prema medicinskom receptu i prema medicinskoj praksi.

Metodološka posmatranja

Odluka o izboru primarne droge bi trebala biti zasnovana na dijagnozi stručnjaka plus zahtjevu korisnika.

Kriterij za odabir primarne droge se nije promijenio i usklađen je sa kriterijem za izvještavanje podataka uključenim u TDI protokol 2.0. Nova varijabla o upotrebi više vrsta droga će biti dodana da bi se pružila potpuna informacija, ali ne kao zamjena.

Ako tačna droga nije poznata (npr. amfetamini ili MDMA i derivati), opća kategorija (npr. Stimulansi pored kokaina) bi se trebali zabilježiti).

Kategorija 'Nije poznato' bi se trebala koristiti samo iznimno i kao dodatna kategorija.

⁴) It has to be recalled that the DSM-IV is under revision and a revised version — DSM-V should be available in a short time.

2.1.8 Sekundarna droga

Sekundarne droge su one droge koje se koriste pored primarne droge, i to su supstance koje uzrokuju probleme za korisnika i/ili mijenjaju prirodu problema kao što je procijenjeno od strane korisnika i terapeuta.

Svrha

Identificirati druge droge koje uzrokuju probleme za korisnike.

Kriterij uključenosti

Sve droge koje mogu prouzrokovati probleme za zdravlje i društvene uslove korisnika, ali koje nisu identificirane kao primarna droga
Alkohol.

Kriterij isključenosti

Duhan
Supstance koje koriste korisnici, ali koje ne uzrokuju probleme njegovom/njenom stanju
Lijekovi koji se koriste prema liječničkom receptu i u skladu sa medicinskom praksom.

Metodološka posmatranja

Sekundarne droge bi trebale biti supstance koje se koriste i stvaraju probleme za korisnike. Do četiri sekundarne droge bi se trebale izvjestiti EMCDDA-u. Međutim, države imaju različite procedure izvještavanja i mogu zabilježiti različit broj sekundarnih supstanci. U tom slučaju, neophodno je navesti koliko supstanci je zabilježeno za svakog korisnika u metodološkim informacijama.

2.1.9 Problem upotrebe više vrsta droge

Informacija o problemu upotrebe više vrsta droge je komplementarna i dodatna informaciji o primarnoj drogi. Postojanje problema upotrebe više vrsta droge bi se uvijek trebalo procijeniti nakon određivanja primarne droge, slijedeći smjernice i posebne procedure kao do sada.

Svrha:

Varijabla problema upotrebe više vrsta droge ima za cilj da procjeni da li je klijent problematičan korisnik više od jedne droge u isto vrijeme, na način koji je vrlo težak za jasno identificiranje jedne primarne droge. Ovaj koncept će biti korišten u vrlo ograničenom pristupu kao u ICD-10, koji definira upotrebu više vrsta droge kao višestruku upotrebu droge, a koji će se koristiti 'kada je poznato da su dvije ili više psihoaktivnih supstanci uključene, ali je nemoguće procijeniti koje supstance najviše doprinose ovom poremećaju'. Odluka je fundamentalno klinička i trebala bi se koristiti restriktivno.

Kriterij uključenosti

Korisnici koji predstavljaju obrazac upotrebe u kojem nekoliko supstanci korisniku uzrokuje znatne probleme istovremeno i vrlo je teško odrediti koja droga je primarna.

Ova informacija bi se trebala prikupiti samo nakon što je određena primarna droga kao prije prema protokolu 2.0, čak i sa poznatim poteškoćama u nekim slučajevima. Postojeća pravila i procedure za odabir primarne droge bi trebali nastaviti da se primjenjuju kao do sada.

Kriterij isključenosti

Korisnici koji koriste samo jednu drogu

Korisnici koji koriste više od jedne droge, ali samo jedna uzrokuje probleme.

Korisnici koji koriste više od jedne droge koja uzrokuje probleme, ali kod kojih je moguće prilično pouzdano odrediti koja uzrokuje više problema.

Metodološka posmatranja

Upotreba više droga sama po sebi ne stvara problem upotrebe više vrsta droga za svrhu TDI protokola. Korisnik je definiran kao korisnik s problemom više vrsta droga kada više od jedne droge korisniku sistematično stvara probleme na način na koji je teško jasno odrediti koja droga uzrokuje više problema.

Racionalizacija pristupa usvojenog u TDI protokolu 3.0

Upotreba više vrsta droge može biti konceptirana na različite načine, uključujući upotrebu različitih supstanci u istom vremenskom okviru (npr. u zadnjih 30 dana), ali bez bitne farmakološke interakcije ili može implicirati naizmjeničnu upotrebu nekoliko supstanci izmiješanih zajedno (npr. heroin i kokain u istoj injekciji) ili unutar kratkog vremenskog perioda. Također može implicirati redovnu zamjenu supstance drugom zavisno od dostupnosti (npr. opiodi i benzodiazepani).

Jednostavan koncept zamjene 'primarne droge' može implicirati vrlo visok rizik fundamentalnih odstupanja u prikupljanju podataka i izvještavanju prema državama, čineći podatke neusporedivim i gotovo nemogućim za interpretaciju. Također, postoji značajan rizik da se trenutne historijske serije potpuno ukinu. Neke države, koje su pokušale uspostaviti prikupljanje podataka o 'više vrsta droga', su se susrele sa znatnim poteškoćama. U konačnici, većina evropskih i neevropskih zemalja su godinama mogle identificirati primarnu drogu, unatoč poznatim poteškoćama. Bilo koja modifikacija ovog koncepta se mora uraditi sa velikom pažnjom, jer može implicirati fundamentalne promjene za sve analize, trendove i druge metodologije na osnovu TDI podataka.

Pristup u kojem primarna droga nije naznačena, bi implicirao veliki rizik neslaganja među zemljama koje izvještavaju podatke i gubitak informacija. Stoga usvojeni pristup omogućava prikupljanje komplementarnih informacija o problemima upotrebe više vrsta droge, održavajući koncept primarne droge i dosljednost postojećih podataka i među zemljama.

Ova situacija nije jedinstvena za podatke liječenja. Slična pitanja su postavljena o podacima smrtnosti. WHO je u svojoj ažuriranoj verziji ICD-10 klasifikacije iz 2002-2003. godine za smrti povezane sa drogom obradila isti problem i uspostavljena je prioriteta lista droga za šifriranje opasnijih droga (u slučaju da doktor koji vrši certifikaciju ne može doći do zaključka).

Vidi EMCDDA DRD protokol 3.2

- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html> (Aneks 7, stranica 64)
- Ili popis WHO-a za dopunu ICD-10
- <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

2.1.10 Shvatanje HIV ili HCV testiranja

Shvatanje HIV ili HCV testiranja predstavlja osnovne informacije o pristupu skrbi od strane korisnika na liječenju od droge (uglavnom onih koji ubrizgavaju drogu).

Svrha

Informacija je korisna za ukrštanje i dopunjavanje podataka sa korisnikovim informacijama o ubrizgavanju (prikupljenu u TDI-u s jedne strane, i iz drugih izvora o informacijama o zaraznim bolestima – Standardna tabela 09 – s druge strane). Konačni cilj je imati potpuniju i pouzdaniju sliku o razini testiranja zaraznih bolesti među korisnicima liječenja.

Metodološka posmatranja

Vrlo je važno znati status korisnika koji ubrizgava (ikad naspram nikad), a podaci bi uvijek trebali biti raščlanjeni prema statusu ubrizgavanja i prema drogi.

Konzistentnost izvještene informacije kroz TDI indikator i izvještene informacije u DRID indikatoru će također biti detaljno procijenjene i u suradnji sa državama.

2.1.11 Dijeljenje igle/šprice

Postoji nekoliko obrazaca dijeljenja opreme (igla, šprica, filteri, otopine droge, davanje/posuđivanje opreme, dijeljenje s partnerom, s prijateljima itd.) što predstavlja važno rizično ponašanje. Dijeljenje igala i šprica je jedno od ovih rizičnih ponašanja.

Nije moguće zabilježiti sve moguće obrasce dijeljenja opreme za drogu u evropskom sistemu praćenja. Na državnoj ili lokalnoj razini se mogu prikupiti mnogo detaljnije informacije, naročito kada su zarazne bolesti veoma rasprostranjene ili ako postoji rizik od povećanja rasprostranjenosti. Iz tog razloga se traži samo izvještavanje informacije o dijeljenju igala/šprica EMCDDA-u. Detaljnije informacije na evropskoj razini su izvještene kroz druge instrumente (osobito ST 9).

Svrha

Prikupiti osnovne informacije o važnom rizičnom ponašanju (dijeljenje igala/šprica), što može dovesti do zaraznih

bolesti.

Kriterij uključenosti

Svi korisnici koji su ikad ubrizgavali droge.

Kriterij isključenosti

Svi korisnici koji nikad nisu ubrizgavali.

Metodološka posmatranja

Informacije bi se trebale odnositi na sve koji su ikad ubrizgavali bilo koju drogu.

2.1.12 Zamjensko liječenje opioidima (OST)

Zamjensko liječenje opioidima je dugoročna intervencija sa upotrebom agonističke supstance s ciljem smanjenja ili eliminiranja upotrebe zabranjene opioidne droge, ili da bi se smanjile povrede od posebne metode primjene i prateće opasnosti za zdravlje.

Svrha

Bolje odrediti razinu dostupnosti zamjenskog liječenja. Provjeriti da li je korisnik, koji ponovno počinje liječenje, bio ili jeste već uključen u zamjensko liječenje. Također će pružiti informacije o trajanju OST-a onih koji počinju liječenje od upotrebe druge problematične droge i vrijeme koje je prošlo od prvog OST-a.

Kriterij uključenosti

- Korisnici koji su već bili liječeni u godini(ama) prije godine izvještavanja.

Kriterij isključenosti

- Korisnici koji nikad prije nisu bili liječeni prije godine izvještavanja.

Metodološke specifikacije

Važno je provjeriti da li je korisnik podvrgnut zamjenskom liječenju sa supstancom i da li je on/ona također zabilježen kao zloupotrebljivač iste ili druge zamjenske supstance. Ovo će biti korisno kao informacija za vrjednovanje i za provjeru prikladnosti liječenja.

2.2 Popis stavki

1. Vrsta centra za liječenje

1. vanbolnički centri za liječenje
2. stacionarni centri za liječenje
3. jedinice za liječenje u zatvoru
4. liječnici opće prakse
5. niskopragne agencije
6. ostalo (molimo navedite koja vrsta centra za liječenje/program)
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Šest vrsta gore navedenih centara za liječenje su najuobičajenije vrste prema kojima su

korisnici identificirani a podaci izvješteni; to su također najuobičajenije tačke ulaska u sistem liječenja.

Nacrta za konsultacije — **Indikator potrebe za liječenjem (TDI) Standardni Protokol verzija 3**

Jedinice za liječenje u zatvoru predstavljaju važnu ulaznu tačku za mnoge korisnike droge koji se drugačije ne bi pojavili na liječenju. Pored toga, pitanje droge i zatvora trenutno predstavlja veliko prioritarno pitanje u evropskom političkom dnevnom redu i zaslužuje posebnu pažnju.

Za definiciju liječenja i klasifikaciju centara za liječenje koji nisu uključeni u tri gore navedene grupe, molimo pogledajte odjeljak o definiciji liječenja od droge i centru za liječenje.

Podsjećamo da podjela po vrsti centra za liječenje u obrascu izvještavanja podataka neće biti centralna i da će samo neke podjele biti izvještavane prema vrsti centra za liječenje (vidi 'Metodološke informacije' i odjeljak koji uključuje obrazac izvještavanja podataka).

2. Godina liječenja

/ _____ /

Metodološke specifikacije

Datum početka liječenja je bitan za stvaranje analize trenda tijekom vremena i za razdvajanje vremenskih perioda (epizode liječenja) za izvještavanje. Ovo omogućava dinamičku analizu podataka liječenja.

Mjesec liječenja se ne bi trebao izvještavati EMCDDA-u, ali se mora zabilježiti na državnoj i na razini centra za liječenje da bi se izbjegao rizik brojanja iste osobe dva puta u istom periodu izvještavanja.

3. Nekad prethodno liječeni

1. nikad prije liječeni
2. prethodno liječeni
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Pogledajte također definiciju 'prvog liječenja' u odjeljku o definiciji za korisnika koji nije nikad liječen prije godine izvještavanja. Ako korisnik počinje liječenje više od jednom u istoj godini izvještavanja, samo prva epizoda liječenja bi se trebala zabilježiti. Druga prethodna liječenja se mogu odnositi na podvrgavanje liječenju zbog upotrebe bilo koje droge, koja može biti drugačija od trenutne primarne droge. Duplo brojanje bi se trebalo izbjeći unutar iste države što je više moguće, prema mogućnostima svake države.

4. Izvor upućivanja

1. sud/uvjetna kazna/policija
2. liječnik opće prakse
3. drugi centar za liječenje od droge
4. druge zdravstvene, medicinske ili društvene institucije
5. obrazovne institucije
6. samoupućivanje, upućivanje iz porodice, prijatelji itd.; bez uključenosti drugih

7. ostalo (molimo navedite koje institucije)

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Izvor upućivanja pruža neki uvod u stazu kojom je korisnik došao na liječenje od droge. Prema evropskim analizama provedenim u zadnjih 10 godina, vidjelo se da je bitno shvatiti koje su institucije pored institucija za drogu uključene u upućivanje na liječenje. Cilj ove varijable je shvatiti razinu uključenosti drugih agencija, zdravstvenih, društvenih institucija i institucija u upućivanju korisnika na liječenje. Podaci o izvoru upućivanja su također važni za procjenu opsega liječenja zbog pravne obaveze. 'Izvor upućivanja' se odnosi na izvor koji je bio najinstrumentalniji u upućivanju korisnika na liječenje.

5.Spol

1. muško

2. žensko

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Osnovne epidemiološke informacije.

6. Dob na početku liječenja (u godinama)

Dob: /___/___/
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Osnovne epidemiološke informacije.

7. Životni status (s kim)

1. sam
2. s porodicom porijekla (roditelji itd.)
3. s partnerom
4. s prijateljima ili drugim ljudima (bez rodbinskih veza)
5. u pritvoru
6. u institucijama/utočištima (nije pritvor)
7. drugo
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Primarna svrha aspekta 's kim' životnog statusa služi da se indirektno procijeni relacijski status korisnika. Situacija se odnosi na prevladavajuću situaciju korisnika, da li on/ona živi u više od jednog konteksta u istom periodu. Životni status se odnosi na trenutnu situaciju: *Odnosi se na 30 dana prije početka liječenja.*

8. Korisnici droge sa djecom

1. nemaju djecu
2. imaju djecu
 - 2.1 ne žive s djecom
 - 2.2 žive s djecom
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Stavka želi procijeniti da li korisnik ima djecu i kakvi su uslovi života korisnika droge i djece

9. Životni status (gdje)

1. stabilan smještaj
2. nestabilan smještaj i/ili beskućnik
3. u pritvoru

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Aspekt životnog statusa „gdje“ naglašava stabilnost životne situacije. Korisnici u nestabilnom smještaju su korisnici koji su živjeli na različitim mjestima (kuće prijatelja, ulica, utočišta itd.), seleći se sa jednog mjesta na drugo u periodu prije početka liječenja. Ako korisnik živi u instituciji, trebalo bi je prijaviti u kategoriji 4 'ostalo' i navesti instituciju. Situacija se odnosi na prevladavajuću situaciju korisnika, ako on/ona žive u više od jednog konteksta u istom periodu. Životni status se odnosi na trenutnu situaciju: *odnosi se na 30 dana prije početka liječenja.*

10. Radni status

1. povremeno zaposlenje
 2. redovno zaposlenje
 3. studenti
 4. nezaposlen/obeshrabren
 5. prima socijalnu naknadu/penzioneri/kućna radinost/osobe sa invaliditetom
 6. ostalo
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Radni status pruža centralnu informaciju o korisnikovoj ekonomskoj i društvenoj integraciji i njegovom ili njenom svakodnevnom životu.

Preporučuje se korištenje Eurostat standarda što je više moguće da bi se omogućila usporedba sa statistikama za opće stanovništvo i da bi se izbjeglo preklapanje kategorija (npr. nezaposlen i neaktivan). Kategorije definirane Eurostat-om u službenim statistikama o radnom statusu su sljedeće:

- Zaposlen = ljudi koji provode najmanje jedan sat na poslu (za plaću, zaradu ili porodičnu dobit), tijekom zadnjih 30 dana
- Studenti = ljudi koji pohađaju školu
- Nezaposlen = ljudi koji ne rade i aktivno traže posao
- Obeshrabljen = ljudi koji ne rade i koji ne traže posao, jer nisu mogli pronaći posao
- Pensioneri/kućna radinost/osobe sa invaliditetom = ljudi koji primaju dobit od socijalnog osiguranja za svoje penzije ili invalidnost ili su domaćice

Odnosi se na 30 dana prije početka liječenja

11. Najviša razina završenog obrazovanja

1. nikad nisu išli u školu/nikad nisu završili osnovnu školu (ISCED 0)
2. osnovna razina obrazovanja (=ISCED 1)
3. srednjoškolska razina obrazovanja (=ISCED 2 i ISCED 3)
4. visoko obrazovanje (=ISCED 4 do 6)
99. nije poznato/nedostaje

Metodološke specifikacije

Obrazovanje je važna sociodemografska kategorija podataka. Preporučuje se strožije poštivanje ISCED ⁽⁵⁾ (Međunarodna standardna klasifikacija obrazovanja) klasifikacije, kao i usvajanje pravila konverzije specifičnih za državu, koja su već implementirana za omogućavanje statistika o obrazovanju na međunarodnoj razini.

Odnosi se na 30 dana prije početka liječenja.

⁽⁵⁾ Mora se podsjetiti da su ISCED klasifikacije pod revizijom; Eventualne implikacije revidirane verzije će biti uzete u obzir.

12. Primarna droga ⁽⁶⁾

1. Opioidi (ukupno)

- 11 heroin
- 12 metadon zloupotrebljen
- 13 buprenorfin zloupotrebljen
- 14 dentalin zloupotrebljen
- 15 drugi opioidi (molimo navedite)

2. Kokain (ukupno)

- 21 kokain u prahu HCl
- 22 krek kokain
- 23 drugi (molimo navedite)

3. Stimulansi pored kokaina (ukupno)

- 31 amfetamini
- 32 metafetamini
- 33 MDMA i derivati
- 34 mefedron
- 35 drugi stimulansi (molimo navedite)

4. Hipnotici i sedativi (ukupno)

- 41 barbiturati zloupotrebljeni
- 42 benzodiazepani zloupotrebljeni
- 43 GHB/GBL
- 44 drugi hipnotici i sedativi zloupotrebljeni (molimo navedite)

5. Halucinogeni (ukupno)

- 51 LSD
- 52 ketamin
- 53 drugi halucinogeni (molimo navedite)

6. Isparavajući inhalanti

7. Kanabis (ukupno)

8. Druge supstance (ukupno) (molimo navedite koje supstance)

99. Nije poznato

Metodološke specifikacije

Primarna droga je droga koja uzrokuje većinu problema za korisnike, kao što je definirano prema zahtjevu korisnika i (ili) procjeni profesionalca.

Stavka bi uvijek trebala biti popunjena, bez obzira da li korisnik naknadno smatra da ima problem sa upotrebom nekoliko vrsta droga (to će biti dodatna dopunska informacija).

⁽⁶⁾ Imajte na umu da se nekoliko supstanci sa popisa može proizvesti nezakonito (npr. fentalin ili neki amfetamini) ili preusmjeriti iz legalnih izvora. Za svrhu ovog protokola, oba izvora su uključena.

Neke nove droge su uključene u Protokol. To su supstance koje su se pojavile zadnjih godina na tržištu droge, a zbog kojih je netrivijalan broj ljudi počeo liječenje uslijed problema povezanih sa njihovom upotrebom. Klasifikacija ne slijedi znanstvenu klasifikaciju supstanci prema njihovim hemijskim principima i psihoaktivnim učincima (npr. kokain i drugi stimulansi su razdvojeni), način primjene ili druge naučne kategorizacije. Radije se usvaja pragmatična klasifikacija, da bi se pomoglo profesionalcima koji rade u centru za liječenje od droge da zabilježe podatke.

Uključene supstance su samo one koje stvaraju probleme korisniku prema zahtjevima korisnika i procjeni profesionalca.

Grupiranje droga se ne radi samo na osnovu farmaceutskih kriterija nego također razmatra stvarno iskustvo profesionalaca za drogu.

Drugi opioidi uključuju sve opioide koji nisu uključeni u prethodne kategorije (npr. poljski heroin). Umetanje fentanila među primarne droge uključuje i supstance proizvedene na neovlaštenom tržištu i medicinske proizvode korištene izvan medicinske prakse.

Slijedeće supstance su isključene iz primarne droge:

- Duhan
- Alkohol (uključen u sekundarne droge)
- Droge korištene u medicinske svrhe prema medicinskom receptu.

Odnosi se na 30 dana prije početka liječenja.

13. Uobičajni način primjene primarne droge

1. ubrizgavanje
2. pušenje/udisanje
3. jedenje/pijenje
4. šmrkanje
5. ostalo
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Ubrizgavanje droga predstavlja primarni oblik rizičnog ponašanja za korisnike droge. Od posebne je važnosti u odnosu na zarazne bolesti (hepatitis, HIV) kao i druge bolesti i ozljede, a smanjenje prakticiranja ubrizgavanja je cilj mnogih programa za smanjenje štetnosti. 'Uobičajan način primjene' se odnosi na način upotrebe primarne droge.

Pušenje/udisanje se odnosi na upotrebu supstance preko plućnih puteva (kroz nos ili traheje); tiču se supstance koja se uzima u obliku pare.

Šmrkanje se odnosi na nosne puteve i supstancu u obliku praha

Odnosi se na 30 dana prije početka liječenja.

14. Učestalost upotrebe primarne droge

1. dnevno
2. 4–6 dana sedmično
3. 2–3 dana sedmično
4. jednom sedmično ili manje
5. nije korištena u zadnjih 30 dana
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Učestalost upotrebe primarne droge je indikator ozbiljnosti upotrebe droge.

U svim drugim slučajevima se odnosi na zadnjih 30 dana prije početka liječenja.

15. Dob pri prvoj upotrebi primarne droge (u godinama)

Dob: / _____ /

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Negativni učinci upotrebe droge se često povećaju tijekom vremena. Trajanje upotrebe droge se može izračunati na osnovu dobi prve upotrebe i dobi na početku liječenja. Epidemiološki, dob pri prvoj upotrebi je indikator kada je rizik početka upotrebe droge najveći. Praćenje dugoročnih trendova može pomoći u razvoju preventivnih aktivnosti.

16. Sekundarne droge (⁷)

1. Opioidi (ukupno)

- 11 heroin
- 12 metadon zloupotrebljen
- 13 buprenorfin zloupotrebljen
- 14 fentanil zloupotrebljen
- 15 drugi opioidi (molimo navedite)

2. Kokain (ukupno)

- 21 kokain u prahu HCl
- 22 krek kokain
- 23 ostali (molimo navedite)

3. Stimulansi pored kokaina (ukupno)

- 31 amfetamini
- 32 metafetamini
- 33 MDMA i derivati

34 mefedron

35 drugi stimulansi (molimo navedite)

4. Hipnotici i sedativi (ukupno)

41 barbiturati zloupotrebjeni

42 benzodiazepani zloupotrebjeni

43 GHB

44 drugi (molimo navedite)

5. Halucinogeni (ukupno)

51 LSD

52 ketamin

53 drugi (molimo navedite)

6. Isparavajući inhalanti

7. Kanabis (ukupno)

8. Alkohol kao sekundarna droga (ukupno)

9. Druge supstance (ukupno) (molimo navedite koje supstance)

99. Nije poznato

Metodološke specifikacije

Uključene supstance su samo one koje stvaraju probleme korisnicima prema zahtjevu korisnika i procjeni stručnjaka.

Ako korisnik ne koristi sekundarnu drogu, stavka bi trebala biti ostavljena praznom.

Mogu se zabilježiti najviše četiri droge. U formularu za izvještavanje podataka, trebao bi se navesti maksimalni broj zabilježenih droga po svakom pojedincu.

(⁷) Isti kriterij u pogledu porijekla supstance (nedopuštena proizvodnja ili diverzija) kao i kod primarne droge.

U svrhu izvještavanja EMCDDA-u, red popunjavanja sekundarnih droga će biti u skladu s njihovom kliničkom važnošću problema droge za korisnika. Samo ako ovo nije moguće, redosljed popunjavanja sekundarnih droga će biti (ako su prikupljene informacije); prvo supstance korištene za ubrizgavanje, a onda prema učestalosti upotrebe. Ako ništa od gore navedenog nije moguće, redosljed će biti onaj sa popisa supstanci

Tačni korišteni kriteriji će biti objašnjeni u metodološkom odjeljku odgovarajuće tabele.

Alkohol je uključen kao sekundarna droga.

Duhan i droge korištene za medicinske svrhe i prema medicinskom receptu su isključeni. Drugi opiodi uključuju sve opioide koji nisu uključeni u prethodne kategorije, kao što je poljski heroin.

Odnosi se na 30 dana prije ulaska u liječenje.

17. Postojanje problema upotrebe nekoliko vrsta droga

1. da
2. ne
99. nije poznato

Metodološka posmatranja

Problem upotrebe nekoliko vrsta droge se odnosi na situaciju kada su dvije ili više droga uključene u klijentov problem s drogom istovremeno i vrlo je teško procijeniti koja je primarna droga koja je uzrokovala početak liječenja. Ovaj koncept će se koristiti u vrlo ograničenom pristupu kao u ICD-10 (vidi definicije).

Ova stavka bi se uvijek trebala popuniti, čak i ako se koristi samo jedna droga (ili se primarna droga može ustanoviti sa razumnom tačnošću između nekoliko korištenih supstanci) i ako korisnik nije korisnik nekoliko vrsta droge (u tom slučaju na pitanje odgovoriti sa NE).

Međutim, čak i u slučaju korisnika za kojeg je vrlo teško odrediti primarnu drogu, **uvijek** bi se trebala odabrati primarna droga, slijedeći indikacije date u smjernicama i konkretne procedure implementacije korištene na državnoj razini sve do sada (npr. zahtjev korisnika, klinička procjena, standardni omjeri ovisnosti, učestalost upotrebe, dogovorena hijerarhija supstanci, itd).

Odnosi se na 30 dana prije ulaska u liječenje.

18. Zamjensko liječenje opiodima (OST)

1. nikad nije bio na OST
2. ikad bio na OST
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

OST se obično smatra 'zamjenskim liječenjem'. Zamjensko liječenje je definirano kao „administracija temeljito procijenjenih agonista opioda; ovo je urađeno od strane iskusnih i akreditiranih profesionalaca, u radnom okviru prepoznate medicinske prakse, za postizanje definiranih ciljeva liječenja'. Ovo liječenje je često obezbjeđeno u kombinaciji sa psihosocijalnom pomoći. Ova varijabla će pomoći boljem određivanju razine dostupnosti zamjenskog liječenja i pružiti informacije o doživotnom zamjenskom liječenju opiodima među onima koji ulaze u liječenje zbog upotrebe drugih problematičnih supstanci.

Samo korisnici koji su se ranije liječili bi trebali biti uključeni.

19. Dob pri prvom zamjenskom liječenju opioidima (OST)

1. Dob pri prvom OST: /_____/
99. dob nije poznata

Metodološke specifikacije

Ova varijabla u kombinaciji sa podacima o dobi upotrebe prve primarne droge, dob pri prvom ubrizgavanju će doprinijeti pružanju informacija o doživotnim zamjenskim liječenjima opioidima među onima koji počinju liječenje radi upotrebe druge problematične supstance. Stavka bi trebala biti popunjena samo za ljude koji su bili na OST-u prije trenutnog prijema na liječenje.

20. Ikada ubrizgavao ili trenutno ubrizgava bilo kakvu drogu

1. nikad nije ubrizgavao
2. ikad ubrizgavao
 - 2.1 ubrizgavao, ali ne u zadnjih 12 mjeseci
 - 2.2 ubrizgavao zadnje godine, ali ne u zadnjih 12 mjeseci
 - 2.3 ubrizgavao u zadnjih 12 mjeseci, ali ne u zadnjih 30 dana
 - 2.4 trenutno ubrizgava (u zadnjih 30 dana)
3. ne želi odgovoriti
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Ova varijabla se odnosi na ubrizgavanje u vezi sa svim drogama, ne samo primarnim drogama. Ova stavka identificira ubrizgavanje bilo koje droge; daje dobru indicaciju o rizičnom ponašanju. Ovo je od posebne važnosti u pogledu prenosa zaraznih bolesti (hepatitis, HIV) kao i drugih bolesti i ozljeda te pitanja smanjenja povreda. Ubrizgavanje radi medicinskih svrha bi trebalo biti isključeno (dijabetes itd.).

21. Dob pri prvom ubrizgavanju (u godinama)

- Dob: /_____/
99. nije poznato

Metodološka posmatranja

Ova varijabla bi se trebala popuniti samo za ljude koji su si bilo kada ubrizgavali. Ako si ljudi nikad nisu ubrizgavali nikakvu drogu, trebalo bi se ostaviti prazno.

22. HIV testiranje

1. Bilo kada testiran
 - 1.1 testiran, ali ne u zadnjih 12 mjeseci
 - 1.2 testiran u zadnjih 12 mjeseci
2. nikad nije testiran
3. ne želi odgovoriti
99. nije poznato

Metodološka posmatranja

Stavka se tiče aktivnosti testiranja i može biti korisna informacija da se ukrsti sa ponašanjima upotrebe droge (ubrizgavanje, dijeljenje igle). Veoma je poželjno da se provjeri historija testiranja što više unazad“.

23. HCV testiranje

1. nikad nije testiran
2. bilo kada testiran
 - 2.1 testiran, ali ne u zadnjih 12 mjeseci
 - 2.2 testiran u zadnjih 12 mjeseci
3. ne želi odgovoriti
99. nije poznato

Metodološka posmatranja

Stavka se tiče aktivnosti testiranja i može biti korisna informacija za ukrštanje sa ponašanjima u korištenju droge (ubrizgavanje, dijeljenje igle).

24. Dijeljenje igle/šprice

1. nikad nije dijelio iglu ili špricu
2. dijelio iglu i špricu
 - 2.1. dijelio, ali ne u zadnjih 12 mjeseci
 - 2.2 dijelio u zadnjih 12 mjeseci
 - 2.3 trenutno dijeli (u zadnjih 30 dana)
3. ne želi odgovoriti
99. nije poznato

Metodološka posmatranja

Informacije će se tražiti samo ako je korisnik bilo kada ubrizgavao. Ako korisnik nije nikada ubrizgavao, varijabla bi se trebala ostaviti praznom.

3. Metodološka i etička pitanja

Pored općih principa naglašenih u prvom dijelu protokola, potrebno je objasniti specifična metodološka pitanja koja su važna za prikupljanje podataka i izvještavanje.

Da bi se kontekstualizirali TDI podaci izvješteni od strane svake države važno je imati pristup metodološkim informacijama. Prostor za specifikacije o metodologiji korištenoj za prikupljanje i izvještavanje podataka je uključen u EMCDDA obrazac za izvještavanje podataka (vidi obrazac za izvještavanje podataka). U svakom unakrsnom tabeliranju uključen je prostor za komentare; biće naročito važno koristiti taj prostor kada se podaci o državi odvoje od EMCDDA smjernica ili imaju specifičnosti koje se ne mogu shvatiti iz samo kvantitativnih podataka.

3.1 Vremenski period posmatranja

Period posmatranja za cijeli protokol se tiče trenutne situacije korisnika (obrasci profila i upotrebe droge) u zadnjih 30 dana (1 mjesec) prije početka liječenja. Ovo je opće pravilo za sve varijable uključene u protokol, osim ako nije primjenjivo po prvobitnim odredbama ili drugačije specificirano. Međutim, indikacija perioda posmatranja je zbog preciznosti uvijek naznačena. Ako nije naznačena, znači da nije primjenjiva, ali obično je ovo razumljivo iz konteksta svake stavke (npr. ubrizgavao bilo kad, dob pri prvom OST itd).

3.2 Obrasci upotrebe droge: referentna droga

Podaci o obrascima upotrebe droge – dob pri prvoj upotrebi, način primjene, učestalost upotrebe – odnosi se na primarnu drogu. Stavke ubrizgavao bilo kada i dob pri prvom ubrizgavanju se odnosi na bilo koju drogu. Ovo je međutim specificirano u svakoj stavci.

3.3 Pokrivenost

Informacije o pokrivenosti podataka su potrebne da bi se shvatio kontekst TDI podataka u svakoj državi i njenoj razini reprezentativnosti.

Prvo, procjene TDI pokrivenosti bi se trebale odnositi na one centre od kojih se očekuje da izvještavaju kao dio TDI sistema izvještavanja. Pored toga, procjena bi, čak i približna, trebala biti napravljena do granice do koje TDI sistem izvještavanja pokriva ukupne usluge liječenja u državi. Ovo će biti pod uticajem dostupnosti i organizacije državnog sistema liječenja i sistema upućivanja, kao i legislative o drogi.

Rezultati TDI analiza pokazuju da postoje i zajedničke karakteristike i suštinske razlike među državama, vjerovatno zbog državnih razlika u karakteristikama problema s drogom, u sistemu liječenja i u sistemima izvještavanja, te kvaliteti njihovih podataka. Neke razlike moraju postojati zbog razlika vezanih za vrstu ustanova za liječenje i/ili grupa korisnika koje pokriva državni sistem. Poseban EMCDDA projekat proveden u 2007-08. godini (Iversen, 2009.godine) o pokrivenosti podataka je naglasio da se to pitanje razmotri kada se prikupljaju podaci o potrebi za liječenjem. Istraživanje u nekim državama je pokazalo potrebu posjedovanja boljih informacija o dostupnosti liječenja i kapacitetu, da bi se shvatio kontekst TDI podataka. Ova informacija je djelimično uključena u metodološke informacije i djelimično izvještena kroz druge EMCDDA alate fokusirane na dostupnost/kapacitet liječenja (standardna tabela 24 i strukturirana anketa 27). Finalne preporuke projekta su naglasile potrebu da:

- detaljnije uključi procjenu pokrivenosti u sistem osiguranja kvalitete za TDI (...);
- ohrabri države da razviju sisteme za monitoring ustanova za liječenje i kapacitete za liječenje;
- ohrabri države da projektuju sistem sa obaveznim izvještavanjem iz vanbolničkih i stacionarnih agencija za liječenje od droge (centri/jedinice), uključujući kapacitet podataka koji se izvještava kao i postojeće TDI podatke.

3.4 Kvalitet podataka

Kvalitet podataka je veoma bitan u korištenju podataka vezanih za drogu, naročito u evropskoj skupini podataka, gdje bi informacije trebale biti što uporedivije diljem zemalja i postojane tijekom vremena. Međutim, kontrola kvalitete podataka je kompleksna aktivnost naročito kada uključuje podatke iz različitih država izvještenih u skupnom obliku.

Podaci o potrebi za liječenjem priskrbijene od strane država su rutinski ocjenjeni kada se izvještavaju EMCDDA-u. Osnovne procedure ocjenjivanja se implementiraju redovno za kompletost podataka, postojanost, pravodobnost, probleme u broju i ciframa koje se uveliko razlikuju od opće evropske slike. Metodološke informacije se redovno provjeravaju, kako bi se dobilo dublje znanje o sistemu informacija i stvarnoj implementaciji metodoloških smjernica u izvještenim podacima.

Pored rutinske kontrole kvalitete podataka koja se provodi svake godine, poseban sistem za procjenu kvalitete podataka za sve ključne indikatore je proveden 2008.godine. Sistem je primijenjen na TDI podatke i uključuje procjenu aspekata povezanih sa dva područja izvještavanja podataka: proces izvještavanja i kvalitete podataka. Procjena kvalitete podataka je provedena u konsultaciji sa NFP-em i TDI stručnjacima.

Što se tiče procesa, procjena se odnosila na slijedeće aspekte: organizacija sistema izvještavanja, finansijski i ljudski resursi posvećeni prikupljanju podataka, pravna osnova za prikupljanje podataka, procjena kvalitete podataka, napredak u tijeku i glavne prepreke u TDI implementaciji. U području kvalitete podataka, procjena fokusirana na dostupnost podataka na državnoj razini i izvještavanje podataka na evropskoj razini, usklađenost sa EMCDDA smjernicama, pravovremenost, pokrivenost podataka i postojanost internih podataka.

Rezultati te procjene su pokazali da je većina država napravila znatan napredak u implementaciji TDI smjernica u zadnjim godinama, a razina usporedivosti podataka je znatno poboljšana; međutim, neka područja još trebaju poboljšanje.

Informacije o pokrivenosti su u mnogim državama dosta sveobuhvatne; naročito u pogledu broja jedinica izvještavanja u usporedbi sa onima koje funkcioniraju u državama. Teže je dobiti informacije o broju i odnosima pokrivenosti korisnika, gdje su dublje i tačnije informacije potrebne za bolje razumijevanje razine reprezentativnosti izvještenih podataka.

U smislu procesa, veliki napredak je urađen u organizaciji posla na državnoj razini: u većini zemalja je uspostavljena formalna radna grupa i usvojena posebna legislativa, da bi se omogućilo i pomoglo prikupljanje podataka, a sistem informacija je napredovao u pogledu metodologije i korištenja tehnologije. Ovi koraci naprijed podržavaju adekvatno izvještavanje podataka i na državnoj i na evropskoj razini. Međutim, ostaju još neki problemi primarno vezani za dostupnost finansijskih i ljudskih resursa, usklađenost sa evropskim standardima i motivacijom partnera prikupljanja podataka, te pristupnost podacima.

3.5 Duplo brojanje

U ovom kontekstu, 'duplo brojanje' se odnosi na činjenicu da korisnik može biti registrovan više od jednom u bazi podataka za praćenje liječenja u datoj godini. Ovo može biti iz nekoliko razloga, uključujući nedostatak komunikacija između centara za liječenje, odsustvo jedinstvenog sistema da bi se omogućila unakrsna provjera, i ostalo. Duplo brojanje uzrokuje precijenjenost ukupnog broja liječenih osoba.

Na osnovu vodećeg principa da su ono što se treba brojati pojedinci a ne epizode, duplo brojanje bi se što više trebalo izbjegavati na bilo kojoj razini, od centra za liječenje, do lokalne, regionalne, državne i međunarodne razine. Naravno, ovo pravilo će se primijeniti uzimajući u obzir razinu izvodljivosti i ograničenja na državnoj, regionalnoj i lokalnoj razini (tehnološki i metodološki instrumenti, finansijski i ljudski resursi, pravni okvir, uključujući pravne prepreke zbog pravila zaštite podataka).

Nekoliko tehnika je implementirano u državama (Origer, 1996.godine); od najuobičajenijih kao što je kontroliranje duplog brojanja u registru kroz jedinstvenu identifikaciju datu pojedincima (obično na osnovu algoritma koji koristi ime i datum rođenja), do nekih dosta sofisticiranih tehnika, kao što je upotreba digitalnih otisaka (npr. Nizozemska).

Nacrt za konsultacije — **Indikator potrebe za liječenjem (TDI) Standardni Protokol verzija 3**

U idealnoj situaciji, maksimalna razina kontrole duplog brojanja ukazuje da države imaju neki oblik centralnog registra gdje bilježe sve zasebne pojedince s nekim oblikom jedinstvene identifikacije da bi se izbjeglo dupliranje. Ovaj registar bi trebao ispuniti sve zahtjeve garancije zaštite podataka. Druga najbolja opcija je postojanje regionalne baze podataka koja može kontrolirati duplo brojanje do značajne razine. Ako centralni ili regionalni registar ne postoji ili ih nije moguće implementirati iz nekoliko razloga, uključujući pravne, administrativne, financijske razloge, organizacija liječenja bi trebala pokušati implementirati metode za izvođenje provjere podataka prethodnih liječenja (npr. elektronski i/ili pitanjem direktno korisnika da li je on/ona ikad prije bio liječen i/ili pitati druge centre za liječenje koji su možda imali prethodne kontakte sa korisnikom).

U procjeni kvalitete podataka provedenoj 2008.godine na podacima izvještenim EMCDDA-u od strane evropskih zemalja, izbjegavanje duplog brojanja je određeno kao dosta uobičajno među državama, a samo dvije države nemaju ili imaju ograničenu kontrolu duplog brojanja na mjestu. Od 26 država gdje takva kontrola postoji, za devet se vrši na regionalnoj ili na razini centra za liječenje a u 17 na državnoj razini.

3.6 Etička pitanja i zaštita podataka

Tamo gdje se dešavaju problemi sa drogom, uzimaju se bilješke o upotrebi droge te snagama i slabostima korisnika.

Koraci liječenja se obično planiraju na osnovu formalnih dijagnoza ili na pregledu problema koji zahtijeva pažnju provedenu od strane stručnjaka ili tima stručnjaka. Ciljevi se prate uzastopno tijekom liječenja, a ishod će ocjenjuje na kraju. Informacija se primarno prikuplja u svrhu poboljšanja skrbi za korisnike.

Prikupljanje podataka i izvještavanje, pored kliničkih svrha, ima za cilj da dobije osnovne informacije o epidemiološkoj situaciji da podrži dokaze na osnovu zdravstvenih intervencija i podrži efektivne i učinkovite načine liječenja problema s drogom.

Za svaku razinu informacija (npr. kliničku, regionalnu, državnu, međunarodnu itd.) država i međunarodna pravila o povjerljivosti i zaštiti podataka se moraju uzeti u obzir, kao i prava korisnika, osoblja i centara za liječenje. Ovo je posebno slučaj za posebne postavke liječenja, kao što je liječenje u zatvoru gdje se velika pažnja mora obratiti na etička pitanja (zaštita podataka, privatnost, ljudska prava), pri prikupljanju i izvještavanju podataka.

Ove smjernice bi trebale poštivati prihvaćene zakone koji upravljaju zaštitom podataka, privatnošću i istraživanjem u raznim državama. Pristup sirovim podacima mora biti ograničen samo na ovlaštene stručnjake. Upotreba podataka i procedura koje upravljaju objavom rezultata bi trebale biti razmotrene i dogovorene od strane uključenih strana (pružatelji usluga, rukovodioci, političari, istraživači itd.).

EMCDDA (sa TDI protokolom 3.0 kao što je bio slučaj sa TDI protokolom 2.0) ne želi razviti centralnu bazu podataka pojedinaca koji počinju ili su na liječenju od droge na evropskoj razini. Svi podaci su prikupljeni, razvrstani, i zadržani od strane država sa strogim poštovanjem prihvaćenih etičkih standardna, ali su samo skupni podaci udruženi i analizirani za svrhu usporedbe na evropskoj razini. Pojedine skupine podataka, međutim, mogu povremeno biti potrebne za EMCDDA, kao u drugim poljima istraživanja, za posebne studije, ali samo po dogovoru sa državama.

Nacrt za konsultacije — Indikator potrebe za liječenjem (TDI) Standardni Protokol verzija 3

Korisnik	Epizoda liječenja	Centar za liječenje	Prethodna godina	Trenutna godina	Sljedeća godina	Specifikacije	
E	E1	1				Korisnik E počinje liječenje prvi put ikad tijekom trenutne godine. Liječenje je izvješteno za trenutnu godinu kao prvo liječenje ikad.	X
F	F1	1				Korisnik F započinje liječenje prvi put ikad tijekom trenutne godine. Liječenje se nastavlja u sljedećoj godini. Liječenje je zabilježeno u trenutnoj godini kao prvo liječenje ikad.	X
G	G1	2				Korisnik G započinje liječenje prvi put ikad tijekom trenutne godine, ima naknadna liječenja tijekom trenutne godine, unutar istih i drugih centara za liječenje. Samo G1, prvo liječenje u trenutnoj godini je zabilježeno kao prvo liječenje ikad.	X
G	G2	2					
G	G3	3					
H	H1	1				Korisnik H ima liječenje u prethodnoj godini koje je prekinuto završetkom liječenja. Novo liječenje započinje tijekom trenutne godine, u istom ili drugom centru za liječenje, i produžava se u sljedeću godinu. Liječenje u trenutnoj godini je zabilježeno ka prethodno liječeno.	X
H	H2	Bilo koji					
I	I1	2				Korisnik I ima liječenje u prethodnoj godini koje je prekinuto krajem liječenja. Novo liječenje započinje u trenutnoj godini u istom centru za liječenje. Drugo liječenje započinje u trenutnoj godini u drugom centru za liječenje. Liječenje I2 je izvješteno na osnovu toga što je prvo liječenje tijekom godine. Liječenje I2 je izvješteno kao prethodno liječeno.	X
I	I2	2					
I	I3	3					
J	J1	1				Korisnik J je ušao u liječenje prethodne godine i to liječenje je nastavilo u sljedećoj godini. Nakon toga, daljnje liječenje je početo tijekom trenutne godine u istom centru za liječenje. S obzirom da je formalno kraj liječenja zaključio prvo liječenje, liječenje početo tijekom trenutne godine je zabilježeno kao prethodno liječeno.	X
J	J2	1					
K	K1	1				Korisnik K je ušao u liječenje u prethodnoj godini i to liječenje se nastavilo u sljedećoj godini. Nakon toga, daljnje liječenje je započeto tijekom trenutne godine u istom centru za liječenje.	X
K	K2	1					

Indikator potrebe za liječenjem (TDI) Standardni Protokol verzija 3.0

					Pod pretpostavkom da je prošlo 6 mjeseci bez kontakta između prvog i drugog liječenja, liječenje započeto tijekom trenutne godine je zabilježeno kao prethodno liječeno.	
L	L1	1			Korisnik K je započeo liječenje u prethodnoj godini i to liječenje se nastavilo u trenutnoj godini. Nakon toga, daljnje liječenje je započeto tijekom trenutne godine u drugom centru za liječenje. S obzirom da je formalni kraj liječenja zaključio prvo liječenje, liječenje započeto tijekom trenutne godine je zabilježeno kao prethodno liječenje.	X
M	M1	1			Korisnik K je započeo liječenje u prethodnoj godini i to liječenje je nastavljeno u trenutnoj godini. Nakon toga, daljnje liječenje je započeto tijekom trenutne godine u drugom centru za liječenje.	
M	M2	2			Pod pretpostavkom da je prošlo 6 mjeseci bez kontakta između prvog i drugog liječenja, liječenje započeto tijekom trenutne godine je zabilježeno kao prethodno liječeno.	X

Napomena: slučajevi J, K, L i M se mogu smatrati varijacijama sličnih situacija, ili bolje ilustracija. Predstavljaju korisnike koji su bili na liječenju na početku godine, onda je epizoda liječenja zaključena, a nova epizoda (obavijestiti) je započela kasnije tijekom godine. Slučajevi predstavljaju kombinaciju dviju mogućnosti; kada je epizoda liječenja prekinuta formalno i kada je to bilo odustajanje, te kada se uzastopna epizoda održava u istom centru i kada se održava u drugom centru.

5. Reference

CORDROGUE 67, Vijeće Evropske Unije (2001), 'Odluka vijeća o implementaciji pet ključnih epidemioloških indikatora droge, pripremljeno od strane Evropskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama' ('*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), 'Lična komunikacija' ('*Personal communication*').

EMCDDA (2010), '2010 Godišnji izvještaj o stanju problema s drogom u Evropu' ('*2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*'), (dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

EMCDDA Upravni Odbor (2001), 'EMCDDA preporuke o pet usklađenih ključnih indikatora', str.1-13 ('*EMCDDA recommendation on the five harmonised key indicators*', pp. 1–13.)

Evropsko istraživanje ovisnosti (1999), *European Addiction Research* 5(4).

Evropska Unija (2003), 'Preporuka vijeća od 18.juna 2003.godine o sprječavanju i smanjenju povreda zdravlja povezanim sa ovisnosti o drogi' ('*Council Recommendation of the 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*').

Hartnoll, R (1994), Sistem izvještavanja o liječenju od droge i prvi indikator potrebe za liječenjem. Definitivni Protokol (*Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol.*)

EMCDDA, (2011), 'Indikator potrebe za liječenjem' ('Treatment demand indicator (TDI)'), (dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).

Iversen, E (2009), Procjena pokrivenosti prikupljenih podataka u radnom okviru indikatora potrebe za liječenjem (*Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator*) (dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>).

Univerzitet u Manchester-u, DH NTA (2010), Statistike iz Državnog sistema praćenja liječenja od droge (NDTMS) 1.april 2009 – 31.mart 2010.godine (dostupno na: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>).

Origer, A (1996), *EMCDDA Epidemiološki radni program 1996. Procedure za izbjegavanje duplog brojanja u sistemima izvještavanja liječenja od droge*, Luksemburg

SAMHSA (2009), *Skupina podataka epizode liječenja (TEDS) Highlights — 2007* (dostupno na: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>).

Simon, R. i Pfeiffer, T. (1999), *Terenska ocjena implementacije standardnog protokola za prikupljanje informacija o potrebi za liječenje u EU Zemljama Članicama. Finalni izvještaj u ime EMCDDA, Minhen.*

Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Lockett, C. i Stauffacher, M. (2000), 'Standardni protokol 2.0 Indikatora potrebe za liječenjem (TDI)', str.2–36 Lisabon (dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).

Stauffacher, M. i Kokkevi, A. (1999), 'Protokol potrebe za liječenjem Grupe Pompidou: Prvi paneuropski standardna na terenu', *Evropsko istraživanje ovisnosti* 5(4), str. 191–6.

6. Obrazac izvještavanja podataka

Namjenski popis unakrsnog tabeliranja koji će se izvijestiti na osnovu revidiranog TDI Protokola verzija 3.0 je opisan ispod.

Osnovna komponenta TDI protokola se sastoji od skupine definicija (definicija slučaja, definicija liječenja itd.) i osnovnog popisa varijabli koje će se prikupiti od strane svih zemalja na usklađen način. Osnovni popis varijabli je minimalni zahtjev za prikupljanje podataka, a države mogu također prikupiti dodatne varijable na državnoj ili lokalnoj razini koje smatraju neophodnim za državne potrebe za informacijama.

Informacije su izvještene EMCDDA-u kroz Fonte sistem, u predlošku ili obrascu za izvještavanje podataka koji se sastoji od odabranog broja dogovorenih unakrsnih tabeliranja. Ovaj skup unakrsnih tabeliranja predstavlja izbor između mnogih mogućih kombinacija varijabli. Izbor unakrsnih tabeliranja cilja da zabilježi najbitnije i korisnije informacije održavajući teret izvještavanja unutar razumnih granica.

Prethodna struktura izvještavanja sastavljena od odvojenih izvještaja za svaki od mogućih pet vrsta centara za liječenje. Nova struktura izvještavanja se sastoji od jednog izvještaja. Informacija o vrsti centra za liječenje će se nastaviti prikupljati, ali kao varijabla u ograničenom broju unakrsnih tabeliranja.

Da bi se omogućila valjana usporedba neophodno je prikupiti neka unakrsna tabeliranja prema tri kategorije: prethodno liječeni korisnici koji ulaze u liječenje tijekom kalendarske godine, nikad prije liječeni sudionici, i ukupan broj sudionika. Ovo će omogućiti da se usporede prethodno liječeni sudionici i sudionici koji nikad prije nisu liječeni, a na nepoznatu i kategoriju koja nedostaje izračunae se oduzimanjem.

Primarna droga je glavna varijabla na osnovu koje se uspoređuju druge varijable. Ovo odražava široki raspon droga za koje je liječenje dostupno i vjerojatnost da će se karakteristike korisnika razlikovati prema primarnoj drogi.

Velika većina prikupljenih informacija ostaje na osnovi varijabli koje su postojale pod prethodnim protokolom i koje su prikupljene u prethodnom obliku izvještavanja podataka. Međutim, ograničen broj novih varijabli je uključen da pokrije važna područja kao što je problem upotrebe više vrsta droga i izlaganja infekciji. Pored toga, kategorizacija nekih postojećih varijabli je prilagođena da poboljša usklađenost sa međunarodnim normama i ukloni dvosmislenost.

Predloženi predložak će biti upravljan i procijenjen na izvodljivost izvještavanja i korisnosti rezultata. Konačna odluka obliku izvještavanja podataka će se donijeti na osnovu ovog pilota i u konsultacijama sa zemljama koje izvještavaju tijekom sastanaka stručnjaka i NFP u za 2012.godinu. Očekuje se da će podaci na osnovu oblika izvještavanja biti predani EMCDDA-u 2014.godine.

Predloženi 'oblik izvještavanja podataka' se sastoji od jednog predloška sa 68 tabela i 44 metodološka pitanja.

Nacrt Fonte predloška se pojavljuje kao odvojen Aneks u pdf formatu.

- Predložak sadrži 68 tabela i 44 metodološka pitanja (što odgovara 11960 tačaka podataka).
- Odjeljci i grupe su podebljani.
- U svim matricama su dozvoljeni samo brojevi.

1. Uvod

2. Izvor

2.1. EMCDDA godina prikupljanja

2.2. Država

2.3. Godina liječenja

3. Metodološke informacije

3.1. Pokrivenost

3.1.1. Pokrivenost prema vrsti centra za liječenje

3.1.2. Broj jedinica u državi (sve jedinice u državi uključujući one koje nisu u skladu sa TDI protokolom – molimo navedite izvor ove vrijednosti u Napomenama)

3.1.3. Postotak slučajeva pokrivenih slučajeva (postotak slučajeva izvještenih u odnosu na ukupan broj slučajeva liječenih u državi – uključujući slučajeve koji nisu u skladu sa TDI protokolom)

3.1.4. Geografska pokrivenost (državna ili regionalna)

3.1.5. Geografska pokrivenost (dodatne informacije)

3.1.6. Napomene

3.2. Svi sudionici liječenja

3.2.1. Definicija slučaja

3.2.2. Kontrola duplog brojanja

3.2.3. Kako napraviti razliku između Nikad prije liječeni i Prethodno liječeni

3.2.4. Kako je definiran Početak liječenja u vašoj državi

3.2.5. Kako je kraj liječenja definiran u vašoj zemlji

3.3. Definicija centara za liječenje

3.3.1. Kako je definiran vanbolnički centar za liječenje u vašoj državi i koje vrste sadržaja su uključene pod ovom vrstom centra za liječenje

3.3.2. Kako je definiran stacionarni centar za liječenje u vašoj državi i koje vrste sadržaja su uključene pod ovom vrstom centra za liječenje

3.3.3. Kako je definirana liječnička jedinica u zatvoru u vašoj državi i koje vrste sadržaja su uključene pod ovom vrstom centra za liječenje

3.3.4. Kako je definirana druga vrsta liječenja u vašoj državi i koje vrste sadržaja su uključene pod ovom vrstom centra za liječenje

3.3.5. Da li postoje sadržaji za liječenje od droge u TDI protokolu koji ne pružaju liječenje u vašoj državi (npr. niskopragna institucija, liječnici opšte prakse, itd.)

3.4. Karakteristike izvora podataka

3.4.1. Naziv sistema praćenja

3.4.2. Metoda prikupljanja podataka

3.4.3. Definicija epizode liječenja

3.4.4. Bibliografske reference

3.5. Napomene

3.5.1. Napomene u pogledu metodoloških informacija

4. Socio-demografske informacije

4.1. Status liječenja prema vrsti centra za liječenje

4.1.1. Svi sudionici, koji se nikad prije nisu liječili, koji su se prije liječili po vrsti centra za liječenje (broj slučajeva – referentna tabela za ukupne iznose)

4.1.2. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.2. Primarna droga prema vrsti centra za liječenje

4.2.1. Primarna droga prema vrsti centra za liječenje – svi sudionici liječenja

4.2.2. Primarna droga prema vrsti centra za liječenje – nikad prije liječeni

4.2.3. Primarna droga prema vrsti centra za liječenje – prethodno liječeni

4.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.3. Primarna droga prema spolu

4.3.1. Primarna droga prema spolu – svi sudionici liječenja

4.3.2. Primarna droga prema spolu – nikad prije liječeni

4.3.3. Primarna droga prema spolu – prethodno liječeni

4.3.4. Srednje dobi ulaska u liječenje i dobi prve upotrebe i srednje zaostajanje u liječenju prema primarnoj drogi i spolu – sva liječenja

4.3.5. Informacije o dobnoj strukturi prema primarnoj drogi i dobi pri ulaženju u liječenje te dobi pri prvoj upotrebi – sva liječenja

4.3.6. Srednje dobi ulaska u liječenje i dobi prve upotrebe i srednje zaostajanje u liječenju prema primarnoj drogi i spolu – nikad prije nisu liječeni

4.3.7. Informacije o dobnoj strukturi prema primarnoj drogi i dobi ulaska u liječenje te dobi prve upotrebe - nikad prije nisu liječeni

4.3.8. Srednje dobi ulaska u liječenje i dobi prve upotrebe i srednje zaostajanje u liječenju prema primarnoj drogi i spolu - prethodno liječeni

4.3.9. Informacije o dobnoj strukturi prema primarnoj drogi i dobi ulaska u liječenje te dobi prve upotrebe – prethodno liječeni

4.3.10. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.4. Primarna droga po dobi

4.4.1. Primarna droga prema dobi – svi sudionici liječenja

4.4.2. Primarna droga prema dobi – nikad prije liječeni

4.4.3. Primarna droga prema dobi – prethodno liječeni

4.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.5. Primarna droga prema izvoru upućivanja

4.5.1. Primarna droga prema izvoru upućivanja – svi sudionici liječenja

4.5.2. Primarna droga prema izvoru upućivanja – nikad prije liječeni

4.5.3. Primarna droga prema izvoru upućivanja – prethodno liječeni

4.5.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.6. Primarna droga prema životnom statusu (s kim)

4.6.1. Primarna droga prema životnom statusu (s kim) – svi sudionici liječenja

4.6.2. Primarna droga prema životnom statusu (s kim) – nikad prije liječeni

4.6.3. Primarna droga prema životnom statusu (s kim) – prethodno liječeni

4.7. Primarna droga prema životnom statusu (s djecom)

4.7.1. Primarna droga prema životnom statusu (sa djecom) – sva liječenja

4.7.2. Primarna droga prema životnom statusu (sa djecom) – nikad prije liječeni

4.7.3. Primarna droga prema životnom statusu (sa djecom) – prethodno liječeni

4.7.4. Metodološki komentari u interpretacija podataka

4.8. Primarna droga prema životnom statusu (gdje)

4.8.1. Primarna droga prema životnom statusu (gdje) – svi sudionici liječenja

4.8.2. Primarna droga prema životnom statusu (gdje) - nikad prije liječeni

4.8.3. Primarna droga prema životnom statusu (gdje) – prethodno liječeni

4.8.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.9. Primarna droga prema razini obrazovanja

- 4.9.1. Primarna droga prema razini obrazovanja – svi sudionici liječenja
- 4.9.2. Primarna droga prema razini obrazovanja – nikad prije liječeni
- 4.9.3. Primarna droga prema razini obrazovanja – prethodno liječeni
- 4.9.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.10. Primarna droga prema radnom statusu

- 4.10.1. Primarna droga prema radnom statusu – svi sudionici liječenja
- 4.10.2. Primarna droga prema radnom statusu – nikad prije liječeni
- 4.10.3. Primarna droga prema radnom statusu – prethodno liječeni
- 4.10.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5. Informacije o obrascima upotrebe droge

5.1. Primarna droga prema načinu primjene

- 5.1.1. Primarna droga prema načinu primjene – svi sudionici liječenja
- 5.1.2. Primarna droga prema načinu primjene – nikad prije liječeni
- 5.1.3. Primarna droga prema načinu primjene – prethodno liječeni
- 5.1.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.2. Primarna droga prema učestalosti upotrebe

- 5.2.1. Primarna droga prema učestalosti upotrebe – svi sudionici liječenja
- 5.2.2. Primarna droga prema učestalosti upotrebe – nikad prije liječeni
- 5.2.3. Primarna droga prema učestalosti upotrebe – prethodno liječeni
- 5.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.3. Primarna droga prema dobi pri prvoj upotrebi

- 5.3.1. Primarna droga prema dobi pri prvoj upotrebi – svi sudionici liječenja
- 5.3.2. Primarna droga prema dobi prve upotrebe – nikad prije liječeni
- 5.3.3. Primarna droga prema dobi pri prvoj upotrebi – prethodno liječeni
- 5.3.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.4. Primarna droga prema godina od prve upotrebe

- 5.4.1. Primarna droga prema godinama od prve upotrebe – svi sudionici liječenja
- 5.4.2. Primarna droga prema godinama od prve upotrebe – nikad prije liječeni
- 5.4.3. Primarna droga prema godinama od prve upotrebe – prethodno liječeni
- 5.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.5. Droga prema korištenju ubrizgavanja

- 5.5.1. Droga prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – svi sudionici liječenja
- 5.5.2. Droga prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) - nikad prije liječeni
- 5.5.3. Droga prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – prethodno liječeni
- 5.5.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.6. Upotreba više vrsta droge

- 5.6.1. Problem upotrebe više vrsta droge prema statusu liječenja
- 5.6.2. Obrasci više vrsta droge (standardne kombinacije) prema statusu liječenja
- 5.6.3. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.7. Primarna droga prema ostalim (sekundarnim) drogama

- 5.7.1. Primarni korisnici opijata (ukupno) prema drugim (sekundarnim) drogama – svi sudionici liječenja
- 5.7.2. Primarni korisnici kokaina (ukupno) prema drugim (sekundarnim) drogama – svi sudionici liječenja
- 5.7.3. Primarni korisnici stimulanata (pored kokaina) prema drugim (sekundarnim) drogama ' svi sudionici liječenja
- 5.7.4. Primarni korisnici kanabisa (ukupno) prema drugim (sekundarnim) drogama – svi sudionici liječenja
- 5.7.5. Primarni korisnici drugih droga prema drugim (sekundarnim) drogama – svi sudionici liječenja
- 5.7.6. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6. Informacije o posljedicama po zdravlje

6.1. HIV testiranje prema korištenju ubrizgavanja

6.1.1. HIV testiranje prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – svi sudionici liječenja

6.1.2. HIV testiranje prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) - nikad prije liječeni

6.1.3. HIV testiranje prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) - prethodno liječeni

6.1.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.2. HCV testiranje prema korištenju ubrizgavanja

6.2.1. HCV testiranje prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – svi sudionici liječenja

6.2.2. HCV testiranje prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – nikad prije liječeni

6.2.3. HCV testiranje prema korištenju ubrizgavanja (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – prethodno liječeni

6.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.3. Dijeljenje igala/šprice prema statusu liječenja

6.3.1. Dijeljenje igala / šprice prema statusu liječenja

6.3.2. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.4. Primarna droga prema godinama od prvog ubrizgavanja

6.4.1. Primarna droga prema godinama od prvog ubrizgavanja – svi sudionici liječenja

6.4.2. Primarna droga prema godinama od prvog ubrizgavanja – nikad prije liječeni

6.4.3. Primarna droga prema godinama od prvog ubrizgavanja – prethodno liječeni

6.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.5. Korisnici koji primaju OST

6.5.1. Broj korisnika koji primaju OST prema OST statusu

6.5.2. Broj korisnika koji primaju OST prema primarnoj drogi i godinama od prvog OST

6.5.3. Metodološki komentari i interpretacija podataka

7. Aneksi

7.1 Tabela sažetka usporedbe: stare i nove stavke

Stare stavke	Nove stavke
Vrsta centra za liječenje	Podaci koje se izvještavaju nisu više usmjereni na vrstu centra za liječenje
Datum mjeseca liječenja	<u>Izostavljeno na EMCDDA razini</u>
Datum godine liječenja	Isto
Nekad prije liječen	Za više od jedne epizode, <u>PRVA epizoda liječenja bi se trebala zabilježiti</u>
Izvor upućivanja	Manje izmjene u kategorijama i redu
Spol	Isto (promijenjena riječ)
Dob	Isto (promijenjena riječ)
Godina rođenja	<u>Izostavljeno na EMCDDA razini</u>
Životni status (s kim)	Pojašnjavanje kategorija radi izbjegavanja preklapanja
Životni status (gdje)	Pojašnjavanje i manja izmjena u jednoj kategoriji
Nacionalnost	<u>Izostavljeno na EMCDDA razini</u>
Radni status	Usklađivanje sa Eurostat klasifikacijom
Najviša završena razina obrazovanja	Isto; detaljnija referenca u ISCED klasifikaciji
Primarna droga	Isto, s dodatkom nekoliko supstanci bitnih za korisnike droge u trenutnoj situaciji
Već prima zamjensko liječenje	Slično, ali pojednostavljeno
Uobičajeni način primjene	Isto
Učestalost primjene (primarna droga)	Objašnjenje nekih kategorija
Dob pri prvoj upotrebi primarne droge	Isto
Ikad/trenutno (zadnjih 30 dana) – ubrizgava	Specifikacije nekih kategorija
Druge (=sekundarne) droge koje se trenutno koriste	Isto, s dodatkom nekoliko supstanci bitnih za korisnike droge u trenutnoj situaciji
--	Životni status: imati djecu
--.	Dob pri prvom ubrizgavanju
--	Upotreba nekoliko vrsta droge
--	Dob pri prvom OST
--	HIV testiranje
--	HCV testiranje
--	Dijeljenje igle/šprice

7.2 Modul rasprostranjenosti liječenja

Ovaj modul je odvojen od rutinskog TDI prikupljanja podataka i nema praktične implikacije za TDI registraciju pri prijemu na liječenje. Modul, koji je nastavak rada započetog u 2006.godini, predstavlja 'rad u napretku' i bilje dalje razvijen u 2011. i 2012.godini u kontekstu EMCDDA strategije prikupljanja podataka o liječenju i analiza, da bi se završio do kraja 2012.godine.

Koncept

Pored podataka o ljudima koji počinju (ili ponovo počinju) liječenje od droge, podaci o Rasprostranjenosti liječenja će također obuhvatiti korisnike koji su bili na liječenju tijekom godine, ali koji nisu generirali TDI početak liječenja, jer su na kontinuiranom liječenju od prethodne godine ili ranije. Ovo će biti slučajevi A, B, C i D na dijagramu 5.1.

Svrha

Informacije o modulu rasprostranjenosti liječenja ima dvije svrhe.

- (1) Poboljšati sliku populacije sa problemima s drogom, čak i ako se mogu smatrati stabiliziranim u liječenju. Ovi korisnici mogu biti koncipirani na drugačiji način i sa drugačijim političkim implikacijama od korisnika s problemom s drogom koji nisu stabilizirani u liječenju, ali ipak je važno procijeniti njihov broj i osnovne karakteristike. Vidi 'Dodatni izazovi za TDI indikator' na strani 8.
- (2) Pomoći procijeniti 'ukupan broj ljudi u kontaktu sa službama za liječenje'. U nekim državama modul „rasprostranjenosti liječenja“ može biti dobra približnost ukupnog broja, s obzirom da će u drugim zemljama to biti bitna komponenta, ali dopunjena sa drugim metodama. Procjena ukupnog broja ljudi u kontaktu sa centrima za liječenje se može koristiti da bi se procijenila 'pokrivenost liječenja' (razmjer svim korisnika s problemom s drogom koji su na liječenju).

Opći pristup

U nekim državama, biće moguće dobiti informacije o 'rasprostranjenosti liječenja' bez dodatnog prikupljanja podataka, jer imaju elektronske sisteme sa centralnom bazom podataka koji omogućuju da situacije korisnika kao što je „na liječenju/nije na liječenju“ budu određene. U drugim državama može biti izvodivo da se provede periodično prikupljanje podataka, dok u konačnici u drugim državama ovo prikupljanje podataka u principu neće biti moguće, bar kratkoročno.

Prikupljanje podataka o modulu rasprostranjenosti liječenja će se razmatrati prvenstveno na dobrovoljnoj osnovi i samo za one države gdje je moguće dobiti informacije iz postojećih baza podataka bez dodatnog prikupljanja podataka. Prema informacijama dostupnim u vrijeme revizije TDI protokola, 17 EU zemalja imaju državnu TDI bazu podataka, a neke dodatne zemlje imaju regionalne baze podataka. Moguće je da nisu sve one u mogućnosti da automatski izračunaju podatke o „rasprostranjenosti liječenja“, ali prema radu urađenom od 2006.godine, može se očekivati da razuman broj država može pružiti podatke, dajući približnost cjelokupne situacije u Evropi (EMCDDA, 2010.godine).

Planirano je da podaci o rasprostranjenosti liječenja budu samo izvješteni od strane država EMCDDA-u svake tri godine i u odvojenim predlošcima izvještavanja podatak.

7.2.1 Specifične definicije za modul rasprostranjenosti liječenja.

Sve definicije za TDI indikator primjenjuju se na ovaj modul, osim ako nije određeno drugačije.

Status korisnika u pogledu njegove/njene situacije liječenja za 'Modul rasprostranjenosti liječenja'

1. Korisnik nikad prije liječen =

Korisnik koji je započeo liječenje, zbog problema s drogom, tijekom godine izvještavanja po prvi put tijekom njegovog ili njenog života.

2. Korisnik koji je liječen prije godine izvještavanja =

Korisnik koji je započeo liječenje zbog problema s drogom tijekom godine izvještavanja, ali je imao druge epizode liječenja u prethodnim godinama (jednu ili više) koja je završila prije epizode liječenja tijekom započete godine izvještavanja.

3. Korisnik u uzastopnom liječenju =

Korisnik koji je započeo liječenje u godini prije godine izvještavanja ili ranije i još je na liječenju tijekom godine izvještavanja.

4. Korisnik sa nepoznatim statusom =

Korisnik čiji status liječenja nije poznat, jer ne postoji centralni registar ili jer se korisnik ne sjeća ili iz bilo kojeg drugog razloga.

Kriterij ubrajanja

Svi korisnici započinju liječenje tijekom godine izvještavanja.

Korisnici koji su na liječenju tijekom godine izvještavanja kontinuirano od prethodne godine ili ranije i koji ne započinju novo liječenje tijekom godine izvještavanja koja je izvještena TDI-u (izbjeći duplo brojanje).

Kriterij isključenja

Korisnici koji su završili liječenje do 31. decembra godine prije godine izvještavanja i nisu ponovno započeli liječenje u godini izvještavanja, nisu uključeni.

Korisnik koji je odustao od liječenja najmanje šest mjeseci prije 31. decembra godine prije godine izvještavanja

Liječenja se smatraju završenima u dva slučaja:

- Kada je liječenje formalno prekinuto, a kraj liječenja je registrovan u dosijeu korisnika
- Kada nije registrovan nikakav kontakt korisnika u zadnjih šest mjeseci: svi korisnici koji su imali zadnji kontakt sa centrom za liječenje 30. juna godine prije godine izvještavanja – ili prije – ne bi trebali biti uključeni u prikupljanje podataka.

Kraj liječenja

Vidi definiciju kraja liječenja u glavnom odjeljku TDI Protokola verzija 3.0.

7.2.2 Popis stavki

Kao što je definirano u smjernicama za pilot prikupljanje podataka u 2008. godini postoje dvije grupe varijabli:

- (a) **Obavezne varijable:** one su slijedeće i slijede ista pravila i metodološke specifikacije kao što je predloženo u općem TDI protokolu verzija 3.0:
- Broj korisnika droge
 - Dob
 - Spol
 - Primarna droga
- (b) **Dobrovoljne varijable** su sve druge varijable uključene u rutinsko TDI prikupljanje podataka, mogu se također prikupiti za rasprostranjenost liječenja, korištenjem predložaka za prikupljanje podataka o rasprostranjenosti liječenja.

7.2.3 Metodologija za prikupljanje podataka

Nacrt za konsultacije — Indikator potrebe za liječenjem (TDI) Standardni Protokol

Postoje dvije moguće metode koje se koriste za prikupljanje podataka o ljudima koji ostaju na liječenju tijekom godine izvještavanja. Te dvije metode su sljedeće:

- (A) Rutinsko prikupljanje podataka o svim korisnicima u liječenju od droge od 1.januara do 31.decembra godine izvještavanja, obično urađeno automatski na osnovu posebnog statističkog upita provedenog u centralnom/regionalnom kompjuterizovanom registru)
- (B) Cenzus korisnika koji su na liječenju od droge 1.januara (ili nekog drugog dana sa potrebnim prilagodbama) godine izvještavanja + svi korisnici koji su započeli liječenje tijekom godine izvještavanja. Ova metoda se može provesti kroz posebno prikupljanje podataka ili također automatski na osnovu prikladnih statističkih upita u centralnom/regionalnom registru.

Mogu se koristiti ili metoda (A) ili metoda (B). Odabrana metoda za prikupljanje podataka bi trebala jasno biti naznačena u odjeljku o metodologiji. Očekuje se da zemlje ili regioni sa kompjuterizovanim registrima, koje mogu odrediti status liječenja (liječi se/ne liječi) korisnika tijekom vremena, mogu koristiti obje metodologije primjenjivanjem prikladnih algoritama u svojim bazama podataka.

U metodološkom odjeljku izvještenih informacija od strane zemalja u ovom modulu, trebalo bi se također naznačiti da li su izvori podataka isti koji su korišteni za rutinsko EMCDDA/TDI prikupljanje podataka i jasne reference za tabele date EMCDDA-u bi trebale biti prijavljene.

Duplo brojanje bi se trebalo izbjegavati: ako se korisnik pojavi dva ili više puta, prva epizoda liječenja bi se trebala registrirati.

U slučaju korisnika sa liječenjem u tijeku i početkom liječenja tijekom iste godine izvještavanja, ali nakon završetka liječenja ili šest mjeseci od zadnjeg kontakta liječenja, prioritet se uvijek daje epizodi liječenja prijema na liječenje. Ovi podaci bi se stoga trebali također zabilježiti u rutinske TDI podatke.

Period posmatranja je isti kao i za rutinski TDI Protokola: 30 dana prije prijema na liječenje. Jedina iznimka je dob gdje je posmatrani period sljedeći:

1. za korisnike koji počinju liječenje od droge, odnosi se na 30 dana prije početka liječenja
2. za korisnike na kontinuiranim liječenjima:

— Ako je korištena metoda A, period posmatranja za izračunavanje dobi korisnika je 30.juni godine izvještavanja (ili najbliži datum 30.junu za koji postoji registracija); ako ovaj izračun nije moguć, period posmatranja bi trebao biti zadnja registracija korisnika. Podaci korišteni za izračun dobi bi trebali jasno biti navedeni u metodološkom odjeljku.

— Ako je korištena metoda B, period posmatranja je 1.januar godine izvještavanja.