

Европски центар за мониторинг
на дроги и зависности од дроги

НАЦРТ

Индикатор на побарувачка од третман (ТДИ)

Стандарден протокол 3.0

НАЦРТ – Индикатор на побарувачка од третман (ТДИ) Стандарден протокол, верзија 3.0

Заслуги

ЕМЦДА

Линда Монтанари, Бруно Гуарита, Андре Ноор, Лукас Виесинг, Филомена Гомез, Дагмар Хедрих, Алесандро Пирона, Роланд Симон, Џулијан Виченте

Надворешни консултанти

Мајкл Донмал, Обединето Кралство
Дејвид Бест, Обединето Кралство
Колин Тејлор, Обединето Кралство

Експерти за ТДИ кои дадоа придонес кон изготвувањето на овој протокол со учество во работните групи во 2008, 2009 и 2010 година, во врска со ревизијата на протоколот на ТДИ

Елена Алварез, Шпанија
Шарон Арпа, Малта
Мартин Буш, Австрија
Ерик Иверсен, Норвешка
Јохан Кершбаум, Австрија
Сузи Лајонс, Ирска
Етиен Мафли, Швајцарија
Виктор Мравчик, Чешка Република
Љубомир Окрулица, Словачка
Антон В. Оувеханд, Холандија
Кристоф Пале, Франција
Тим Фајфер, Германија
Јануш Сиерославски, Полска
Маркис Трапенциерис, Латвија
Момчил Василев, Бугарија

Експерти на земјите за ТДИ (од состанокот на експерти за ТДИ во 2010.)

(да се провери од страна на националните експерти и националните одговорни лица и да се потврди дали треба да се вклучат и експертите кои учествуваа во состаноците на експертите за ТДИ во 2008 и 2009 година)

Јохан Ван Бусел, Белгија
Момчил Василев, Бугарија
Властимил Некас, Чешка Република
Бела Студничкова, Чешка Република
Клаудија Ранерис, Данска
Тим Фајфер, Германија
Инго Кипке, Германија
Елена Алварез, Шпанија
Каире Валс, Естонија
Делфин Белероуз, Ирска

Љубомир Окрулица, Словачка
Романа Штокел, Словенија
Тулма Ваананен, Финска
Роџер Холмберг, Шведска
Берт Греен, Шведска
Мајкл Донмал, Обединето Кралство
Грете Лаурицен, Норвешка
Драгица Каталиник, Хрватска
Мехмет Акгун, Турција

Анастасиос Фотиу, Грција
Кристоф Пале , Франција
Тања Баштијаниќ, Франција
Бруно Ценети, Италија
Јоана Јасеми, Кипар
Маркис Трапнециерис, Латвија
Ернестас Јасаитис, Литванија
Софија Лопез Коста, Луксембург
Ана Петерфи, Унгарија
Тамас Коос, Унгарија
Роберта Гелел, Малта
Кирстин Маршан-Агиу, Малта
Мартин Буш, Австрија
Антон В. Оувеханд, Холандија
Вил Куијперс, Холандија
Јануш Сиерославски, Полска
Марта Стружик, Полска
Хозе Падуа, Португалија
Аурора Лефтер, Романија
Ана Марија Теодореску, Романија

Кратенки

ASI	Индекс на степенот на зависност
CICAD	Интерамериканска комисија за контрола на злоупотреба на дрогата
DRD	Случаи на смрт поврзани со дрога
DRID	Заразени болести поврзани со дрога
DSM-IV	Дијагностички и статистички прирачник за ментални пореметувања, четврто издание
EMCCDA	Европски мониторинг центар за дроги и зависности од дроги
GBL	Гама-Бутилорактон
GHB	Гама-Хидроксибутирична киселина
HCI	Хепатитис С вирус
HIV	Вирус на човечка имунодефициенција
ICD-10	Меѓународна класификација на болести, десетто ревидирано издание
IDU	Интравенозен корисник на дрога
ISCED	Меѓународна стандардна класификација на образование
MDMA	Метилен-диоксиметамфетамин
NF	Национално одговорно лице, институции и национални сектори кои ја формираат мрежата Реитокс (Reitox)
OSD	Третман со опиоидска супституција
UPD	Проблематичен корисник на дрога
PG	Помпиду Група на Советот на Европа
Reitox	Европска информациска мрежа за дроги и зависности од дроги (Réseau Européen d'Information sur les drogues et les Toxicomanies)
SAMHSA	Администрација за злоупотреба на супстанции и услуги за ментално здравје
TDI	Индикатор на побарувачка од третман
UNODC	Канцеларија за дрога и криминал на ОН
WHO	Светска здравствена организација

Содржина	
ПРЕДГОВОР	3
1. ВОВЕД	4
1.1 Историја	4
1.2 Цел, намера и методолошки импликации	4
Зошто ТДИ: која е неговата цел?.....	4
За што служат прибраните податоци: што е намената?	5
Како се постигнува целта на ТДИ	5
Со кои дополнителни предизвици се соочи ТДИ во последните години?	6
1.3 Спроведување на ТДИ	6
1.4 Општи начела на Протоколот за ТДИ 3.0	7
(а) Мониторинг наспроти истражување/ад-хок студии.....	7
(б) Хиерархија на потребите од податоци: од клинички податоци до информации релевантни за европската политика	7
(в) Известување за податоците наспроти прибирање на истите	8
(г) Поединци наспроти епизоди на третман	8
(д) Инциденца наспроти преваленца на третман	9
(ѓ) Измени во дефинициите и импликации за минатите податоци	9
2. НАСОКИ	10
2.1 Дефиниции	10
2.1.1 Дефиниција на случајот	10
2.1.2 Третман на зависници од дрога	11
2.1.3 Почеток на третманот	11
2.1.4 Крај на третманот	12
2.1.5 Епизода на третман	13
2.1.6 Центар/програма на третман	13
2.1.7 Примарна дрога	15
2.1.8 Секундарна дрога	16
2.1.9 Проблем со користење повеќе дроги	16
2.1.10 Тестирање за ХИВ или ХЦВ.....	17
2.1.11 Делење игла/шприц	17
2.1.12 Третман со опиоидска супституција (ОСТ).....	18
2.2 Список на ставки	19
3. МЕТОДОЛОШКИ И ЕТИЧКИ ПРАШАЊА	31
3.1 Референтен временски период	31
3.2 Модел на користење дрога: референтна дрога	31
3.3 Опфат	31
3.4 Квалитет на податоците	32
3.5 Двојно пребројување	32
3.6 Етички прашања и заштита на податоците	33
4. ДЕФИНИЦИЈА НА СЛУЧАЈОТ: ГРАФИЧКИ ОПИС	34
5. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	44
6. ОБРАЗЕЦ ЗА ИЗВЕСТУВАЊЕ ЗА ПОДАТОЦИТЕ	45
7. АНЕКСИ	52
7.1 Споредбена табела-резиме: стари и нови ставки	52
7.2 Модул за преваленца на третманот	53

<i>7.2.1 Специфични дефиниции на Модулот за преваленца на третманот</i>	54
<i>7.2.2 Список на ставки</i>	54
<i>7.2.3 Методологија на прибирање податоци</i>	55

Предговор

Европскиот центар за мониторинг на дроги и зависности од дроги (ЕМЦДДА) беше основан во 1993 година, со цел на Европската Унија и нејзините земји-членки да им се обезбедат фактички, објективни, сигурни и споредливи информации на европско ниво, во врска со дрогите и зависностите од дроги и последиците од истите (Европска Унија, 2003).

Главните инструменти на ЕМЦДДА вклучуваат пет клучни епидемиолошки индикатори, кои обезбедуваат информации за епидемиологијата на користењето дрога и последиците од истата во Европа. Индикаторите го опфаќаат конзумирањето дрога кај општата популација и кај учениците, нивото на проблематично користење дрога, здравствените последици од користењето дрога, вклучително заразни болести и смртни случаи поврзани со дрога и побарувачка од третман од користење дрога.

Индикаторот за побарувачка од третман (ТДИ) е воспоставен во 2000., како надградба на работата на групата за соработка на Советот на Европа на борба против користењето дрога и незаконската трговија (Групата Помпиду), со цел да се приберат споредливи и сигурни информации за бројот и карактеристиките на корисниците на дрога кои се јавуваат на третман во земјите-членки на ЕУ. ТДИ претставува мерка на побарувачката од третман и е индикатор на трендовите на проблематичното користење дрога, а и ги утврдува трендовите во користењето на институциите за третман.

Оваа публикација претставува ревидирана верзија на ТДИ Протоколот 2.0. По 10 години прибирање податоци на европско ниво, стана неопходно ТДИ Протоколот 2.0 да се менува на различни начини, со цел на подобар начин да се одразат промените што се случија во тој период, не само во однос на состојбата со користење дроги, туку и во системот на третирање, како и во националните и меѓународните информациски системи.

Протоколот е структуриран во седум дела:

1. Вовед (историја, цели, спроведување, општи начела)
2. Насоки (дефиниции и ставки)
3. Методолошки прашања (општи забелешки, квалитет на податоците, опфат, двојно пребројување, етички прашања)
4. Дефиниција на случај: графички опис
5. Користена литература
6. Модел Фонте
7. Анекси
 - 7.1 Споредбена табела-резиме на стари и нови ставки
 - 7.2 Модул за 'преваленца на третманот'

Волфганг Гец
Директор на ЕМЦДДА

1. Вовед

1.1 Историја

Историјата на Индикаторот на побарувачка од третман (ТДИ) почнува пред речиси 20 години, кога беше дефинирано првото усогласено прибирање податоци. Целта на протоколот беше на професионалците и на истражувачите да им се обезбеди заедничка европска методологија на прибирање и известување за основните податоци во врска со профилот на корисниците на дрога кои се во контакт со центрите за третман.

Сетот основни податоци беше составен од националните искуства во прибирањето податоци во системот за третман од користење дроги, кој често веќе постоеше пред воведувањето на ТДИ. Во земјите во кои не постоеше национален систем за прибирање податоци, ТДИ често се усвојуваше како минимален сет податоци за поопширен национален систем за мониторинг на корисниците на дроги кои се на третман (Европско истражување на зависностите, 1999 г.). Првиот актер кој дефинираше заеднички протокол за прибирање податоци за луѓе кои се подвргнале на третман од дроги беше Групата Помпиду (ГП), која ги координираше студиите на ниво на градови (во Даблин и Лондон во 1991.) и еден развоен проект во 11 града и формирањето на Европска експертска група, која се состана неколку пати за да дискутира и да ги договори методолошките насоки. Протоколот на ГП беше објавен во 1994. (Хартнол, 1994., Штауфахер и Кокеви, 1999.) и најпрво применет на ниво на град, а потоа и на национално ниво во западноевропските земји; во втората фаза, тој беше спроведен во централните и источните европски земји.

Во 1994., беше основан Европскиот центар за мониторинг на дроги и зависности од дроги (ЕМЦЦДА) и тој ја презеде одговорноста за прибирање податоци за побарувачката од третман во Европа.

Индикаторот на побарувачка од третман 2.0 на ЕМЦЦДА /Групата Помпиду (Сајмон и др., 2000) беше објавен врз основа на ревизијата на првиот протокол на Групата Помпиду. На истиот му претходеше оценка на изводливоста во однос на методологијата и прибирањето податоци (Оригер, 1996.) и евалуација на националните искуства со известувањето за податоците со примена на ТДИ (Сајмон и Фајфер, 1999.).

Од 2000 година наваму, ЕМЦЦДА врши известување за податоците од земјите-членки на ЕУ и усвои формални договори со земјите-членки, со цел да го стимулира и олесни прибирањето податоци и известувањето од национално на европско ниво.

Петте клучни епидемиолошки индикатори на ЕМЦЦДА, вклучително и ТДИ, беа формално усвоени од страна на Управниот одбор на ЕМЦЦДА (Управен одбор на ЕМЦЦДА, 2001.) и од страна на Советот на Европа во 2001 (CORDROGUE 67 Совет на Европската Унија, 2001.). Во тие формални документи, 'Земјите-членки на ЕУ (...) се поттикнуваат да обезбедат расположливост на информации за петте клучни епидемиолошки индикатори и да ги утврдат и да ги решат можните проблеми при креирањето и дистрибуцијата на тие информации; Советот ги поттикнува земјите-членки да му дадат приоритет на креирањето и дистрибуцијата на информациите за петте клучни епидемиолошки индикатори во споредлива форма; (...) со цел да се

обезбедат информации за ЕМЦДДА во врска со петте клучни епидемиолошки индикатори согласно насоките на ЕМЦДДА (...); конечно, Советот ги повикува земјите-членки и Комисијата, во тесна соработка со ЕМЦДДА, да ги испитаат најдобрите начини и средства, особено оние од финансиска природа, за поддршка на спроведувањето на петте епидемиолошки индикатори (...)'.

Од 2001 година наваму, прибирањето податоци и известувањето за истите се спроведуваат и се подобри во најголемиот дел од земјите-членки на ЕУ, а податоците за ТДИ сега веќе рутински се користат при анализите на ЕМЦДДА во врска со состојбата со користењето дроги во Европа ([http: and www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi), 2011).

1.2 Цел, намена и методолошки импликации

Зошто ТДИ: што е целта?

Целта на Индикаторот на побарувачка од третман е да се приберат информации на еден усогласен и споредлив начин во сите земји-членки, во однос на бројот и профилот на луѓе кои се пријавуваат за третман од дроги (клиенти) во текот на секоја календарска година.

Иако името на индикаторот е 'Индикатор на побарувачка од третман', индикаторот прибира информации за луѓето што пристапуваат кон третман. Називот ќе биде задржан, зашто ТДИ е широко признат како инструмент за прибирање и известување за податоци во врска со луѓе што пристапуваат кон третман на нивното користење дрога во и надвор од Европа, како *индиректен индикатор* на нерегистрираниот број на луѓе кои потенцијално имаат потреба од третман од дрога.

ТДИ протоколот пропишува за кои клиенти треба да се известува на европско ниво, а минималниот вообичаен сет ставки на секој национален систем на мониторинг би требало да може да ги евидентира податоците за секој клиент и за тоа да го известува ЕМЦДДА.

Секој национален систем за следење на третманот на дроги може да вклучува и поголем број ставки од оние дефинирани со ТДИ протоколот на ЕМЦДДА, според националните и локалните потреби од информации. Исто така, категориите на ставки прибрани на национално ниво може да се разликуваат од оние што се бараат со ТДИ протоколот, под услов да е можно да се изврши веродостојна конверзија во категориите на ТДИ (види подолу 'Хиерархија на потреби од податоци: од клинички податоци до информации релевантни за европската политика).

За што служат прибраните информации: што е нивната намена?

Главната намена на информациите прибрани со помош на ТДИ индикаторот е да се добие увид во карактеристиките, ризичните однесувања и трендови на користење дроги од страна на луѓето со проблеми поврзани со дрога во заедницата, како и да се помогне во проценувањето на трендовите во однос на нивото (преваленца и инциденца) и трендовите на проблематичното користење дрога; идеално, во комбинација со други индикатори на дроги. Намената е фундаментална, затоа што ги утврдува критериумите за вклучување/изземање за дефинирање на случајот на ТДИ: случаите (клиентите) за кои треба да се известува ЕМЦДДА треба во најголема можна

мера да ги одразуваат карактеристиките на проблематичните корисници на дрога во заедницата.

Тоа може најдобро да се постигне со евидентирање на информацијата наскоро откако корисникот ќе се јави во центарот, обично во моментот на прием/пристапување кон третман, по професионалното оценување на карактеристиките на клиентот. За целите на индикаторот, прибраните информации за клиентот треба, колку што е тоа можно повеќе, да ги одразуваат трендовите на неговото/нејзиното користење дрога пред контактот со центарот за третман; интервенциите во текот на третманот на клиентот спроведени пред регистрацијата треба да немаат никакво или ограничено влијание врз евидентираната информација (на пр., лице кое се јавува на третман поради тоа што инјектира хероин може да се евидентира како лице кое не користи хероин и не го инјектира, доколку податоците се прибираат и за истите се известува во моментот во кој клиентот веќе прима некаква терапевтска интервенција). Известувањето за првиот прием на третман во годината најчесто помага во исполнувањето на целта на индикаторот. Освен тоа, информациите што се прибрани во рамките на индикаторот ТДИ може да помогнат (заедно со други индикатори и извори на информации) при оценувањето на некои од параметрите за самиот третман од дроги (обезбедување, земање, опфат). Тие аспекти во моментот се развиваат во рамките на стратегија за следење дроги.

Како се постигнува целта на ТДИ

Центрите за третман од дроги вообичаено прибираат значително количество информации за своите клиенти. Професионалците ги прибираат тие информации главно за да го олеснат терапевтскиот процес, но и од административни и управни причини на локално ниво, како и заради епидемиолошки цели на локално, национално или меѓународно ниво. Некои од прибраните информации не се стваат на располагање надвор од центарот за третман, некои се доставуваат до регионалните или националните тела, а ограничен дел од информациите, пак, се прибираат на европско ниво, со следење на процедурите и дефинициите на ТДИ протоколот на ЕМЦЦДА.

Центрите за третман од дроги претставуваат основен извор на информации за добивање увид во користењето и во проблематичното користење на дроги, со оглед на тоа што е тешко да се квантифицива и да се опише проблематичното користење дроги. Проблематичното користење дроги има релативно ниска преваленца во најголемиот број земји-членки на ЕУ и често се стигматизира, па поради тоа е тешко да се утврди.

Сепак, треба да се има на ум дека не се сите проблематични корисници на дроги во контакт со центрите за третман. Некои корисници може да се во контакт со некоја служба (на пр., некои општествено интегрирани корисници на кокаин или канабис, некои многу маргинализирани корисници на хероин) или може да се во контакт со служби кои, од различни причини, може да не прибираат информации од своите клиенти или не ги известуваат за истите националните системи на следење (на пр., приватните психијатри, програми на интернет мрежи, или, во некои земји, општи лекари или агенции со ниски прагови).

Според тоа, заклучоците за проблематичното користење дроги во заедницата врз основа на податоците прибрани со ТДИ треба да се извлекуваат внимателно, особено

кога промените се мали и/или се засноваат на ограничен број клиенти. Освен тоа, мора да се земат предвид и расположливоста на службите, промените во обезбедувањето услуги и опфатот на системот за известување. Понатаму, толкувањето на информациите од ТДИ во голема мера ќе биде потпомогнато со вкврсена валидација со други индикатори (на пр., смртни случаи поврзани со дроги, индикатори на органите за спроведување на законот) и ад-хок студиите (на пр., квалитативните студии за улични примероци, студии и извештаи од други служби за дроги кои не се опфатени).

И покрај сите овие предупредувања, во многу земји на ЕУ, ТДИ дава информации за значително голем број проблематични корисници на дроги (во некои случаи, повеќе од 50% од вкупниот проценет број на такви корисници). Тоа го чини индикаторот силен и често главен извор на информации за популацијата на проблематични корисници на дрога (ПКД). Во земји во кои значаен дел од популацијата на ПКД се утврдува преку известувањето за ТДИ и во кои користењето и трендовите на ризично однесување трендови за оние кои не се опфатени со известувањето не се разликува многу од оние за кои се известува, главниот наод на индикаторот може да се смета за веродостоен, особено доколку набљудувањата се доследни во текот на времето. Онаму каде што се знае дека постојат подгрупи на проблематични корисници на дрога, со користење и трендови на ризично однесување кои драматично се разликуваат од трендовите кои се забележани со ТДИ индикаторот, може да има потреба од локални и нацелени студии за да се утврди нивното однесување. Освен тоа, доколку расположливоста на службите и политиките на третман остануваат без фундаментални промени во текот на одреден период, трендовите кои се забележуваат во ТДИ може да претставуваат сигнал за важни случувања во врска со проблематичното користење дроги (на пр., промени во начинот на инјектирање, ширење на користењето 'крек', итн.).

Конечно, податоците кои се добиваат преку ТДИ индикаторот се суштинска компонента на различни методологии за процена на преваленцата на проблематичното користење дроги, кои обично почиваат на комбинација од бази на податоци генерирани од страна на различни служби, кои користат различни методи на пресметки.

Со кои дополнителни предизвици се соочува ТДИ во последно време?

Во изминатите 10-15 години, третманот со опиоидска супституција драстично се рашири во многу земји на ЕУ, иако не и во сите. Популацијата која е подвргната на третман во тие земји вклучува се поголем број клиенти кои се приклучиле кон програма на третман од проблеми со хероин и кои останале во програма на третман со опиоидска супституција (ОСТ) долг временски период. Според тоа, постои значителен број клиенти кои се подвргнати на континуиран, долгорочен третман со супституција и кои не пристапуваат повторно кон третман. Клиентите кои се лекуваат од зависност од кокаин, амфетамин или канабис се помалку засегнати од оваа ситуација, но и некои од нив може да бидат вклучени во други форми на долгорочен третман.

Станува се понеопходно да се изврши проценка на бројот на тие луѓе и модулот за 'Преваленца на третманот' беше замислен и тестиран во минатото, со цел да се оцени бројот и основните карактеристики на оваа група клиенти. Тие информации ќе се прибираат во засебен, доброволен модул што се уште е во развојна фаза, во

рамките на една нова стратегија за прибирање податоци за третман, која ќе ги вклучува расположливоста, организацијата и квалитетот на третманот (стратегијата на ЕМЦДДА за следење на третманот ќе биде финализирана до крајот на 2012 г.). Неколку земји во моментот не се во состојба да ги утврдат информациите кои ќе бидат вклучени во овој модул, затоа што истиот бара систем на следење, со кој се овозможува утврдување на статусот на секој клиент во однос на тоа 'дали е на третман или не', додека самиот ТДИ е дизајниран единствено да го утврдува бројот на оние кои се приклучиле кон третман. Во исто време, клиентите кои се на континуиран третман (од кои најголемиот број се корисници на опиоиди) се во специјална ситуација, затоа што голем број од нив повеќе не користат нелегални опиоиди, иако можеби земаат други дроги. Толкувањето на оваа информација во врска со проценетата преваленца и трендовите на проблематичното користење дроги е особено сложено. Сепак, дури и имајќи ја предвид релевантноста на овој нов предизвик, главните намени на ТДИ остануваат исти и главно се однесуваат на проценувањето на бројот и карактеристиките на луѓето со проблеми поврзани со нивното користење дрога, кои се приклучуваат кон програми на третман во текот на една календарска година.

1.3 Спроведување на ТДИ

Податоците за ТДИ се прибираат на национално ниво, често по долг процес од центарот за третман до регионално ниво и од регионално на национално ниво. Потоа, податоците се доставуваат до националните одговорни лица (НФП), а тоа се националните агенции назначени од секоја влада како тела одговорни за обезбедување на најажурираните расположливи податоци за дроги и зависности од дроги. Националните податоци за ТДИ потоа се доставуваат во збирна форма до ЕМЦДДА, согласно обрасците за известување за податоците, договорени помеѓу НФП и ЕМЦДДА.

Од крајот на деведесеттите години па до 2011., доставувањето податоци за побарувачката од третман до ЕМЦДДА се спроведува во најголемиот број земји во Европа. Во 2000., 15-те земји кои беа членки на ЕУ го известуваа ЕМЦДДА за ТДИ, но комплетноста и квалитетот на податоците варираа. Оттогаш наваму, известувањето за податоците прогресивно порасна, а квалитетот на податоците е значително подобрен. Во 2010., ЕМЦДДА доби податоци од 29 земји (27 земји-членки на ЕУ + Турција и Хрватска), а од 2001 година и Норвешка ги доставува своите податоци до ЕМЦДДА. За податоците се известува врз основа на ТДИ протоколот 2.0, а се прибираат со помош на онлајн алатката 'Фонте'.

Податоците доставени се до 2001 година главно ги опфаќаат амбулантските и болничките центри за третман. Во десетте години на спроведувањето на ТДИ, во најголемиот број земји се покажа тешко да се прибираат информации од други видови центри за третман.

Повеќето земји ги доставуваат речиси сите податоци кои ги бара ЕМЦДДА, но и натаму остануваат одредени ограничувања во врска со конкретни променливи, кои може да се разликуваат од земја во земја. Се уште се прибираат податоци за други видови центри за третман, а ќе се направат и напори онаму каде што тоа е можно прибирањето податоци да се прошири и на други центри, во кои корисниците на дроги претставуваат релевантна група клиенти.

Нивото на усогласување е доволно добро за да овозможи споредливост на податоците од земјите, иако треба да се внимава при толкувањето на податоците, поради разликите во системите на третман на зависности од дрога во различни земји и разликите во толкувањето на одредени дефиниции на ТДИ.

Во 2009., земјите-членки на ЕУ одобрија специфичен систем на оценување на квалитетот на клучните индикатори на податоците на ЕМЦДДА, вклучително и ТДИ; истиот беше применет врз основа на податоците доставени за 2006 година. Системот покажа значаен напредок во спроведувањето на ТДИ и во споредливоста на податоците, и покрај тоа што во одредени области се уште има потреба од подобрување.

Во 2006-та засебен модул за ТДИ беше тестиран на терен, во однос на можноста да се доставуваат податоци за луѓе на 'континуиран третман'. Податоците беа прибрани како пилот-процес на прибирање податоци во текот на неколку години, но сега е веќе вклучен во тековната верзија на ТДИ протоколот, поради вредноста на информациите, кои се уште се прибираат на доброволна основа и во развојна фаза.

ТДИ, исто така, се повеќе се користи во изминатите 10 години и како пример и репер за земјите и меѓународните организации надвор од Европа, преку презентации и обуки; во некои случаи, инструментите се усвоени како главната алатка за прибирање податоци за лекување зависности од дроги. Ова особено се однесува на земјите во процес на пристапување кон Европската Унија, земјите кои граничат со ЕУ и други меѓународни организации (како, на пример, ЦИЦАД).

Со глобалните организации кои работат на полето на дроги (UNODC и WHO) се одржува редовна соработка. Во 2006-та беше издадена заедничка публикација за прибирање податоци за побарувачката од третман од дроги, како дел од серијата комплет-алатки на UNODC (UNODC, 2006).

И покрај тоа што е постигнат голем напредок, се уште постојат одредени ограничувања во поглед на квалитетот на податоците и потребни се подобрувања на процесите на прибирање податоци и известување за истите, особено од европска перспектива.

1.4 Генерални начела на ТДИ протоколот 3.0

ТДИ протоколот 3.0 почива на одредени општи начела, кои треба да го водат процесот на известување за податоците од страна на земјите до ЕМЦДДА и анализата на податоците на европско ниво. ЕМЦДДА и европските експерти ги договорија следните начела како основа за спроведување на ТДИ протоколот 3.0.

(а) Следење наспроти истражувања/ад-хок студии

Следењето на податоците се разликува од истражувањата и ад-хок студиите. Следењето значи прибирање ограничена група информации на редовен и систематски начин, овозможувајќи утврдување на промените во текот на времето. Потребата од поконкретни информации подобро се задоволува со ад-хок проекти и истражувања. ТДИ може да испитува само основни информации и да го насочува испитувањето на натамошни истраги врз основа на општи наоди (на пр., социјална исклученост, трендови на користење дрога, евалуација на резултатите). Истражувачките проекти може да се засновани на прашања кои произлегуваат од

ТДИ, но се вградуваат на различни места и во различен формат, и тоа само од страна на оние експерти кои се заинтересирани за подлабинска анализа.

(б) Хиерархија на потребите од податоци: од клинички податоци до информации релевантни за европската политика

Секогаш е важно да се прави јасна разлика меѓу потребите од прибирање податоци на различни нивоа: локално, регионално, национално и европско. Потребите од информации се разликуваат, со оглед на тоа што нивото на потребни детали на различните нивоа е различно; започнува од детални информации прибрани за клинички цели, информации корисни за планирање и оценување на интервенциите на ниво на центарот за третман, податоци за планирање на центрите за третман на локално ниво, па до поопштите информации за регионалните, националните и европските планови за дрогата и за оценување на долгорочните резултати: (Донмал, 2008 г.).

/слика на стр. 10/

Агенција Агенција Агенција Агенција Агенција Агенција Агенција	
Упатување, детали за клиентот, првична проценка	
Клинички третман, целосна проценка [препишани лекови, интервенции]	<i>АГЕНЦИСКО</i>
Резултати	
Тимови за акција во врска со дроги	
Здравствени власти	<i>РЕГИОНАЛНО</i>
Министерство за здравство	
НТА	<i>НАЦИОНАЛНО</i>
ЕМЦЦДА	
ТДИ	

Потребите од информации на ЕМЦЦДА го даваат најмалиот заеднички именител на известувањето за сите земји. Податоците кои се прибрани и/или за кои е известно може да се разликуваат на различни нивоа, според различните потреби.

(в) Известување за податоците наспроти нивното прибирање

Прибирањето податоци и известувањето за истите се две различни дејствија, кои се случуваат на различни нивоа и за различни цели.

Известувањето за податоците од секоја земја на европско ниво е однапред дефинирана група исходи, добиени од националните бази на податоци за третман на ТДИ. Тие исходи може најчесто да се добијат со модификација на техниките на извлекување податоци и без менување на самиот ТДИ протокол и односните национални, регионални и локални бази на податоци, обично со модификација на техниките на извлекување податоци. Меѓутоа, за прилагодувања на образецот за известување може да се потребни време и одредени измени во софтверот, во еден заеднички процес со вклучените партнери. Фокусот на доставување извештаи до ЕМЦЦДА согласно ТДИ протоколот 3.0 се оддалечи од разликите во зависност на видот на центарот за третман; сепак, тој нов пристап, во начело, не би требало да има

импликации во однос на прибирањето податоци и известувањето на национално ниво.

(г) Поединци наспроти епизода на третман

Систем за известување за податоци во врска со побарувачката од третман може да се заснова на бројот на епизоди на третман низ коишто некој поединец минал во текот на одреден временски период или на бројот на поединци кои се подвргнуваат на третман од дроги во текот на одреден временски период. Американскиот систем за следење на третманот од дроги (SAMHSA), на пример, ги евидентира епизодите на третман што некој поединец ги започнал во текот на една година.

Од друга страна, ТДИ протоколот 3.0 почива на известување за информации за секој поединец кој се подвргнал на третман од дроги во текот на календарската година и не брои едно лице повеќе од еднаш во текот на временскиот период. Доколку некој минал низ повеќе од една епизода на третман во текот на годината за која се известува, се пријавува само еден случај.

Епизода на третман е дефинирана како 'периодот на услугата меѓу почетокот на третманот на проблем со дрога (...) и престанокот со услугата за пропишаниот план на третман' (SAMHSA, 2009) или 'еден клиент може да се подвргне на еден или повеќе модалитети/интервенции (или видови) третман во текот на истата епизода на третман, исто така, еден клиент може да има повеќе од една епизода во текот на годината' (Универзитет Манчестер, 2010). Како последица на тоа, ТДИ протоколот 3.0 дефинира што се смета за 'епизода на третман' во делот 'дефиниција на случај' (види подолу).

Ова начело има импликации и на национално и на европско ниво. На национално ниво, во земјата треба да се спроведат методи на контрола и одбегнување двојно пребројување во однос на системот за информирање за дроги. На европско ниво, тоа значи дека бројките кои се однесуваат на различните групи клиенти ќе бидат претставени како еден, единствен збиен број.

(д) Инцидента на третман наспроти преваленца на третман

ТДИ се стреми кон утврдување на состојбата со клиенти во моментот на нивното приклучување кон третман, како најдоброто приближно оценување на карактеристиките на проблематичните корисници на дрога.

Во текот на изминатите две децении, бројот на клиенти кои остануваат на континуиран третман во текот на неколку години, одобено во контекст на долгорочен третман со долгорочна супституција на опиоиди, е во постојан пораст во Европа. Во 2006., се започна со работа на документирање на овој процес преку изработка на модул за 'преваленца на третманот'.

Работата на модулот продолжува и во контекстот на севкупната стратегија на ЕМЦДДА за прибирање и анализа на податоци за третманот и треба да заврши до крајот на 2012 г.

Модулот е засебен од рутинското прибирање ТДИ податоци и нема практични импликации по ТДИ регистрацијата на бројот на оние кои се подвргнале на третман. Модулот е во фаза на изработка и е претставен во Анексот. Ќе биде завршен во

контекст на и во соработка со Стратегијата на ЕМЦДДА за следење на третманот до крајот на 2012 година.

(f) Промени во дефинирањето и импликации врз минатите податоци

Промените во некои од дефинициите во ТДИ протоколот 3.0 може да имаат одредено влијание врз податоците за кои се известува. Во врска со минатите податоци, од земјите не се бара да достават нови податоци за претходните години. Од анализата која е веќе спроведена во текот на консултативниот процес, се чини дека влијанието на промените врз конечните резултати не е значајно во повеќето земји; меѓутоа, ефектите од промените ќе бидат внимателно разгледани и анализирани. Во принцип, од земјите не се бара да известуваат врз основа на новите насоки за претходните години, иако одредени, нацелени податоци може да се бараат на доброволна основа.

2. Насоки

2.1 Дефиниции

2.1.1 Дефиниција на случај

Случај претставува клиент кој започнува епизода¹ во центар за третман² на проблеми создадени со неговото/нејзиното користење дрога во текот на календарска година: од 1 јануари до 31 декември.

За еден клиент треба да се извести само еднаш во текот на една календарска година: доколку, од кои и да е причини, клиентот е регистриран повеќе од еднаш на национално ниво, удвојувањата треба да се отстранат во најголема можна мера, согласно постојните технички алатки за известување до ЕМЦДДА на национално ниво. Треба да се извести за првата епизода на третман во годината.

Цел

На веродостоен начин да се утврди бројот на луѓе со проблеми со дрога кои се пријавуваат за третман и да се оценат нивните проблеми, трендовите на користење дрога, здравствените и социјалните ризици, со цел информациите да се искористат како индикатор за трендовите на проблематично користење дрога.

Критериуми за вклучување:

1. Лице кое започнало со третман од зависност од дрога (како што е дефиниран подолу во дефиницијата на третман) меѓу 1 јануари и 31 декември.
2. Доколку некое лице започнало со третман повеќе од еднаш во текот на годината на известување, ЕМЦДДА треба да се извести само за првата епизода на третман (види подолу дефиниција на епизода на третман).

Критериуми за исклучување:

¹ Види подолу дефиниција на третман од дрога и на епизода на третман за целите на овој протокол.

² Види подолу дефиниција на центар за третман за целите на овој протокол.

1. Лице кое контактирало центар за третман во име на корисник на дрога, но самото не е корисник,
2. Лице со проблеми како последица на неговиот/нејзиниот личен однос со корисник на дрога, но кое не е и самото корисник на дрога.
3. Лице кое е веќе еднаш пријавено во истиот центар или во друг центар во текот на календарска година.
4. Лице кое започнува активност/постапка на третман паралелно со третман во тек. Тоа може да биде компонента на третман за која веќе е известно (во таа или во претходните години), како што е психотерапија паралелно со тековен третман со опиоидска супституција, или дополнителен третман.
5. Лице кое започнува активност/постапка на третман како продолжение на тековен третман за кој е веќе известно (во таа или во претходните години), како што е болничка детоксификација побарана по двегодишен третман со супституција.

Методолошки прашања

Се препорачува двојното пребројување на истиот клиент да се одбегнува секогаш кога тоа е можно на различни нивоа и согласно со постојните технички алатки на национално ниво: меѓу регионите или географските области/областите на јурисдикција на истата земја, меѓу центрите за третман, вклучително и центрите за третман од различен вид и во рамките на истиот центар. За да се одбегне двојното пребројување на истиот клиент повеќе од еднаш во текот на годината за која се известува, технички идеално решение би било да постои централен национален регистар на клиенти кои имаат проблеми со дрога, со тоа што секој клиент би имал единствен број за идентификација, со кој би се овозможило отстранување на двојното прикажување при доставувањето на податоците. Но, идеалната опција не е можна во многу земји од административни, економски или законски причини. Во тие земји треба да се воведат изводливи процедури, за да се сведе на минимум евентуалното двојно пребројување на случаите. Најосновната опција е организацијата за третман да врши интерни проверки (во рамките на истиот центар за третман), за да види дали постоеле претходни третмани. Меѓутоа, освен тоа, може да биде потребно и да се праша клиентот дали тој/таа претходно биле на третман, затоа што може во истиот период да биле лекувани во други центри. Дополнителна опција која постои во некои земји е да се контролира двојното пребројување на регионално ниво, преку регионалните центри за известување и бази на податоци. Со тоа може да се избегне двојното пребројување, затоа што административната организација за здравствени и социјални услуги во многу земји го отежнува истовремениот третман во различни региони. (Види и 'Двојно пребројување' во Делот 3).

Во Дел 4 – Дефиниција на случај – Графички опис, дадена е графичка презентација

2.1.2 Третман на зависност од дроги

Третманот на зависноста од дроги е дефиниран како активност(и) со која(и) директно се цели на луѓе кои имаат проблеми со нивното користење дроги и која(и) има(ат) за цел постигнување дефинирани цели во однос на ублажувањето и/или елиминацијата на тие проблеми, која ја вршат искусни

или акредитирани професионалци, во рамките на признати медицински, психолошки или институции за социјална помош. Оваа активност често се случува во специјализирани установи за корисници на дрога, но може да се одвива и во генерални институции кои нудат медицинска/психолошка помош за луѓе со проблеми со дрога (види и 'Центар за третман').

Цел

Оваа дефиниција е доста општа, со цел да вклучи широк спектар на различни корисници со проблеми поврзани со нивното користење дрога; мора да се запомни дека намената на ТДИ е, пред сè, епидемиолошка, и има за цел прибирање информации за луѓе со значајни проблеми поврзани со дрога.

Критериуми за вклучување

- интервенции чија главна цел е детоксификација
- интервенции чија главна цел е апстиненција
- третман со супституција
- специјализирани/структурирани подолгорочни програми за дрога
- интервенции чија цел е намалување на штетата предизвикана од дрога, доколку се организирани во рамките на планираните програми (на пр., програми за размена на игли, простории за конзумирање, итн., како дел од структурирани програми кои вклучуваат цели, дефинирани интервенции, тајминг, евалуација)
- психотерапија/советување
- структуриран третман со силна социјална компонента
- медицински потпомогнат третман
- немедицински интервенции, вметнати во планирани програми (на пр., структурирано советување)
- специфичен третман во средини под надзор на корисниците на дроги

Критериуми на исклучување

- спорадични интервенции, кои не се вклучени во планираните програми
- контакти со општите служби, кои вклучуваат единствено барања за социјална помош
- контакти во кои користењето дрога не е главната причина поради која се бара помош
- контакти само по телефон или преку писмо
- контакти со семејството или со друго лице кое самото не е корисник на дрога
- апсењето само по себе
- третман само преку интернет
- услуги кои нудат само размена на игли

Методолошки прашања

Податоците треба да бидат што е можно покомплетни; тоа значи дека сите расположливи податоци за лицата со проблеми со дрога кои се подвргнале на третман како што исиот е дефиниран погоре – критериумите за вклучување – треба да бидат вклучени во известувањето

2.1.3 Почеток на третманот

За почеток на третманот се смета(ат) најраниот(те) формализиран(и) контакт(и) лице во лице меѓу клиентот и центарот. Во текот овој(ие) контакт(и), би требало да е можно да се идентификува клиентот (одбегнување на двојно пребројување) и да се оценат неговите карактеристики и потребите поврзани со проблемот со дрога.

Во зависност од видот на центарот, тие барања треба да се исполнат по првичните контакти – по можност во еден до три контакти – меѓу клиентите и терапевтот (освен можните контакти со административниот персонал).

Се предлага индикативен критериум за првите три контакти лице во лице, но земјите треба да имаат можност да применуваат одредена флексибилност, согласно нивните практики на известување. Во методолошките информации, важно е да се извести кога клиентот е регистриран за вклучување во извештајот со податоци до ЕМЦЦДА. Доколку еден клиент започне повеќе од еден третман во текот на годината за која се известува, ЕМЦЦДА треба да се извести само за првата епизода на третман, како што е споменато погоре.

Цел

Податоците за кои се известува во врска со првите контакти меѓу центарот и клиентот имаат за цел да дадат најнови информации за социјалниот профил на клиентот кој има проблеми со дрога и неговите/нејзините трендови на користење дрога во периодот пред третманот.

Критериуми за вклучување

- клиент кој имал контакти лице во лице со центарот за третман во почетната фаза на третманот (обично во првите три контакти)

Критериуми за исклучување

- контакти до кои доаѓа во подоцнежната фаза на третманот (обично по третиот или понатамошните контакти меѓу центрите за третман и клиентот)
- контакти кои не се лице во лице (телефонски, преку интернет, итн.).

Методолошки прашања

Процедурите на водење евиденција се разликуваат од земја во земја. Оваа променлива треба да обезбеди усогласување на процедурите за водење евиденција во земјите и да гарантира дека основните податоци за клиентот може да се евидентираат.

Бројот на контакти со клиентот кој им овозможува на земјите (центрите за третман итн.) да доставуваат податоци за ТДИ протоколот треба да се наведе во методолошките информации.

Види и графички опис на дефиниција на случај во Анекс 5.1.

2.1.4 Крај на третманот

Третманот се смета за завршен или кога постои формален крај (договорен или не) или кога клиентот ќе престане да го посетува центарот за третман или ќе почине.

Причините за крајот на третманот може да се поврзани со откажување од третманот, смрт, изречна одлука на клиентот да го напушти третманот или прекинување на програмата за лекување воспоставена од страна на центарот (види и модул за Преваленца на третман).

Цел

ТДИ протоколот се фокусира на 'влезот во третман' и нема за цел да прибира податоци за крајот на третманот. Прибирањето на податоци за крајот на третманот е потребно од две оперативни причини.

1) крајот на третманот е обично поврзан со дефиницијата на случај на ТДИ и одлуката кога треба да се евидентира последователниот третман. Оцената на тоа дали претходниот третман е завршен се врши во моментот на секое влегување во третман.

2) информацијата за крајот на третманот е поврзана со модулот за 'Преваленца на третман'; таа овозможува идентификација на клиенти кои се уште на третман од една година во друга или го имаат завршено третманот од која и да е причина. Од таа причина, информацијата за крајот на третманот нема за цел да ги мери резултатите од истиот, туку само да оцени дали некое лице се уште се пријавува како клиент на третман или не.

Критериуми за вклучување

За еден третман се смета дека е завршен кога:

- професионалецот го отпуштил клиентот
- клиентот изречно одлучил да го заврши третманот
- центарот/професионалецот одлучил да го прекине третманот од причини кои не се поврзани со завршување на третманот, туку со други причини, како што е несоработка во текот на третманот, прекршување на правилата, итн.
- клиентот ќе почине
- клиентот нема контакт со центарот за третман. Се препорачува еден третман да се смета за завршен по истекот на шест месеци во кои немало контакт меѓу клиентот и центарот за третман; меѓутоа, постојат големи разлики меѓу земјите во однос на дефиницијата на крај на третманот. Доколку земјите имаат различни периоди по кои третманот се смета за завршен (откажување), третманот може да се смета за завршен согласно националните правила. Земјите треба да го наведат времето на завршување на третманот во методолошките спецификации.

Критериуми за исклучување

Еден третман не се смета за завршен кога:

- клиентот ќе се пресели од еден во друг центар во рамките на системот на третман, поради тоа што тој/таа се упатува на друго место во рамките на истата епизода на третман (понекогаш тоа се нарекува 'заедничка нега')
- клиентот завршува со една активност на третманот и започнува со нова, како дел од истата епизода на третман
- клиентот се уште има контакти со центарот за третман во рок од шест месеци или порано (согласно периодот дефиниран во националните правила како откажување од третманот)

Методолошки прашања

Земјите треба да наведат во методолошките информации кој е периодот после кој се смета дека еден клиент се откажал од третманот. Правилото за шест месеци треба да се следи во што е можно поголема мера.

2.1.5 Епизода на третман

Епизода на третман се дефинира како 'период на услуга меѓу почетокот на третманот на проблем со дроги и прекинувањето на услугите за пропишаниот план на третманот' (SAMHSA, 2009).

Третманот на зависност од дрога е сложен процес и често треба да се спроведат различни терапевтски активности/процедури истовремено или последователно, понекогаш во текот на долг временски период (на пр., советување, психотерапија, третман со супституција, подолгорочна болничка грижа...). 'Еден клиент може да посетува еден или повеќе модалитети/интервенции (или видови) на третман во текот на истата епизода на третман. Клиентот, исто така, може да има и повеќе од една епизоди во текот на една година' (Универзитет на Манчестер, 2010).

Цел

Да се утврди дали еден клиент минува низ истиот процес на лекување и, според тоа, да се утврди дали за тој клиент треба или не треба да се извести повторно за целите на индикаторот ТДИ.

Критериуми за вклучување

1. Сите активности/постапки кои се спроведени во однос на еден клиент со цел да се реши проблем со користење дрога поради кој клиентот е вклучен во третманот, под услов да се извршени на организиран/испланиран начин. Тие активности може да се спроведуваат во текот на долг временски период, во истите или во различни простории. Тие може да следат првичен, утврден план или може да се менуваат согласно потребите на клиентот и еволуцијата.

2. Доколку процесот на лекување е формално завршен или клиентот се откаже од третманот³, а потоа клиентот биде повторно примен на третман, се бележи нова епизода на третман.

Критериуми за исклучување

³ Види дефиниција на крај на третманот.

1. Една активност во рамките на низа планирани/организирани интервенции не се смета за епизода на третман.

2.1.6 Центар/програма на третман

Центар/програма на третман е секоја институција која обезбедува третман на зависност од дрога, како што е дефиниран погоре, за луѓе со проблеми со дрога. Центрите за третман може да бидат специјализирани центри, кои се фокусираат на лекување корисници на дрога, или да бидат дел од поголеми центри во кои се лекуваат различни групи на клиенти (на пр., пациенти со ментални заболувања, корисници на алкохол, итн.). Исто така, тие може да бидат сместени во рамките на центри кои се медицински или немедицински, владини или невладини, јавни или приватни.

Цел

Да се утврди широкиот спектар на институции во кои клиентот се подвргнува на лекување од зависност од дрога, без оглед на видот на интервенциите на кои се подвргнува. Со оглед на тоа што целта на индикаторот е идентификација на клиенти со проблеми со дрога, видот на институцијата не е одлучувачки фактор.

Како што е објаснето во детаљи во методолошките аспекти подолу, важно е да се подвлече дека, за целите на претходната верзија 2.0 на протоколот ТДИ, податоците се доставуваа според видот на центарот за третман. Во тековната верзија на протоколот, податоците ќе се доставуваат само според еден модел (а не според петте модели како досега).

Видот на центарот за третман нема да биде фокусот на доставувањето податоци. Обрасците за известување ќе содржат само неколку табели, во кои треба да се наведе разграничувањето според вид на центар за третман (види Модел на доставување податоци).

Центри што треба да се вклучат

Следните видови на центри за третман се дефинирани во ТДИ:

- амбулантски центри/програми за лекување
- болнички центри/програми за лекување
- одделенија/програми за третман во затвори
- општи лекари
- агенции со низок праг/програми
- други видови центри за третман (да се наведе кои видови центри)

Дефиниции на видовите центри за третман:

(а) амбулантските центри за третман се дефинираат како институции за третман во кои клиентите се лекуваат во текот на денот и не остануваат преку ноќ. Тие вклучуваат јавни или приватни центри/клиники кои може да работат навечер, но каде што почетокот на работно време не е ноќе.

(б) болничките центри за третман се дефинираат како центри во кои клиентите може да останат и преку ноќ. Тие вклучуваат терапевтски заедници, приватни клиници, одделенија во болници и центри кои нудат можности за престој. Клиентите треба да бидат пријавени како клиенти кои влегуваат во болнички центри за третман во моментот на првите контакти меѓу клиентот и центарот, а податоците за ТДИ се регистрираат во тие институции за третман.

(в) одделенија за третман во затворите се дефинираат како служби кои обезбедуваат специфични услуги за затворениците поради нивниот проблем со дрога. Тие може да вклучат:

- одделенија кои се специјализирани за лекување зависности од дрога, со издвоен физички простор во самиот затвор
- професионалци (надворешни или од самиот затвор), кои обезбедуваат пакет интервенции, со цел да се намалат проблемите поврзани со дрога на корисниците на дрога во затворот

(г) општите лекари се [лекари](#) кои лекуваат [акутни](#) и [хронични болести](#) и обезбедуваат [превентивна нега](#) и [здравствена едукација](#) за сите возрасти и за двата пола. Тие може да лекуваат корисници на дрога од проблемите поврзани со дрогата, во одредени случаи во врска со амбулантските и болничките служби за дрога, а некои од нив може да имаат минато низ конкретна обука за лекување корисници на дрога;

(д) агенциите со низок праг се центри/програми кои имаат за цел да спречат и да намалат штети по здравјето поврзани со зависност од дрога, особено инцидентата на вирусни инфекции кои се пренесуваат преку крвта и предозирање, како и да ги поттикнат активните корисници на дрога да ги контактираат здравствените и социјалните служби

(ѓ) други видови институции за третман, кои обезбедуваат лекување од дрога, како што е дефинирано подолу. Во случај на користење на категоријата 'други видови институции за третман', видот на институцијата за третман која доставува податоци треба да се опише и да се наведе во методолошките спецификации.

Центри/програми кои треба да се исклучат

- сите други видови институции за третман, кога истите не се вклучени во лекување зависности од дрога како што е дефинирано погоре (дефиниција на третман)
- центри/програми кои служат единствено за ширење информации
- центри/програми кои се бават исклучиво со замена на игли/шприцеви
- спорадичните интервенции наменети за корисници на дрога во затвори не се вклучуваат (на пр., информации, само обезбедување и замена на игли, итн.), како што е дефинирано во критериумите за исклучување на третман на зависности од дрога
- итни одделенија во болниците
- општи институции за социјална нега, кои не целат на корисници на дрога.

Методолошки прашања

Податоците ќе се доставуваат до ЕМЦДДА со фокус на самите клиенти, нивните карактеристики и нивните трендови на користење дрога, особено на примарната дрога. Центрите/програмите за третман, кои претходно беа основната стратификација на известувањето, ќе бидат само една од променливите за кои се известува. Фокусот на клиентите е поврзан со неколку причини:

- намената на индикаторот е епидемиолошка и се фокусира на бројот и карактеристиките на клиентите кои се подвргнуваат на лекување од дрога, како индиректен индикатор на проблематично користење дрога.
- десетгодишното прибирање податоци во Европа покажува дека 80% од клиентите за кои се известува ЕМЦДДА се приклучуваат кон програми за третман во амбулантските центри, додека другите видови центри (со исклучок на затворите) најчесто не се местата во кои клиентите се пријавуваат за третман, туку се користат во подоцнежните фази на програмата за третман.
- во одреден број земји, општите лекари, службите со низок праг и другите видови институции на третман или не играат значајна улога во обезбедувањето третман од дрога како што е дефинирано во протоколот (иако може да обезбедуваат многу корисна помош за корисниците на дрога) или не е можно да се приберат податоци од овие извори. Како резултат на тоа, достапни податоци има само од неколку земји, поради што е тешко да се анализира на европско ниво.
- само неколку специфични анализи се корисни од аспект на видот на центарот за третман. Тешко е да се направи детална споредба по вид на центри за третман, поради националните разлики во организацијата на третманот.

2.1.7 Примарна дрога

Примарната дрога се дефинира како дрогата која му предизвикува најголем дел од проблемите на клиентот на почетокот на третманот. Ова најчесто почива на барањата на самите клиенти и(или) на дијагнозата поставена од самиот терапевт, обично со употреба на меѓународните стандардни инструменти (на пр., ICD-10, DSM-IV⁴, ASI) или клиничка процена. Оваа ставка е од централно значење и треба да се евидентира за секој клиент.

Цел

Да се утврди примарниот проблем со дрога на клиентите, преку оценување на нивниот профил и на трендовите на користење дрога во текот на минатиот период. Оваа променлива овозможува евидентирање на информациите за најрелевантните проблеми за корисниците на дрога од епидемиолошка гледна точка.

Критериуми за вклучување

- Примарната дрога е дрогата која ги предизвикува најсериозните проблеми (здравствени, ментални, социјални проблеми, итн.) за клиентот
- Примарната дрога е главната причина поради која клиентот се приклучил кон програмата

⁴ Треба да се запомни дека DSM-IV е во постапка на ревизија и дека ревидираната верзија, DSM-V ќе биде достапна наскоро.

- Примарната дрога може да вклучи која и да е дрога што клиентот ја злоупотребува, а не се користи врз основа на лекарски рецепт
- Примарната дрога ги вклучува сите дроги наведени во списокот даден подолу

Критериуми за исклучување

- Алкохолот може да се евидентира само како секундарна дрога, во придружба на примарна дрога (види дел за секундарна дрога)
- Тутун
- Сите психоактивни лекови и дроги кои се користат исклучиво заради медицинско лечење, врз основа на рецепт и согласно медицинската практика

Методолошки прашања

Одлуката околу изборот на примарната дрога треба да почива на дијагнозата на професионалецот, плус на информацијата од клиентот.

Критериумите за избор на примарната дрога не се променети и се доследни со критериумите за доставување на податоци вклучени во ТДИ протоколот 2.0. Ќе биде додадена и нова променлива за користење повеќе дроги, за да се обезбедат комплементарни информации, но не и како замена.

Доколку не е позната точната дрога (на пр., амфетамини или MDMA и деривати), треба да се евидентира генеричката категорија (на пр., Стимуланси кои не се кокаин).

Категоријата 'Непозната' треба да се користи по исклучок и само како резидуална категорија.

2.1.8 Секундарна дрога

Секундарни дроги се оние кои се користат во дополние на примарната дрога и кои се супстанциите кои на клиентот му предизвикуваат проблеми и/или ја менуваат природата на проблемот, како што е оценето од клиентот или терапевтот.

Цел

Да се утврдат другите дроги што му причинуваат проблеми на клиентот.

Критериуми за вклучување

- Сите дроги кои може да предизвикаат проблеми по здравствената и социјалната состојба на клиентот, меѓутоа не се утврдени како примарна дрога
- Алкохол

Критериуми за исклучување

- Тутун

- Супстанции што клиентите ги користат, но не предизвикуваат проблеми по неговата/нејзината состојба
- Лекови кои се користат врз основа на лекарски рецепт и согласно медицинската практика

Методолошки прашања

Секундарните дроги треба да бидат супстанции кои се користат и им причинуваат проблеми на клиентите. ЕМЦДДА треба да се известува за најмногу четири секундарни дроги. Меѓутоа, земјите имаат различни процедури на евидентирање и можно е да евидентираат различен број на секундарни супстанции. Во тој случај, потребно е во методолошките информации да се наведе колку супстанции се евидентираат за секој клиент.

2.1.9 Проблем поради користење повеќе дроги

Информациите за проблемите поради користење повеќе дроги се комплементарни и дополнителни на примарната дрога. Постоенето на проблем поради користење на повеќе дроги треба секогаш да се оценува откако ќе се утврди примарната дрога, со следење на насоките и на специфичните процедури како и досега.

Цел:

Променливата 'проблем поради користењето повеќе дроги' има за цел да утврди дали клиентот е проблематичен корисник на повеќе од една дрога во исто време, на начин на кој е многу тешко јасно да се утврди една примарна дрога. Овој концепт ќе се користи во еден многу рестриктивен пристап, како во ICD-10, кој го дефинира користењето на повеќе дроги како повеќекратно користење дроги, кое треба да се користи 'кога се знае дека се вклучени две или повеќе психоактивни супстанции, меѓутоа е невозможно да се оцени кои супстанции најмногу придонесуваат кон нарушувањето'. Одлуката е во основа клиничка и треба да се користи на ограничен начин.

Критериуми на вклучување:

- Клиентите кои демонстрираат тренд на користење при кој неколку супстанции истовремено му предизвикуваат суштински проблеми на клиентот и многу е тешко да се утврди која е примарната дрога
- Оваа информација треба да се евидентира само откако е утврдена примарната дрога како претходно, согласно протоколот 2.0, дури и со познатите тешкотии во некои случаи. Постојните правила и процедури за избирање на примарната дрога треба и натаму да се применуваат како и досега.

Критериуми за исклучување

- Клиенти кои користат само една дрога
- Клиенти кои користат повеќе од една дрога, но само една предизвикува проблеми

- Клиенти кои користат повеќе од една дрога што предизвикуваат проблеми, за кои е невозможно со одредена сигурност да се утврди која предизвикува повеќе проблеми.

Методолошки прашања

Користењето повеќе дроги, самото по себе, не претставува проблем поради користење повеќе дроги за целите на протоколот ТДИ. Еден клиент се дефинира како проблематичен корисник на повеќе дроги кога повеќе од една дрога систематски предизвикуваат проблеми за клиентот, на начин на кој е тешко јасно да се утврди која дрога предизвикува повеќе проблеми.

Образложение на пристапот усвоен во ТДИ протоколот 3.0

Користењето повеќе дроги може да се концептуализира на различни начини, вклучително и користење на различни супстанции во истиот временски период (на пр., во последните 30 дена), но без релевантна фармаколошка интеракција или тоа може да имплицира истовремено користење на неколку супстанции измешани заедно (на пр., хероин и кокаин во иста инјекција) или во кус временски период. Исто така, може да имплицира и редовна замена на една супстанца со друга, во зависност од достапноста (на пр., опиоиди и бензодиазепани).

Едноставната замена на концептот на ' примарна дрога ' може да имплицира многу голем ризик од фундаментални разлики во прибирањето податоци и известувањето за истите од страна на земјите, поради што податоците ќе станат неспоредливи и речиси невозможно да се толкуваат. Исто така, постои и значаен ризик целосно да се наруши континуитетот на постојните историски низи. Некои земји, кои се обидоа да применат пристап на прибирање податоци за ' повеќе дроги ', наидоа на значајни тешкотии. Конечно, најголемиот број европски и неевропски земји со години се во состојба да ја утврдат примарната дрога, и покрај познатите тешкотии. Сите евентуални модификации на овој концепт треба да се прават со исклучително внимание, затоа што тоа може да доведе до фундаментални промени на сите анализи, трендови и други методологии кои почиваат на податоци од ТДИ.

Пристап кај кој примарната дрога не се утврдува би значел голем ризик од разлики меѓу земјите во доставувањето податоци и губење на информации. Според тоа, усвоениот пристап овозможува прибирање комплементарни информации за проблемите поради користење повеќе дроги, со задржување на концептот на примарна дрога и доследност со постојните податоци и меѓу земјите.

Оваа ситуација не е уникатна за податоците за третман. Слични прашања беа покренати и во однос на податоците за смртност. СЗО, во своето ажурирање на ИЦД-10 класификацијата за смртни случаи поврзани со дрога се осврна на истиот проблем и беше утврдена приоритетна листа на дроги, за да се кодификува поопасната дрога (во случај лекарот да не може да дојде до заклучок).

Види ДРД протокол 3.2 на ЕМЦЦДА

- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html> (Анекс 7, стр. 64)

или списокот на ажурирања на ИЦД-10 на СЗО

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

2.1.10 Тестирања за ХИВ или за ХЦВ

ХИВ или ХЦВ тестовите претставуваат основни информации за пристапот до неа на клиентите подвргнати на третман од дрога (главно оние што инјектираат дроги).

Цел

Информациите се корисни заради вкрстена споредба и дополнување на податоците со информациите за клиентите во врска со начинот на инјектирање (прибрани во ТДИ од една страна, како и од други извори на информации за заразни болести – Стандардна табела 09, од друга страна). Конечната цел е да се има покомплетна и веродостојна слика за нивото на тестирање заради утврдување заразни болести кај клиентите на третман.

Методолошки прашања

Од голема важност е да се знае статусот на клиентот во поглед на инјектирањето (некогаш наспроти никогаш), а податоците секогаш треба да се доставуваат расчленети според статусот на инјектирање и според видот дрога.

Доследноста на информациите кои се доставуваат преку индикаторот ТДИ и информациите кои се вклучени во индикаторот ДРИД ќе се оценуваат во детали и во соработка со земјите.

2.1.11 Заедничко користење на игли/шприцеви

Постојат неколку трендови на заедничко користење на опрема (игла, швриц, филтри, раствори на дрога, позајмување/давање на заем опрема, заедничко користење со партнер, со пријатели, итн.), коишто претставуваат важно ризично однесување. Заедничкото користење игли и шприцеви е едно од ризичните однесувања.

Не е можно да се опфатат сите можни трендови на заедничко користење опрема за дрога во европскиот систем на мониторинг. На национално или на локално ниво, може да се приберат многу подетални информации, особено онаму каде што заразните болести се со висока преваленца или каде што постои ризик од пораст на преваленцата. Од таа причина, се бара до ЕМЦЦДА да се доставуваат информации само за заедничкото користење игли/шприцеви. На европско ниво, подетални информации се доставуваат преку други инструменти (имено, СТ 9).

Цел

Прибирање основни информации за важните ризични однесувања (заедничко користење на игли/шприцеви), кои може да доведат до појава на заразни болести.

Критериуми за вклучување

- сите клиенти кои некогаш инјектирале дроги.

Критериуми за исклучување

- сите клиенти кои никогаш не инјектирале

Методолошки прашања

Информациите треба да се однесуваат на клиенти кои кога и да е инјектирале каква и да е дрога.

2.1.12 Третман со опиоидска супституција

Третманот со опиоидска супституција е долгорочна интервенција со користење на антагонистична супстанца, со цел да се намали или елиминира користењето незаконски опиоидски дроги или да се намали штетата од конкретна метода на користење и придружните опасности по здравјето.

Цел

Подобро утврдување на нивото на достапност на третманот со супституција. Да се провери дали клиент кој повторно се приклучува кон третман веќе бил подвргнат на третман со супституција во минатото. Исто така, да се обезбедат информации за времетраењето на ОСТ кај оние кои се приклучуваат кон третман заради друго проблематично користење дроги и времето што поминало од првиот ОСТ.

Критериуми за вклучување

- клиенти кои веќе биле лекувани во годината(ите) пред годината за која се известува

Критериуми за исклучување

- клиенти кои никогаш не биле лекувани пред годината за која се известува.

Методолошки спецификации

Важно е да се провери дали клиентот минува низ третман со супституција со некоја супстанца и дали тој/таа е пријавен/а како клиент кој ја злоупотребува истата или друга супстанца на супституција. Ова ќе биде корисно како информација за потврда на веродостојноста и заради проверка на соодветноста на третманот.

2.2 Список на ставки

1. Вид на центар за третман

1. амбулантски центри за третман
2. болнички центри за третман
3. одделенија за третман во затворите
4. општи лекари
5. агенции со низок праг
6. други (да се наведе видот на центарот/програмата за третман)
99. непознато

Методолошки спецификации

Шестте вида центри за третман претставени погоре се најчестите видови во однос на кои клиентите се идентификуваат и за кои се доставуваат податоци; тие се и најчестите точки на влез во системот на третман.

Одделенијата за третман во затворите претставуваат важна точка на влез за голем број корисници на дрога, кои инаку не би се јавиле на третман. Освен тоа, прашањето на дрога и затвори во моментот е прашање со висок приоритет на европската политичка агенда и заслужува посебно внимание.

За дефиницијата на третманот и класификацијата на центри за третман кои не се вклучени во трите групи претставени погоре, ве молиме погледнете го делот за дефиниција на третман од дрога и центар за третман.

Потсетуваме дека, во образецот за доставување податоци, расчленувањето според видот на центарот за третман нема да има централно место и само во неколку расчленети прегледи ќе се известува по видот на центар за третман (види 'Методолошки информации' и делот во кој е вклучен образецот за доставување податоци).

2. Година на третман

/ _____ /

Методолошки спецификации

Почетната дата на третманот е од суштинско значење за вршење на анализа на трендот во текот на одреден временски период и за издвојување на временските периоди (епизодите на третман) за целите на известувањето. Со тоа се овозможува динамична анализа на податоците за третман.

За месецот на третман не треба да се известува ЕМЦДДА, но мора да се евидентира на национално ниво и на ниво на центар за третман, со цел да се избегне ризикот од пребројување на истото лице два пати во ист период на известување.

3. Клиенти кои воопшто некогаш биле претходно лекувани

1. никогаш претходно
2. претходно лекувани
99. непознато

Методолошки спецификации

Види и дефиниција на ' прв третман', во делот за дефиниција на клиент кој не бил лекуван претходно во годината за која се известува. Доколку некој клиент се приклучил кон третман повеќе од еднаш во истата година на известување, треба да се евидентира само првата епизода. Другите претходни третмани може да упатуваат на третман низ кој клиентот минал поради користење на која и да е дрога, што може да биде различна од тековната примарна дрога. Треба да се одбегнува двојното пребројување во една иста земја во што е можно поголема мера, согласно можностите на секоја земја.

4. Извор на упатување

1. суд/служба за условно осудени/полиција
2. општ лекар
3. други центри за третман
4. други здравствени, медицински или социјални служби
5. образовни служби
6. самоупатување, упатување од страна на семејството, пријателите, итн.; без вклученост на друга агенција/институција
7. друго (да се наведе која служба)
99. непознато

Методолошки спецификации

Изворот на упатување дава одреден увид во патот по кој клиентот стигнал до третман од дроги. Европските анализи спроведени во текот на изминатите 10 години укажуваат на тоа дека е важно да се разбере кои други служби, освен службите за дроги, се вклучени во упатувањето на третман. Целта на оваа променлива е да се дознае нивото на вклученост на другите агенции, здравствените и социјалните служби и институции во упатувањето на клиентот на третман. Податоците за изворот на упатување се, исто така, важни и за оценување на бројот на третмани кои се должат на законска обврска. 'Изворот на упатување' се однесува на изворот кој бил најинструментален во упатувањето на клиентот на третман.

5. Пол

1. машки
2. женски
99. непознат

Методолошки спецификации

Основни епидемиолошки информации.

6. Возраст при почетокот на третманот (години)

Возраст: /__ / __ /
99. непозната

Методолошки спецификации

Основни епидемиолошки информации.

7. Статус на живеење (со кого)

1. сам/а
2. со семејството на потекло (родители, итн.)
3. со партнер
4. со пријатели или други луѓе (без семејни врски)
5. во притвор
6. во институции/засолништа (кои не се притвор)
7. друго
99. непознато

Методолошки спецификации

Главната цел на аспектот 'со кого' во однос на статусот на живеење е индиректно да се оцени роднинскиот статус на клиентот. Ситуацијата се однесува на превладувачката стамбена ситуација на клиентот, односно на тоа дали тој/таа живее во повеќе од една средина во истиот период. Статусот на живеење се однесува на тековната ситуација: *се однесува на периодот од 30 дена пред влегувањето во третман.*

8. Клиенти со деца

1. кои немаат деца
2. кои имаат деца
 - 2.1 кои не живеат со децата
 - 2.2 кои живеат со децата
99. непознато

Методолошки спецификации

Ставката се обидува да оцени дали клиентите имаат деца и какви се животните услови на корисниците на дрога и децата

9. Стамбен статус (каде)

1. постојано место на живеење
2. непостојано место на живеење
3. во притвор
4. друго
99. непознато

Методолошки спецификации

Аспектот на тоа 'каде' клиентот живее ја нагласува постојаноста на местото на живеење. Клиенти со непостојано место на живеење, кои имаат живеено на различни места (дом на пријателите, на улица, во засолништа, итн.), кои се селеле од едно место на друго во периодот пред да се подвргнат на третман. Доколку некој клиент живее во институција, за него/неа треба да се достават податоци во категоријата 4 – 'друго' и да се наведе институцијата. Ситуацијата се однесува на преовладувачката ситуација на клиентот, односно на тоа дали тој/таа живее во повеќе од една средина во истиот период. Стамбеното прашање се однесува на тековната ситуација: *се однесува на периодот од 30 дена пред влегувањето во третман.*

10. Статус на вработеност

1. повремено вработени
2. редовно вработени
3. ученици
4. невработени/обесхрабени
5. прима социјална помош/пензионер/домаќин(ка)/инвалид

- 6. друго
- 99. непознато

Методолошки спецификации

Статусот на вработеност обезбедува важни информации за економската и социјалната интегрираност на клиентот и за неговиот или нејзиниот секојдневен живот.

Се препорачува да се следат стандардите на Еуростат во што е можно поголема мера, со цел да се овозможи споредба со статистичките податоци за општата популација и да се избегне преклопување на категориите (на пр., невработени и неактивни). Категориите дефинирани од страна на Еуростат во официјалните статистички податоци за статусот во поглед на вработеноста се следните:

- вработени = луѓе кои вршеле работа од најмалку еден час (за плата, профит или семејна добивка) во текот на последните 30 дена
- ученици = луѓе кои одат на училиште
- невработени – луѓе кои не се вработени, но активно бараат работа
- обесхрабрани = луѓе кои не се вработени и не бараат работа, затоа што не успеале да најдат
- пензионери/домаќинки/инвалиди = луѓе кои примаат помош од социјалното осигурување заради тоа што се пензионери или инвалиди или домаќини(ки)

Се однесува на периодот од 30 дена пред да се приклучат кон третман

11. Највисок степен на завршено образование

1. никогаш не одел на училиште/нема завршено основно образование (ISCED 0)
2. основно ниво на образование (=ISCED 1)
3. средно ниво на образование (=ISCED 2 и ISCED 3)
4. високо образование (=ISCED 4 до 6)
99. непознато/нема податок

Методолошки спецификации

Образованието е важна социо-економска категорија. Се препорачува построга примена на ИСЦЕД (ISCED)⁵ (Меѓународна стандардна класификација на образованието (International Standard Classification of Education)), како и усвојување на правила за конверзија специфични за земјата, кои веќе се спроведуваат заради обезбедување образовни податоци на меѓународно ниво.

Се однесува на периодот од 30 дена пред приклучување на третман.

12. Примарна дрога⁶

⁵ Треба да се запомни дека класификациите ISCED во моментот се предмет на ревидирање. Евентуалните импликации на ревидираната верзија ќе бидат земени предвид.

⁶ Запомнете дека неколку супстанции на списокот може да се произведат и незаконски (на пр., фентанил или амфетамини) или да се добијат од легитимни извори, но на незаконски начин. За целите на овој протокол, вклучени се и двата извора.

1. Опиоиди (вкупно)

- 11 хероин
- 12 злоупотребен метадон
- 13 злоупотребен бупренорфин
- 14 злоупотребен фентанил
- 15 други опиоиди (да се наведат)

2. Кокаин (вкупно)

- 21 кокаин во прав HCl
- 22 крек кокаин
- 23 друго (да се наведе)

3. Стимуланси кои не се кокаин (вкупно)

- 31 амфетамини
- 32 метамфетамини
- 33 МДМА и деривати
- 34 мефедрон
- 35 други стимуланси (да се наведат)

4. Хипнотици и седативи (вкупно)

- 41 злоупотребени барбитурати
- 42 злоупотребени бензодиазепани
- 43 GHB/VNL
- 44 други злоупотребени хипнотици и седативи (да се наведат)

5. Халуциногени дроги (вкупно)

- 51 ЛСД
- 52 кетамин
- 53 други халуциногени (да се наведат)

6. Волатилни инхаланти

7. Канабис (вкупно)

8. Други супстанции (вкупно) (да се наведе кои супстанции)

99. Непознато

Методолошки спецификации

Примарната дрога е дрогата која е причинител на најголемиот број проблеми за клиентот, како што е дефинирано согласно информацијата од клиентот и(или) во оцената на професионалецот.

Оваа ставка треба секогаш да се пополнува, без оглед дали клиентот последователно се смета за клиент со проблем поради користење повеќе дроги (што ќе биде дополнителна, комплементарна информација).

Во Протоколот се вклучени и некои нови дроги. Тоа се супстанции кои се појавени во последните неколку години на пазарот на дроги и заради кои незанемарлив број луѓе се јавиле на третман поради проблеми поврзани со нивно користење. Класификацијата не следи некоја научна класификација на супстанците според нивните хемиски својства или психоактивни ефекти (на пр., кокаинот и други стимуланси се издвоени), начинот на користење или други научни категоризации. Наместо тоа, усвоена е прагматична класификација, со цел да им се помогне на професионалците кои работат во центрите за третман од дроги да ги евидентираат податоците.

Супстанците кои се вклучени се оние кои му создаваат проблеми на клиентот според неговото/нејзиното барање и според оцената на професионалецот.

Групирањето на дрогите не се прави само врз основа на фармацевтски критериуми, туку и според фактичкото искуство на професионалците на полето на дрогите.

Другите опиоиди ги вклучуваат сите опиоиди кои не се вклучени во претходните категории (на пр., Полскиот хероин). Вклучувањето на фентанилот во примарните дроги ја вклучува и супстанцата која се произведува на илегалниот пазар и медицинскиот производ кој се користи надвор од медицинската практика.

Следните супстанции се исклучени од категоријата на примарни дроги:

- тутун
- алкохол (вклучен во секундарните дроги)
- дроги кои се користат за медицински цели и врз основа на рецепт.

Ова се однесува на периодот од 30 дена пред приклучувањето кон третман.

13. Вообичаен начин на внесување на примарната дрога

1. инјектирање
2. пушење/инхалирање
3. јадење/пиење
4. шмркање
5. друго
99. непознато

Методолошки спецификации

Инјектирањето дроги претставува примарна форма на ризично однесување за корисниците на дрога. Тоа е од особена важност во однос на заразните болести (хепатитис, ХИВ), како и на други заболувања и повреди, а намалувањето на инјектирањето како практика е целта на голем број програми за намалување на штетата. 'Вообичаениот начин на внесување' се однесува на начинот на внесување на примарната дрога.

Пушење/инхалирање се однесува на користење на супстанцата преку пулмонарни патишта (преку носот или трахеите); тие се однесуваат на супстанции земени во форма на пара.

Шмркањето се однесува на назални патишта и на супстанца во форма на прашок.

Се однесува на периодот од 30 дена пред приклучување кон третман.

14. Фреквенција на користење на примарната дрога

1. дневно
2. 4-6 дена во неделата
3. 2-3 дена во неделата
4. еднаш неделно или помалку
5. не користел во последните 30 дена
99. непознато

Методолошки спецификации

Честотата на користење на примарната дрога е индикатор на сериозноста на користењето дрога.

Во сите други случаи, се однесува на периодот од 30 дена пред вклучувањето во третман.

15. Возраст при првото користење дрога (години)

Возраст: / _____ /

99. непознато

Методолошки спецификации

Негативните ефекти од користењето дрога често се зголемуваат со текот на времето. Периодот на користење дрога може да се пресмета врз основа на возраста во моментот на првото користење дрога и возраста во моментот на приклучување кон третманот. Епидемиолошки гледано, возраста при првото користење е индикатор за возраста на која ризикот од користење дрога е најголем. Следење на долгорочните трендови може да помогне во осмислувањето превентивни активности.

16. Секундарни дроги⁷

1. Опиоиди (вкупно)

- 11 хероин
- 12 злоупотребен метадон
- 13 злоупотребен бупренорфин

⁷ Истите критериуми во врска со потеклото на супстанцата (незаконско производство или незаконски канали) како и кај примарната дрога.

- 14 злоупотребен фентанил
- 15 други опиоиди (да се наведат)

2. Кокаин (вкупно)

- 21 кокаин во прашок HCl
- 22 крек кокаин
- 23 друг кокаин (да се наведе)

3. Стимуланси кои не се кокаин (вкупно)

- 31 амфетамини
- 32 метамфетамини
- 33 МДМА и деривати
- 34 мефедрон
- 35 други стимуланси (да се наведат)

4. Хипнотици и седативи (вкупно)

- 41 злоупотребени барбитурати
- 42 злоупотребени бензодиазепани
- 43 GHB
- 44 други седативи (да се наведат)

5. Халуциногени дроги (вкупно)

- 51 ЛСД
- 52 кетамин
- 53 други халуциногени (да се наведат)

6. Волатилни инхаланти

7. Канабис (вкупно)

8. Алкохол како секундарна дрога (вкупно)

9. Други супстанции (вкупно) (да се наведе кои супстанции)

99. Непознато

Методолошки спецификации

Вклучените супстанции не се единствените кои му создаваат проблеми на клиентот, според изјавите на клиентот и оцената на професионалецот.

Доколку некој клиент не користи секундарна дрога, оваа ставка треба да се остави празна.

Може да се пријават до четири дроги. Во образецот за доставување податоци, за секој клиент треба да се наведе максималниот број на дроги за кои се известува.

За целите на доставување податоци до ЕМЦЦДА, редоследот на наведување на секундарните дроги е согласно нивната клиничка релевантност за проблемот на клиентот предизвикан од дроги. Само доколку тоа не е можно, редоследот на

наведување секундарни дроги (доколку има прибрано информации) е: најпрво супстанции кои се инјектираат, па потоа според честотата на користење. Доколку не е можно ни едното ни другото, редоследот е оној според списокот на супстанции.

Точните критериуми кои се користат ќе бидат објаснети во методолошкиот дел на односната табела.

Алкохолот е вклучен како секундарна дрога.

Тутунот и дрогите кои се користат во медицински цели и врз основа на лекарски рецепт се исклучени.

Под други опиоиди се подразбираат сите опиоиди кои не се вклучени во претходните категории, како што е Полскиот хероин.

Ова се однесува на периодот од 30 дена пред подвргнувањето на третман.

17. Дали постои проблем поради користење повеќе дроги

1. да
2. не
99. непознато

Методолошки прашања

Проблемите поради користење повеќе дроги вклучуваат ситуации во кои во проблемот се вклучени повеќе од една дрога, кои се причини за подвргнувањето на третман. Овој концепт ќе се користи во многу ограничениот пристап, како кај ИЦД-10 (види дефиниции).

Оваа ставка треба секогаш да се пополнува, дури и доколку се користи само една дрога (или кога примарната дрога може да се утврди со разумна точност од неколкуте супстанции кои се користат), а клиентите НЕ се корисници на повеќе дроги (во тој случај, на прашањето треба да се одговори со НЕ).

Меѓутоа, дури и во случај на клиент кај кој е многу тешко да се утврди примарната дрога, **секогаш** треба да се избере една примарна дрога, следејќи ги индикациите дадени во насоките и конкретните постапки на спроведување кои се користеле на национално ниво досега (на пр., изјавата на клиентот, клиничката оценка, стандардните скали на зависност, честотата на користење, договорената хиерархија на супстанциите, итн.).

Ова се однесува на периодот од 30 дена пред подвргнувањето на третман.

18. Третман со опиоидска супституција (ОСТ)

1. никогаш не бил на ОСТ
2. некогаш бил на ОСТ
99. непознато

Методолошки спецификации

ОСТ најчесто се нарекува 'третман со супституција'. Третман со супституција се дефинира како 'примена на целосно проценети опиоидски агенси; тоа се прави од страна на искусни или акредитирани специјалци, во рамките на признаената медицинска практика, заради постигнување дефинирани цели на третманот'. Овој третман често се применува во комбинација со психолошка помош. Оваа променлива помага во подоброто утврдување на нивото на достапност на третманот со супституција и обезбедува информација за доживотни третмани со опиоидска супституција на оние кои се приклучуваат кон третман поради друго проблематично користење супстанци.

Треба да се наведат само клиенти кои претходно биле подвргнати на третман.

19. Возраст при првиот третман со супституција (ОСТ)

1. Возраст при првиот ОСТ: / _____ /
99. непознато

Методолошки спецификации

Оваа променлива, во комбинација со податоците за возраста при првото користење на примарната дрога и возраста при првото инјектирање, придонесува кон обезбедувањето информации за доживотните третмани со опиоидска супституција кај оние кои се приклучуваат кон третман поради друго проблематично користење супстанци. Ставката треба да се пополнува само за луѓе кои биле на ОСТ пред последното пријавување на третман.

20. Дали некогаш е инјектирана или дали сега се инјектира дрога

1. никогаш не инјектирал
2. некогаш инјектирал
 - 2.1 инјектирал, но не во последните 12 месеци
 - 2.2 инјектирал во претходната година, но не во последните 12 месеци
 - 2.3 инјектирал во последните 12 месеци, но не во последните 30 дена
 - 2.4 во моментот инјектира (во последните 30 дена)
3. одбива да одговори
99. непознато

Методолошки спецификации

Оваа променлива се однесува на навиките во поглед на инјектирањето, во однос на сите дроги, а не само примарната. Оваа ставка го утврдува инјектирањето на која и да е дрога; таа дава добра индикација за ризично однесување. Ова е од особена важност во поглед на преносот на заразни болести (хепатитис, ХИВ), како и други болести и повреди и за прашањата на намалување на штетата. Треба да се исклучи инјектирањето за медицински цели (дијабетес, итн.).

21. Возраст при првото инјектирање (години):

1. Возраст: / _____ /

99. непознато

Методолошки прашања

Оваа променлива треба да се пополнува за луѓе кои некогаш инјектирале дрога. Доколку никогаш не инјектирале никаква дрога, треба да се остави празна.

22. ХИВ тест

- 1 клиентот некогаш направил ХИВ тест
 - 1.1 се тестираше, но не во последните 12 месеци
 - 1.2 се тестираше во последните 12 месеци
2. никогаш не се тестираше
3. одбива да одговори
99. непознато

Методолошки прашања

Оваа ставка се однесува на тестирања и може да биде корисна информација за вкрстена споредба со другите однесувања (инјектирање, заедничко користење игли). Цврсто се препорачува историјата на правење тестови да се потврди што е можно поверодостојно

22. ХИВ тест

- 1 клиентот никогаш не се тестираше
- 2 клиентот некогаш направил ХИВ тест
 - 2.1 се тестираше, но не во последните 12 месеци
 - 2.2 се тестираше во последните 12 месеци
3. одбива да одговори
99. непознато

Методолошки прашања

Оваа ставка се однесува на тестирања и може да биде корисна информација за вкрстена споредба со другите однесувања поврзани со користењето дрога (инјектирање, заедничко користење игли).

2.4 Заедничко користење на игли/шприцеви

1. никогаш не делел игла или шприц со други
2. некогаш делел игла или шприц со други
 - 2.1. делел, но не во последните 12 месеци
 - 2.2. делел во последните 12 месеци
 - 2.3. во моментот дели (во последните 30 дена)
3. одбива да одговори
99. непознато

Методолошки прашања

Информација која треба да се побара само доколку клиентот некогаш инјектирал дрога. Во спротивно, променливата треба да се остави празна.

3. Метолошки и етички прашања

Освен општите начела подвлечени во првиот дел од протоколот, потребно е да се објаснат конкретни методолошки прашања, кои се важни за процесот на прибирање податоци и известување.

За податоците за ТДИ што ги доставува секоја земја да се стават во контекст, важно е да се има пристап до методолошки информации. Во образецот за доставување податоци за ЕМЦЦДА е оставено место за наведување на медологијата што се користела во прибирањето и доставувањето податоци (види образец за доставување податоци). Во секое табеларно прикажување на податоците, оставено е поле за коментари; ќе биде од особена важност да се пополни тоа поле кога податоците за една земја се разликуваат од насоките на ЕМЦЦДА или содржат специфики кои не може да се разберат само од квантитативните податоци.

3.1 Референтен временски период

Референтниот период за целиот протокол се однесува на тековната ситуација на клиентот (профил и трендови на користење дрога) во последните 30 дена (1 месец) пред да се јави на третман. Ова е генералното правило за сите променливи вклучени во протоколот, освен доколку не е автоматски применливо или поинаку наведено. Меѓутоа, со цел да се биде прецизен, индикацијата за референтниот период секогаш се наведува. Доколку не е наведен, тоа значи дека не може да се наведе, но тоа обично е разбирливо од контекстот на секоја ставка (на пр., дали некогаш инјектирал, возраст при првиот ОСТ, итн.).

3.2 Трендови на користење дроги: референтна дрога

Трендовите на користење дрога – возраст при првото користење, начин на внесување, честота на користење – се однесуваат на примарната дрога. Ставките 'дали некогаш инјектирал' и 'возраст при првото инјектирање' се однесуваат на која и да е дрога. Меѓутоа, тоа се наведува во секоја ставка.

3.3 Опфат

Информациите за опфат на податоците се потребни за да се сфати контекстот на податоците за ТДИ во секоја земја и нивото на нивната репрезентативност.

Како прво, проценката на опфатот на ТДИ треба да се однесува на оние центри од кои се очекува да известуваат како дел од системот за известување за ТДИ. Освен тоа, секоја проценка, дури и приближните, треба да се прави во онаа мера во која системот за известување за ТДИ го опфаќа вкупниот број на центри за третман во земјата. На тоа влијаат расположливоста и организацијата на националниот систем на третман и на системот на упатување, како и законодавството за дроги.

Резултатите од анализите на податоците во ТДИ покажуваат дека постојат и заеднички карактеристики и суштински разлики меѓу земјите, веројатно како

резултат на националните разлики во карактеристиките на проблемот со дроги, во системите за третман, како и во системите за известување и квалитетот на податоците во истиот. Некои разлики неизбежно се должат на разлики во врска со тоа кои видови институции за третман и/или групи на клиенти се опфатени со националните системи. Еден конкретен проект на ЕМЦДДА, спроведен во 2007-08 (Иверсен, 2009) во врска со опфатот на податоците, нагласува кои прашања треба да се земат предвид во процесот на прибирање податоците за третманот. Истражувањата во некои земји укажуваат на потребата од подобри информации за достапноста и на третманот и капацитетот за третман, со цел да се разбере контекстот на податоците од ТДИ. Оваа информација е делумно вклучена во методолошките информации, а делумно пренесена преку другите алатки за ЕМЦДДА, кои се фокусираат на достапноста на/капацитетот за третман (Стандардна табела 24 и Структуриран прашалник 27). Конечните препораки на проектот ја подвлекоа потребата од:

- подетално вклучување на оцената за опфат во системот за обезбедување квалитет на податоците за ТДИ (...);
- вклучување на оцената на опфатот – охрабрување на земјите да воведат системи за мониторинг на институциите за третман и капацитетите за третман;
- охрабрување на земјите да дизајнираат системи со задолжително известување од страна на амбулантските и болничките институции (центри, одделенија) за третман од дроги, вклучително и известување за капацитетот, како и за постојните податоци за ТДИ.

3.4 Квалитет на податоците

Квалитетот на податоци е од особена важност при користењето податоци поврзани со дрогите, особено во европскиот систем на податоци, каде што информациите мора да бидат што е можно поспоредливи во сите земји и историски доследни. Меѓутоа, контролата на квалитетот на податоци е сложена активност, особено кога вклучува податоци од различни земји, доставени во нерасчленета форма.

Податоците за побарувачка од третман што ги доставуваат земјите рутински се проверуваат кога ќе пристигнат во ЕМЦДДА. Основните постапки на проверка се спроведуваат редовно во поглед на комплетноста, доследноста и навременоста на податоците, проблемите со бројките и цифрите кои во голема мера се разликуваат од општата слика во ЕУ. Методолошките информации, исто така, се проверуваат редовно, со цел да се добијат подлабоки сознанија за системот на информирање и практичното спроведување на методолошките насоки во однос на доставените податоци.

Освен рутинската контрола на квалитетот на податоците што се спроведува секоја година, во 2008-та беше применет специфичен систем за проценка на квалитетот на податоците за сите клучни индикатори. Системот беше применет во однос на податоците од ТДИ и вклучува оценка на аспектите поврзани со две области на доставување податоци: процесот на известување и квалитетот на податоците. Проценувањето на квалитетот на податоците беше извршено во консултации со НФП и со експерти за ТДИ.

Во врска со процесот, проценката се однесуваше на следните аспекти: организација на системот за известување, финансиските и човечките ресурси посветени на

прибирањето податоци, законската основа за прибирање на податоците, оценка на квалитетот на податоците, тековниот процес и главните пречки за спроведување на ТДИ. Во однос на квалитетот на податоците, евалуацијата се фокусираше на достапноста на податоците на национално ниво и доставувањето податоци на европско ниво, усогласување со насоките на ЕМЦДДА, навременоста, опфатот на податоците и внатрешната доследност на истите.

Резултатите од таа проценка покажаа дека најголемиот број земји имаат постигнато значаен напредок во спроведувањето на насоките за ТДИ во последните години, како и дека степенот на споредливост на податоците е значително подобрен; сепак, во некои области се уште е потребно подобрување.

Информацијата во врска со опфатот е доста сеопфатна во многу земји; тоа е особено така во поглед на бројот на субјекти што известуваат во однос на оние што функционираат во земјите. Потешко е да се добијат информации за бројот и процентот на опфатените клиенти, онаму каде што се потребни подлабински и поточни информации за подобро разбирање на нивото на репрезентативност на доставените податоци.

Во однос на процесот, постигнат е голем напредок во организирањето на работењето на национално ниво: во повеќето земји е формирана формална работна група, усвоена е конкретна легислатива со која се дозволува и се олеснува прибирањето податоци; со тие чекори напред се поддржува соодветното поднесување податоци и на национално и на европско ниво. Меѓутоа, се уште остануваат одредени проблеми, главно во врска со расположливоста на финансиски и човечки ресурси, усогласување со конкретните европски стандарди, мотивацијата на партнерите кои прибираат податоци и достапноста на податоците.

3.5 Двојно пребројување

Во овој контекст, 'двојно пребројување' се однесува на фактот што еден ист клиент може да биде регистриран повеќе од еднаш во базата за податоци за следење на третман во дадена година. Ова може да се должи на неколку причини, вклучително непостоење комуникации меѓу центрите за третман, отсуство на единствен систем кој овозможува вкрстени проверки, и други. Двојното пребројување доведува до преценување на вкупниот број на лица на третман.

Врз основа на водечкото начело дека она што треба да се брои се поединци, а не епизоди, двојното пребројување треба да се избегнува колку што е можно на сите нивоа, почнувајќи од центарот за третман, до локалното, регионалното, националното и меѓународното ниво. Се разбира, ова правило ќе се применува имајќи го предвид нивото на фактичка изводливост и ограничувањата на национално, регионално и локално ниво (технолошките и методолошките инструменти, финансиските и човечките ресурси, законската рамка, вклучително и правни пречки како резултат на правилата за заштита на податоците).

Во земјите се спроведени неколку техники (Оригер, 1996), почнувајќи од најобичните, како контролата на двојно пребројување во регистар преку единствен идентификациски број доделен на поединците (кој обично почива на алгоритам што

го користи името и датата на раѓање), до некои софистицирани техники, како користењето на дигитални отпечатоци (на пр., Холандија).

Во идеална ситуација, максималното ниво на контрола на двојното пребројување навестува дека земјите имаат централен регистар во таква форма во која може да ги регистрираат сите поединечни лица, со некаков вид единствен идентификациски број, со цел да обегнат двојно пребројување. Таквиот регистар треба да ги исполни сите барања за гаранција на заштитата на податоците. Втората најдобра опција е постоењето на регионална база на податоци, која може да го контролира двојното пребројување во значителна мера. Доколку централен или регионален регистар не постои или не е можно да се спроведе од повеќе причини, вклучително правни, административни и финансиски, организацијата за третман треба да се обиде да спроведе методи на проверка на податоците од претходни третмани (на пр., електронски и/или со директно поставување прашање до клиентот дали некогаш претходно бил/била на третман и/или прашувајќи ги другите центри за третман дали имале претходни контакти со тој клиент).

Во проценката на квалитетот на податоците извршена во 2008-та во однос на податоците доставени во ЕМЦДДА од страна на европските земји, утврдено е дека двојното пребројување е доста често кај земјите и дека само две земји немаат воспоставено воопшто никаква или ограничена контрола. Од 26-те земји во кои веќе постои контрола, во девет таа постои на регионално ниво или на ниво на центар за третман, а во 17 на национално ниво.

3.6 Етички прашања и заштита на податоците

Кога се одвива лекување од проблеми со дрога, се бележат податоци за користењето на дрогата и јаките и слабите страни на клиентот. Чекорите на третманот обично се планираат врз основа на формална дијагноза или на преглед на проблемите кои бараат внимание од страна на професионалци или тим од професионалци. Целите постојано се следат во текот на третманот, а исходот се оценува на крајот. Информациите, пред се, се прибираат заради подобрување на негата на клиентите.

Прибирањето податоци и известувањето за истите, освен клинички цели, имаат за цел и добивање основни информации за епидемиолошката ситуација, со цел да се поддржат здравствени интервенции засновани на докази и ефективни и ефикасни начини на третирање проблеми со дрога.

За секое ниво на информации (на пр., клиничко, регионално, национално, меѓународно, итн.), мора да се имаат предвид националните или меѓународните правила за доверливост и заштита на податоците, како и правата на клиентите, персоналот и самите центри за третман. Ова е особено случај со специфичните средини на лекување, како третманот во затворите, каде што мора многу да се внимава на етички прашања (заштита на податоци, приватност, човекови права) во процесот на прибирање податоци и известување за истите.


Овие насоки треба да се усогласени со прифатените кодекси од кои се водат правилата за заштита, приватност и истражување на податоци во разните земји. Пристапот до податоци мора да биде ограничен исклучиво на овластените професионалци. За користењето на податоците и за постапката за објавување на

резултати треба да има дискусија и договор меѓу оние кои се вклучени (обезбедувачите на услуги, управителите, креаторите на политики, истражувачите, итн.).

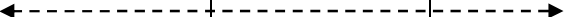


ЕМЦДДА (во рамките на ТДИ протоколот 3.0, како што беше случај и со ТДИ протоколот 2.0) нема намера да развие централна база на податоци на поединци кои се приклучуваат или се подвргнати на третман од дроги на европско ниво. Сите податоци се прибираат, компилираат и чуваат од страна на земјите, со строго почитување на прифатените етички стандарди, а се извлекуваат единствено нерасчленети податоци и се анализираат за споредбени цели на ниво на Европа. Сепак, на ЕМЦДДА понекогаш му се потребни поединечни групи податоци, како, на пример, на други полиња на истражување, за конкретни студии, но само врз основа на договор со земјите.

4. Дефиниција на случај: графички опис

Случаи кои треба да се вклучат и да се исклучат од доставувањето податоци до ЕМЦЦДА, но НЕ и автоматски од прибирањето податоци на национално или на локално ниво

Треба да се вклучат: 


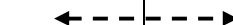
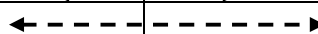

Треба да се исклучат: 





Клиент	Епизода на третман / активност	Центар за третман	Претходна година	Тековна година	Наредна година	Спецификации	Да се достави до ЕМЦЦДА
А	А1	1				Клиентот А е на континуиран третман, почнувајќи од претходната година, продолжувајќи низ целата тековна година и во дел од наредната. Нема дополнителни третмани. За тековната година не се пријавува третман.	
Б	Б1	1				Клиентот Б е на	
Б	Б2	2				континуиран	

						<p>третман, почнувајќи од претходната година, продолжувајќи низ целата тековна година и во дел од наредната. Во тековната година доаѓа до втор третман во истиот центар. За тековната година не се пријавува третман.</p> <p>(Белешка: често, Б2 е активност на третман – на пр., краткорочно советување – комплементарно на Б1 – на пр., долгорочен ОСТ – која се спроведува на испланиран начин, за истиот</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						роблем со дрога кој довел до приклучување кон третман)	
В	В1	1	←-----→			Клиентот В е на континуиран третман, почнувајќи од претходната година, продолжувајќи низ целата тековна година и во дел од наредната. Во тековната година доаѓа до три нови третмани, во истиот и во два други центри. За тековната година не се пријавува третман.	
В	В2	1		←-----→			
В	В3	2			←-----→		
В	В4	3			←-----→		
Г	Г1	1	←-----→			Клиентот В е на континуиран третман, почнувајќи од претходната година,	
Г	Г2	Било кој			←-----→		

						продолжувајќи низ целата тековна година и во дел од наредната. Во тековната година доаѓа до три нови третмани, во истиот и во два други центри. За тековната година не се пријавува третман.	
Д	Д1	1		←→		Клиентот Д се приклучува кон третман во тековната година прв пат во живот. Третманот се пријавува за тековната година како прв третман во животот.	Х
Ѓ	Ѓ1	1		←→		Клиентот Ѓ започнува со третман во тековната	

						година прв пат во живот. Третманот се пријавува за тековната година како прв третман во животот.	X
E	E1	2				Клиентот E се приклучува кон третман во тековната година прв пат во живот, има последователни третмани во текот на тековната година, во истиот и во други центри за третман. Само E1, првиот третман, се пријавува за тековната година како прв третман во животот.	X
E	E2	2					
E	E3	3					
Ж	Ж1	1				Клиентот Ж бил на третман	

						претходната година, кој е завршен со крај на третманот. Нов третман започнува во тековната година во истиот и во други центри за третман, и се продолжува и во наредната година. Третманот во тековната година се пријавува како третман на претходно третиран клиент.	
Ж	Ж2	Било кој					X
3	31	2				Клиентот 3 бил на третман претходната година, кој е завршен со крај на третманот. Нов третман започнува во тековната	
3	32	2					X
3	33	3					

						<p>година во истиот центар за третман. Во тековната година започнува втор третман, во друг центар за третман. Третманот 32 се пријавува, врз основа на тоа дека е прв третман во годината. Третманот 32 се пријавува како третман на претходно третиран клиент.</p>	
S	S1	1	← - - - - - →			Клиентот S се приклучил на третман претходната година, кој продолжил и во тековната. По тоа, започнува и нов третман во тековната	
S	S2	1		← →			X

						година во истиот центар за третман. Под услов првиот третман да завршил со формален крај на третманот, третманот кој започнал во тековната година се пријавува како третман на претходно третиран клиент.	
И	И1	1	← - - - - - →			Клиентот И се приклучил на третман претходната година, кој продолжил и во тековната. По тоа, започнува и нов третман во тековната година во истиот центар за третман. Под услов меѓу	
И	И2	1			← ————— →		X

						<p>првиот и вториот третман да минале 6 месеци без каков и да е контакт, третманот кој започнал во тековната година се пријавува како третман на претходно третиран клиент.</p>	
J	J	1	← - - - - - →			<p>Клиентот J се приклучил на третман претходната година, кој продолжил и во тековната. Потоа, започнува и нов третман во тековната година, во друг центар за третман. Под услов првиот третман да завршил со</p>	
J	J2	2			← ————— →		X

						формален крај на третманот, третманот кој започнал во тековната година се пријавува како третман на претходно третиран клиент.	
К	К1	1	← - - - - - →			Клиентот К се приклучил на третман претходната година, кој продолжил и во тековната. По тоа, започнува и нов третман во тековната година, во друг центар за третман. Под услов меѓу првиот и вториот третман да минале 6 месеци без каков и да е контакт,	
К	К2	2			←————→		X

						третманот кој започнал во тековната година се пријавува како третман на претходно третиран клиент.	
--	--	--	--	--	--	--	--

Белешка: случаите S, И, J и K може да се сметаат за варијација на слична ситуација, заради подобра илустрација. Тие претставуваат клиенти кои биле на третман на почетокот на годината, потоа епизодата на третман била завршена и истата година започнала нова епизода (за која треба да се извести). Случаите претставуваат комбинација од две можности: кога епизодата на третман била завршена формално и кога тоа било напуштање на третманот, како и кога дошло до последователна епизода во истиот центар или во друг центар.

5. Користена литература

- КОРДРОГ 67, Совет на Европската Унија (2001), 'Одлука на Советот за спроведување на петте клучни епидемиолошки индикатори за дроги, развиени од страна на Европскиот центар за мониторинг на дроги и зависност од дроги' (CORDROGUE 67, Council of the European Union (2001), 'Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators on drugs, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction').
- Донмал, М. (2008), 'Лична комуникација' (Donmall, M. (2008), 'Personal communication').
- ЕМЦДДА (2010), 'Годишен извештај за 2010 за состојбата со проблемот со дроги во Европа', достапен на <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010> (EMCDDA (2010), '2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>)).
- Управен одбор на ЕМЦДДА, 'Препорака на ЕМЦДДА за петте усогласени клучни индикатори', стр. 1-13 (EMCDDA Management Board (2001), 'EMCDDA recommendation on the five harmonised key indicators', pp. 1–13).
- Европско истражување на зависноста (1999), *Европско истражување на зависноста* 5(4) (European Addiction Research (1999), *European Addiction Research* 5(4)).
- Европска Унија (2003), 'Препорака на Советот од 18 јуни 2003 за спречување и намалување на штета по здравјето поврзана со зависност од дрога' (European Union (2003), 'Council Recommendation of the 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence').
- Хартнол, Р. (1994), *Системи за известување за третман од дрога и првиот индикатор за побарувачка од третман* (Hartnoll, R (1994), *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator*).
- Дефинитивен протокол (Definitive Protocol)*.
- ЕМЦДДА (2011), 'Индикатор на побарувачка од третман (ТДИ), достапно на <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi> (EMCDDA, (2011), 'Treatment demand indicator (TDI)', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>)).
- Иверсен, Е. (2009), *Оценка на опфатот на податоците прибрани во рамки на индикаторот на побарувачка од третман* (достапно на <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>) (Iversen, E (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator* (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>)).
- Универзитет на Манчестер, ДХ НТА (2010), *Статистички податоци од Националниот систем за мониторинг на третман од дрога (НДТМС) 1 април 2009 – 31 март 2010* (достапно на <http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>) (Manchester University, DH NTA (2010), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009–31 March 2010* (available at: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>)).
- Оригер, А. (1996), *Работна програма за епидемиологија на ЕМЦДДА за 1996. Процедури за одбегнување на двојно пребројување во системите за известување за третман од дрога*, Луксембург (Origer, A (1996), *EMCDDA Epidemiology Work Programme 1996. Procedures to Avoid Double Counting in Drug Treatment Reporting Systems*, Luxembourg).
- САМХСА (2009), *Извадоци од податоците за епизоди на третман – 2007* (достапно на: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>) (SAMHSA (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights — 2007* (available at: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>)).
- Сајмон, Р, и Фајфер, Т. (1999), *Теренски обид за имплементација на стандарден протокол за прибирање информации за побарувачката од третман во земјите-членки на ЕУ. Конечен извештај во име на ЕМЦДДА*, Минхен (Simon, R. and Pfeiffer, T. (1999), *Field trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final report on behalf of the EMCDDA*, Munich).
- Сајмон, Р., Фајфер, Т., Хартнол, Р., Виченте, Ј., Лакет, Ц., и Штауфахер, М. (2000), 'Стандарден протокол 2.0 за Индикаторот за побарувачка од третман (ТДИ)' (достапен на: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>) (Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Lockett, C. and Stauffacher, M. (2000), 'The Treatment demand indicator (TDI) Standard Protocol 2.0', pp. 2–36 Lisbon (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>)).
- Штауфахер, М. и Кокеви, А. (1999), 'Протоколот за побарувачка од третман на Групата Помпиду: Првиот паневропски стандард во областа', *Европско истражување на зависноста* 5(4), стр. 191-6 (Stauffacher, M. and Kokkevi, A. (1999), 'The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field', *European Addiction Research* 5(4), pp. 191–6).

6. Образец за доставување податоци

Предложениот список на табеларни прегледи кои треба да се доставуваат согласно ревидираната верзија 3.0 на ТДИ протоколот е даден подолу

Главната компонента на ТДИ протоколот се состои од низа дефиниции (дефиниција на случај, дефиниција на третман, итн.) и главен список на променливи што сите земји треба да ги прибираат на хармонизиран начин. Главниот список на променливи претставува обврска за прибирање на минималниот број податоци, а земјите може да прибират и дополнителни променливи на национално или локално ниво, доколку сметаат дека тоа е неопходно за националните потреби од информации.

Информациите се доставуваат до ЕМЦДДА преку системот Фонте, во модел или образец за доставување податоци, кој се состои од одбран број договорени табеларни прегледи. Оваа група табеларни прегледи претставува избор од многуте можни комбинации на променливи. Изборот на табеларни прегледи има за цел да ги опфати најрелевантните и најкорисните информации, одржувајќи го товарот на известувањето во разумни граници.

Претходната структура за известување се состоеше од засебни извештаи за секој од можните пет типа на центри за третман. Новата структура за известување се состои од само еден извештај. Информациите за видот на центрите за третман и натаму ќе се прибира, но како променлива во ограничен број на табеларни прегледи.

Со цел да се овозможат валидни споредби, потребно е да се приберат одредени табеларни податоци во три категории: претходно лекувани клиенти кои се приклучиле на третман во текот на календарската година, клиенти кои се јавиле за третман, а дотогаш никогаш не биле лекувани, и вкупен број на клиенти кои се јавиле на третман. Со тоа, ќе се овозможи претходно лекуваните клиенти кои се јавиле на третман и оние кои дотогаш не биле никогаш третирани да се споредуваат, а непознатата категорија или категоријата што недостига да се пресмета со одземање.

Примарната дрога е главната променлива, во однос на која се споредуваат сите други променливи. Ова е одраз на широкиот спектар на дроги за кои третман е достапен и на веројатноста дека карактеристиките на еден клиент ќе се разликуваат според примарната дрога.

Најголемиот дел од прибраните информации и натаму се врз основа на променливите кои постоеја и во рамките на претходниот протокол и се прибираа и со претходниот образец за доставување податоци. Меѓутоа, ограничен број нови варијабли се вклучени, со цел да се опфатат важни области, како што е проблемот поради користење повеќе дроги и изложеноста на инфекција. Освен тоа, категоризацијата на некои постоечки променливи се прилагодени, за да се подобри усогласеноста со меѓународните норми и да се отстрани нејасноста.

Предложениот модел ќе биде испробан преку пилот-проект и ќе биде оценет од аспект на изводливоста на известувањето и корисноста на резултатите. Конечната одлука во врска со образецот за доставување податоци ќе биде донесена врз основа

на таа пилот-проба и во консултации со земјите што известуваат во текот на состаноците на експертите и со националните фокални точки во 2012 г. Се очекува податоците врз основа на образецот за известување да бидат доставени до ЕМЦДДА во 2014 г.

Предложениот „образец за доставување податоци“ се состои од еден модел, со 68 табели и 44 методолошки прашања.

Нацрт-модел Фонте е даден како засебен Анекс, во .пдф формат.

- Моделот се состои од 68 табели и 44 методолошки прашања (што одговара на 11 960 податочни точки).
- Одделите и групите се болдирани.
- Во сите матрици се дозволени само броеви.

1. Вовед

2. Извор

2.1 Година за прибирање од страна на ЕМЦДДА

2.2 Земја

2.3 Година на третман

3. Методолошки информации

3.1 Опфат

3.1.1 Опфат по вид на центар за третман

3.1.2 Број на сите единици во земјата (вклучително и оние кои не се во согласност со ТДИ протоколот – изворот на таа вредност да се наведе во Забелешки)

3.1.3 Процент на опфатени случаи (процент на случаи за кои е известно, во однос на вкупниот број на третирани случаи во земјата - вклучително и случаи кои не се во согласност со ТДИ протоколот)

3.1.4 Географски опфат (национален или регионален)

3.1.5 Географски опфат (дополнителни информации)

3.1.6 Забелешки

3.2. Сите нови клиенти на третман

3.2.1 Дефиниција на случај

3.2.2 Контрола на двојно пребројување

3.2.3 Како да се разликуваат оние кои никогаш претходно не биле лекувани и претходно лекуваните

3.2.4 Како во вашата земја се дефинира Почетокот на третманот

3.2.5 Како во вашата земја се дефинира Крајот на третманот

3.3 Дефиниција на центри за третман

3.3.1 Како во вашата земја се дефинира Абмулантски центар за третман и кои видови институции потпаѓаат под овој вид центри за третман

3.3.2 Како во вашата земја се дефинира Болнички центар за третман и кои видови институции потпаѓаат под овој вид центри за третман

3.3.3 Како во вашата земја се дефинира Центар за третман во затвор и кои видови институции потпаѓаат под овој вид центри за третман

3.3.4 Како во вашата земја се дефинираат другите видови центри за третман и кои видови институции потпаѓаат под овој вид центри за третман

3.3.5 Дали постојат некои институции за третман од дрога во ТДИ протоколот кои не обезбедуваат третман во вашата земја (на пр., институции со низок праг, општи лекари, итн.)

3.4 Карактеристики на изворот на податоци

3.4.1 Назив на системот за следење

3.4.2 Метода на прибирање податоци

3.4.3 Дефиниција на епизода на третман

3.4.4 Библиографија

3.5 Забелешки

3.5.1 Забелешки во врска со методолошките информации

4. Социо-демографски информации

4.1 Статус на третман според вид на центар за третман

4.1.1 Сите кои се јавиле на третман, и оние кои дотогаш не биле лекувани и оние кои биле претходно лекувани според видот на центарот за третман (број на случаи – референтна табела за вкупните броеви)

4.1.2 Методолошки коментари и толкување на податоци

4.2 Примарна дрога според видот на центарот за третман

4.2.1 Примарна дрога според видот на центарот за третман – сите кои се јавиле на третман

4.2.2 Примарна дрога според видот на центарот за третман – оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.2.3 Примарна дрога според видот на центарот за третман – оние кои биле претходно лекувани

4.2.4 Методолошки коментари и толкување на податоци

4.3 Примарна дрога според пол

4.3.1 Примарна дрога според пол - сите кои се јавиле на третман

4.3.2 Примарна дрога според пол - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.3.3 Примарна дрога според пол - оние кои биле претходно лекувани

4.3.4 Просечна возраст при јавување на третман и возраст при прво користење дрога и просечно доцнење со третман според примарна дрога и пол – сите третмани

4.3.5 Информации за старосната структура според примарна дрога и возраст при јавувањето на третман и возраст при прво користење – сите третмани

4.3.6 Просечна возраст при јавување на третман и возраст при прво користење дрога и просечно доцнење со третман според примарна дрога и пол - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.3.7 Информации за старосната структура според примарна дрога и возраст при јавувањето на третман и возраст при прво користење - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.3.8 Просечна возраст при јавување на третман и возраст при прво користење дрога и просечно доцнење со третман според примарна дрога и пол - оние кои биле лекувани претходно

4.3.9 Информации за старосната структура според примарна дрога и возраст при јавувањето на третман и возраст при прво користење - оние кои биле лекувани претходно

4.3.10 - Методолошки коментари и толкување на податоци

4.4 Примарна дрога според возраст

4.4.1 Примарна дрога според возраст - сите кои се јавиле на третман

4.4.2 Примарна дрога според возраст - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.4.3 Примарна дрога според возраст - оние кои биле лекувани претходно

4.4.4 Методолошки коментари и толкување податоци

4.5 Примарна дрога според извор на упатување

4.5.1 Примарна дрога според извор на упатување - сите кои се јавиле на третман

4.5.2 Примарна дрога според извор на упатување - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.5.3 Примарна дрога според извор на упатување - оние кои биле лекувани претходно

4.5.4 Методолошки коментари и толкување податоци

4.6. Примарна дрога според статус на живеење (со кого)

4.6.1 Примарна дрога според статус на живеење (со кого) - сите кои се јавиле на третман

4.6.2 Примарна дрога според статус на живеење (со кого) - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.6.3 Примарна дрога според статус на живеење (со кого) - оние кои биле лекувани претходно

4.7 Примарна дрога според статус на живеење (со деца)

4.7.1 Примарна дрога според статус на живеење (со деца) - сите кои се јавиле на третман

4.7.2 Примарна дрога според статус на живеење (со деца) - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.7.3 Примарна дрога според статус на живеење (со деца) - оние кои биле лекувани претходно

4.8 Примарна дрога според статус на живеење (каде)

4.8.1 Примарна дрога според статус на живеење (каде) - сите кои се јавиле на третман

4.8.2 Примарна дрога според статус на живеење (каде) - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.8.3 Примарна дрога според статус на живеење (каде) - оние кои биле лекувани претходно

4.8.4 Методолошки коментари и толкување податоци

4.9 Примарна дрога според образовно ниво

4.9.1 Примарна дрога според образовно ниво - сите кои се јавиле на третман

4.9.2 Примарна дрога според образовно ниво - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.9.3 Примарна дрога според образовно ниво - оние кои биле лекувани претходно

4.9.4 Методолошки коментари и толкување податоци

4.10 Примарна дрога според статус на вработеност

4.10.1 Примарна дрога според статус на вработеност - сите кои се јавиле на третман

4.10.2 Примарна дрога според статус на вработеност - оние кои никогаш порано не биле лекувани

4.10.3 Примарна дрога според статус на вработеност - оние кои биле лекувани претходно

4.10.4 Методолошки коментари и толкување податоци

5. Информации за трендовите на користење дрога

5.1 Примарна дрога според начинот на внесување

5.1.1 Примарна дрога според начинот на внесување - сите кои се јавиле на третман

5.1.2 Примарна дрога според начинот на внесување - оние кои никогаш порано не биле лекувани

5.1.3 Примарна дрога според начинот на внесување - оние кои биле лекувани претходно

5.1.4 Методолошки коментари и толкување податоци

5.2 Примарна дрога според честотата на користење

5.2.1 Примарна дрога според честотата на користење - сите кои се јавиле на третман

5.2.2 Примарна дрога според честотата на користење - оние кои никогаш порано не биле лекувани

5.2.3 Примарна дрога според честотата на користење - оние кои биле лекувани претходно

5.2.4 Методолошки коментари и толкување податоци

5.3 Примарна дрога според возраста при првото користење

5.3.1 Примарна дрога според возраста при првото користење - сите кои се јавиле на третман

5.3.2 Примарна дрога според возраста при првото користење - оние кои никогаш порано не биле лекувани

5.3.3 Примарна дрога според возраста при првото користење - оние кои биле лекувани претходно

5.3.4 Методолошки коментари и толкување податоци

5.4 Примарна дрога по години после првото користење

5.4.1 Примарна дрога по години после првото користење - сите кои се јавиле на третман

5.4.2 Примарна дрога по години после првото користење - оние кои никогаш порано не биле лекувани

5.4.3 Примарна дрога по години после првото користење - оние кои биле лекувани претходно

5.4.4 Методолошки коментари и толкување податоци

5.5 Дрога според однесувањето во врска со инјектирањето

5.5.1 Дрога според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали е примарна или секундарна) - сите кои се јавиле на третман

5.5.2 Дрога според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали е примарна или секундарна) - оние кои никогаш порано не биле лекувани

5.5.3 Дрога според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали е примарна или секундарна) - оние кои биле лекувани претходно

5.5.4 Методолошки коментари и толкување податоци

5.6 Користење повеќе дроги

5.6.1 Проблем поради користење повеќе дроги според статус на третман

5.6.2 Трендови на користење повеќе дроги (стандардни комбинации) според статус на третман

5.6.3 Методолошки коментари и толкување податоци

5.7 Примарна дрога според други (секундарни) дроги

5.7.1 Клиенти на опијати како примарна дрога (вкупно) според други (секундарни) дроги - сите кои се јавиле на третман

5.7.2 Клиенти на кокаин како примарна дрога (вкупно) според други (секундарни) дроги - сите кои се јавиле на третман

5.7.3 Клиенти на стимуланси како примарна дрога (кои не се кокаин) според други (секундарни) дроги - сите кои се јавиле на третман

5.7.4 Клиенти на канабис како примарна дрога (вкупно) според други (секундарни) дроги - сите кои се јавиле на третман

5.7.2 Клиенти на други дроги како примарна дрога според други (секундарни) дроги - сите кои се јавиле на третман

5.7.6 Методолошки коментари и толкување податоци

6. Информации за последици по здравјето

6.1 ХИВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето

6.1.1 ХИВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали се примарни или секундарни) - сите кои се јавиле на третман

6.1.2 ХИВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали се примарни или секундарни) - оние кои никогаш порано не биле лекувани

6.1.3 ХИВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали се примарни или секундарни) - оние кои биле лекувани претходно

6.1.4 Методолошки коментари и толкување податоци

6.2 ХЦВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето

6.2.1 ХЦВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали се примарни или секундарни) - сите кои се јавиле на третман

6.2.2 ХЦВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали се примарни или секундарни) - оние кои никогаш порано не биле лекувани

6.2.3 ХЦВ тестирање според однесувањето во врска со инјектирањето (сите дроги, без оглед дали се примарни или секундарни) - оние кои биле лекувани претходно

6.2.4 Методолошки коментари и толкување податоци

6.3 Делење игли / шприцеви според статус на третман

6.3.1 Делење игли / шприцеви според статус на третман

6.3.2 Методолошки коментари и толкување податоци

6.4 Примарна дрога по години по првото инјектирање

6.4.1 Примарна дрога по години по првото инјектирање - сите кои се јавиле на третман

6.4.2 Примарна дрога по години по првото инјектирање - оние кои никогаш порано не биле лекувани

6.4.3 Примарна дрога по години по првото инјектирање - оние кои биле лекувани претходно

6.4.4 Методолошки коментари и толкување податоци

6.5 Клиенти кои примаат ОСТ

6.5.1 Број на клиенти кои примаат ОСТ според статус во ОСТ

6.5.1 Број на клиенти кои примаат ОСТ според Примарна дрога и години по првиот ОСТ

6.5.1 Методолошки коментари и толкување податоци

7. Анекси

7.1 Споредбена табела-резиме: стари и нови ставки

Стари ставки	Нови ставки
Вид на центар за третман	Доставувањето податоци веќе не се фокусира на видот на центарот за третман
Дата на третман, месец	Исфрлено на ниво на ЕМЦЦДА
Дата на третман, година	Исто
Дали некогаш претходно бил третиран	При повеќе од една епизода, треба да се пријавува ПРВАТА епизода на третман
Род	Исто (зборот е изменет)
Возраст	Исто (зборот е изменет)
Година на раѓање	Исфрлено на ниво на ЕМЦЦДА
Статус на живеење (со кого)	Разјаснување на категориите за да се одбегне преклопување
Статус на живеење (каде)	Разјаснување и мали измени во една категорија
Националност	Исфрлено на ниво на ЕМЦЦДА
Статус на вработеност	Усогласување со класификацијата на Еуростат
Највисоко завршено образование	Исто, подетално упатување на класификацијата ИСЦЕД
Примарна дрога	Исто, со додавање неколку супстанции релеватни за корисниците на дрога во тековната ситуација
Веќе прима третман со супституција	Исто, но поедноставено
Вообичаен начин на внесување	Исто
Честотија на користење (примарна дрога)	Разјаснување на одредени категории
Возраст при првото користење на примарната дрога	Исто
Дали некогаш/тековно (во последните 30 дена) инјектирал	Спецификација на некои категории
Други (=секундарни) дроги кои се користат во моментот	Исто, со додавање неколку супстанции релеватни за корисниците на дрога во тековната ситуација
--	Статус на живеење: клиенти што имаат деца
--	Возраст при првото инјектирање
--	Користење повеќе дроги
--	Возраст при првиот ОСТ
--	ХИВ тестирање
--	ХЦВ тестирање
--	Заедничко користење игли / шприцеви

7.2 Модул за преваленца на третманот

Овој модул е засебен од рутинското прибирање податоци за ТДИ и нема практични импликации во однос на регистрирањето на ТДИ при јавувањето на клиентите на третман. Модулот, кој е продолжение на работата која започна во 2006., претставува 'работа во тек' и ќе биде доразвиен во 2011 и 2012 година, во контекст на стратегијата на ЕМЦДАА за прибирање и анализи на податоци за третман, а ќе биде завршен до крајот на 2012 г.

Концепт

Освен податоците за луѓето кои се пријавуваат (или повторно се пријавуваат) на третман од дрога, податоците за Преваленца на третманот ќе вклучуваат и клиенти кои биле на третман во текот на годината, но не генерирале пријавување на третман како податок за ТДИ, затоа што се на континуиран третман од претходната година или од порано. Тоа ќе бидат случаите А, Б, Ц и Г од дијаграмот 5.1.

Цели

Информациите во модулот за преваленца на третманот имаат две цели.

(1) Да ја подобрат сликата за популацијата со проблеми со дрога, дури и тие да може да се сметаат за стабилизирани со третманот. Тие клиенти може да се осмислат на поинаков начин и со различни импликации за политиката одошто корисниците на дрога кои не се стабилизирани со третман, но се уште е важно да се процени нивниот број и основните карактеристики. Види 'Дополнителни предизвици за индикаторот ТДИ' на страна 8.

(2) Да помогнат во проценувањето на 'вкупниот број на луѓе во контакт со службите за третман'. Во некои земји, модулот за 'преваленца на третманот' може да биде добра приближна проценка на таквиот вкупен број, додека во други земји тоа ќе биде релевантна компонента, но таква која треба да се дополни со други методи. Проценката на вкупниот број на луѓе во контакт со службите за третман може да се искористи за утврдување на 'опфатот на третманот' (пропорцијата на сите проблематични корисници на дрога кои се на третман).

Општ пристап

Во некои земји, можно е да се добијат информации за 'преваленцата на третманот' без дополнително прибирање информации, затоа што тие имаат електронски системи со централни бази на податоци, кои овозможуваат да се утврди дали клиентите се или не се 'на третман'. Во други земји, може да биде изводливо да се врши периодично прибирање на податоците, додека во трети земји, конечно, таквото прибирање податоци во принцип нема да биде можно, барем на краток рок.

Прибирањето податоци за Преваленца на третманот на почетокот ќе биде на доброволна основа, и тоа само за земји во кои е можно да се добие информација од постојните бази на податоци, без дополнително прибирање податоци. Според информациите кои беа расположливи во моментот на ревизијата на протоколот ТДИ,

17 земји во ЕУ имаат национална база на податоци за ТДИ, а неколку други земји имаат и регионални бази на податоци. Можно е сите тие да не се во состојба да ги пресметаат бројките во однос на 'преваленцата на третман' автоматски, но, според активностите од 2006., може да се очекува разумен број на земји да можат да ги обезбедат тие податоци, со што се овозможува утврдување на приближна слика за вкупната состојба во Европа (ЕМЦДДА, 2010). Се планира земјите да ги доставуваат податоците за преваленца на третманот до ЕМЦДДА на секои три години и во засебни обрасци за доставување податоци.

7.2.1 Специфични дефиниции на модулот на Преваленца на третман

Сите дефиниции на индикаторот ТДИ важат за овој модул, освен доколку не е наведено поинаку

Статус на клиентот во однос на неговата/нејзината состојба во третманот за целите на 'Модулот за преваленца на третман'

1. Клиентот никогаш претходно не бил лекуван =

Клиент кој почнал со третман поради проблеми со дрога за прв пат во својот живот во текот на годината за која се известува.

2. Клиент кој бил на третман пред годината за која се известува =

Клиент кој почнал со третман поради проблеми со дрога во текот на годината за која се известува, но имал други епизоди на третман (една или повеќе) во претходните години, кои завршиле пред почетокот на епизодата на третман во текот на годината за која се известува.

3. Клиент на континуиран третман =

Клиент кој започнал со третман во годината пред годината за која се известува и е се уште на третман во текот на годината за која се известува.

4. Клиенти со непознат статус

Клиенти чиј статус на третман не е познат, затоа што не постои централен регистар или затоа што клиентот не се сеќава, или од која и да е друга причина

Критериуми за вклучување

- Сите клиенти кои почнале со третман во годината за која се известува
- Клиенти кои биле на третман во текот на годината за која се известува во продолжение од претходната година или од порано и кои не почнале со нов третман во годината за која се известува; ова се регистрира во ТДИ (за да се одбегне двојно пребројување)

Критериуми за исклучување

- Клиенти кои го завршиле третманот до 31 декември од годината пред годината за која се известува и не се приклучиле повторно на третман во годината за која се известува не се вклучуваат
- Клиенти кои го напуштиле третманот најмалку шест месеци пред 31 декември од годината пред годината за која се известува

Третманите се сметаат за завршени во два случаи:

- Кога третманот е формално завршен и крајот на третманот е заведен во досието на клиентот
- Кога во послените шест месеци не е евидентиран ниту еден контакт со клиентот: клиентите кои имале контакт со службата за третман последен пат на 30 јуни во годината пред годината за која се известува – или пред тоа – не треба да се вклучуваат во прибирањето податоци.

Крај на третманот

Види дефиниција на крај на третманот во главниот дел од верзијата 3.0 на ТДИ Протоколот.

7.2.2 Список на ставки

Како што е дефинирано во Насоките за пилот-прибирањето податоци во 2008., постојат две групи променливи:

(а) Задолжителни променливи: тоа се следните променливи, кои ги следат истите правила и методолошки спецификации како предложените во генералната верзија 3.0 на ТДИ Протоколот:

- Број на клиенти со проблем со дрога
- Возраст
- Род
- Примарна дрога

(б) Доброволни променливи се сите други променливи вклучени во рутинското прибирање податоци за ТДИ, кои може да се приберат и во однос на преваленцата на третман, со користење на обрасците за прибирање податоци за преваленцата на третман.

7.2.3 Методологија на прибирањето податоци

Постојат два можни методи кои се применуваат при прибирањето податоци за луѓе кои остануваат на третман во годината за која се известува. Тоа се следните методи:

(А) Рутинско прибирање податоци за сите клиенти кои се на третман од дроги од 1 јануари до 31 декември во година за која се известува, кое обично се врши автоматски, врз основа на специфична статистичка анкета, која се спроведува и евидентира во централниот/регионалниот компјутеризиран регистар

(Б) Попис на клиентите кои се на третман на 1 јануари (или некој друг ден, со потребните прилагодувања) од годината за која се известува, плус сите клиенти кои почнале третман во текот на годината за која се известува. Оваа метода може да се применува преку специфично прибирање податоци или, исто така, автоматски, врз основа на соодветната статистичка анкета во централен/регионален регистар.

Може да се применуваат и методата (А) и методата (Б). Одбраната метода за прибирање податоци треба јасно да се наведе во делот за методологијата. Се предвидува дека земјите или регионите со компјутеризирани регистри, кои можат да го утврдат статусот на третман (на третман/не е на третман) на клиентите во текот на

одреден временски период, може да ги користат и двете методологии, со примена на соодветни алгоритми во нивните бази на податоци.

Во делот за методологија на информацијата што земјите ја доставуваат во овој модул, треба да се наведе и дали изворите на податоци се истите кои се користат за рутинското прибирање податоци за ЕМЦЦДА/ТДИ, а треба да се вклучи и јасно упатување на табелите што се доставуваат до ЕМЦЦДА.

Двојното пребројување треба да се одбегнува: доколку некој клиент се појави два или повеќе пати, треба да се регистрира првата епизода на третман.

Во случај клиент кој е на тековен третман и почеток на третман во текот на истата година на известување, но по крај на третман или шест месеци по последниот контакт во врска со третман, приоритет секогаш и се дава на епизодата на третман или почетокот на третманот. Според тоа, и тие податоци треба да се доставуваат како рутински податоци за ТДИ.

Референтниот период е истиот како и за рутинскиот ТДИ Протокол: 30 дена пред почетокот на третманот.

Единствениот исклучок е возраста, каде што референтниот период е како што следи:

1. за клиенти кои почнале со третман од дрога, референтниот период се однесува на 30-те дена пред почетокот на третманот.
2. за клиенти на континуиран третман:
 - доколку се користи методата А, референтниот период за утврдување на возраста на клиентот е 30 јуни од годината за која се известува (или датата која е најблизу до 20 јуни, а за која има евиденција); доколку таквата пресметка не е можна, референтниот период треба да биде последното евидентирање на клиентот. Датата која се користи за пресметување на возраста треба јасно да се наведе во делот за методологија.
 - Доколку се користи методата Б, референтниот период е 1 јануари од годината за која се известува.