

Europski centar za praćenje droge i ovisnosti o drogama
 NACRT
 TDI Pokazatelj zahtjeva za liječenjem
 Standardni protokol 3.0 2011

Zahvale

EMCDDA

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

Vanjski savjetnici

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

TDI stručnjaci koji su doprinijeli razvoju ovog protokola sudjelovanjem u radnim grupama 2008., 2009. i 2010., vezano uz reviziju TDI protokola

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

Stručnjaci iz TDI zemalja (sa sastanka TDI stručnjaka 2010.)

(potrebno je provjeriti, od strane nacionalnih stručnjaka i nacionalnih žarišnih točaka, i potvrditi da li je potrebno uključiti i stručnjake koji su sudjelovali na sastancima TDI stručnjaka 2008. i 2009.)

Johan Van Bussel, Belgija
 Momtchil Vassilev, Bugarska
 Vlastimil Necas, Republika Češka
 Bela Studnickova, Republika Češka
 Claudia Ranneries, Danska
 Tim Pfeiffer, Njemačka
 Ingo Kipke, Njemačka
 Elena Alvarez, Španjolska
 Kaire Vals, Estonija
 Delphine Bellerose, Irska
 Anastasios Fotiou, Grčka
 Christophe Palle, Francuska
 Tanja Bastianic, Francuska

Bruno Genetti, Italija
 Ioanna Yasemi, Cipar
 Marcis Trapencieris, Latvija
 Ernestas Jasaitis, Litva
 Sofia Lopes Costa, Luksemburg
 Anna Peterfi, Mađarska
 Tamás Koós, Mađarska
 Roberta Gellel, Malta
 Chirstine Marchand-Agius, Malta
 Martin Busch, Austrija
 Anton W. Ouwehand, Nizozemska
 Wil Kuijpers, Nizozemska
 Janusz Sieroslowski, Poljska

Marta Struzik, Poljska
 José Padua, Portugal
 Aurora Lefter, Rumunjska
 Ana Maria Teodorescu, Rumunjska
 Lubomir Okrulica, Slovačka
 Romana Stokelj, Slovenija
 Tuulma Väänänen, Finska

Roger Holmberg, Švedska
 Bert Green, Švedska
 Michael Donmall, Ujedinjeno
 Kraljevstvo
 Grethe Lauritzen, Norveška
 Dragica Katalinic, Hrvatska
 Mehmet Akgun, Turska

Kratice

ASI	Indeks jačine ovisnosti
CICAD	Interamerička komisija za suzbijanje zlouporabe droga
DRD	Smrti povezane s uporabom droga
DRID	Zarazne bolesti povezane s uporabom droga
DSM-IV	Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja četvrto izdanje
EMCDDA	Europski centar za praćenje droge i ovisnosti o drogama
GBL	Gama-butirolakton
GHB	Gama-hidroksibutirična kiselina
HCl	Hidroklorid
HCV	Virus hepatitisa C
HIV	Virus ljudske imunodeficijencije
ICD-10	Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija
IDU	Intravenski korisnik droga
ISCED	Međunarodna standardna klasifikacija obrazovanja
MDMA	Metilendioksimetamfetamin
NFP	Nacionalna žarišna točka, institucije i nacionalni odjeli koji tvore Reitox mrežu
OST	Liječenje opijatske ovisnosti supstitucijskom terapijom
PDU	Problematičan korisnik droga
PG	Pompidou grupa Vijeća Europe
Reitox	Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies (Europska informacijska mreža na području droga i ovisnosti o drogama)
SAMHSA	Uprava za mentalno zdravlje i zlouporabu supstanci
TDI	Pokazatelj zahtjeva za liječenjem
UNODC	Ured za droge i kriminal Ujedinjenih naroda
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

PREDGOVOR	3
1. UVOD	4
1.1 POVIJEST	4
1.2 CILJ, SVRHA I METODOLOŠKE IMPLIKACIJE ...	4
<i>Zašto TDI: koji je njegov cilj?</i>	4
<i>Za što se koriste prikupljene informacije: koja je njihova svrha?</i>	5
<i>Kako postići TDI cilj</i>	5
<i>S kojim se dodatnim izazovima suočava TDI posljednjih godina?</i>	6
1.3 PROVEDBA TDI	6
1.4 OPĆI PRINCIPI TDI PROTOKOLA 3.0	7
<i>(a) Praćenje nasuprot istraživanju/ad-hoc studije</i>	7
<i>(b) Hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija o relevantnosti europske politike</i>	7
<i>(c) Izvještavanje vs prikupljanje podataka</i>	8
<i>(d) Pojedinac vs epizoda liječenja</i>	8
<i>(e) Učestalost liječenja vs prevalencija liječenja</i>	9
<i>(f) Promjene u definicijama i implikacijama prošlih podataka</i>	9
2. SMJERNICE	10
2.1 DEFINICIJE	10
2.1.1 Definicija slučaja . ..	10
2.1.2 Liječenje ovisnosti o drogama	11
2.1.3 Početak liječenja	11
2.1.4 Završetak liječenja	12
2.1.5 Epoizoda liječenja	13
2.1.6 Centri/programi za liječenje	13
2.1.7 Primarna droga	15
2.1.8 Sekundarna droga	16
2.1.9 Problem uporabe više vrsta droga	16
2.1.10 HIV ili HCV testiranje	17
2.1.11 Dijeljenje igle	17
2.1.12 Supstitucijska terapija za opijatsku ovisnost (OST)	18
2.2 POPIS STAVAKA	19
3. METODOLOŠKA I ETIČKA PITANJA	31
3.1 REFERENTNO VREMENSKO RAZDOBLJE	31
3.2 OBRASCI UPORABE DROGA: REFERENTNA DROGA	31
3.3 POKRIVENOST	31
3.4 KVALITETA PODATAKA	32
3.5 DVOSTRUKA REGISTRACIJA	32
3.6 ETIČKA PITANJA I ZAŠTITA PODATAKA	33
4. DEFINICIJA SLUČAJA: GRAFIČKI PRIKAZ	34
5. REFERENCE	44
6. OBRAZAC ZA IZVJEŠTAVANJE	45
7. DODACI	52
7.1 ZBIRNA TABELA USPOREDBE: STARI I NOVI STAVCI	52
7.2 MODULE PREVALENCIJE LIJEČENJA	53
7.2.1 Posebne definicije Modula prevalencije	54
7.2.2 Popis stavaka	54
7.2.3 Metodologija prikupljanja podataka	55

Nacrt za konzultaciju — Pokazatelj zahtjeva za liječenjem (TDI) Standardna Protokol verzija 3

Predgovor

Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) je osnovan 1993. godine kako bi Europskoj uniji i njenim članicama pružio stvarne, objektivne, pouzdane i usporedive informacije o drogama i zlouporabi droga i njihovim posljedicama na europskoj razini (Europska unija, 2003).

Među glavnim instrumentima EMCDDA nalazi se pet ključnih epidemioloških pokazatelja koji pružaju informacije o epidemiologiji uporabe droga i njenim posljedicama u Europi. Ti pokazatelji se odnose na konzumiranje droga u općoj populaciji i među učenicima, razinu problematičnog korištenja droga, zdravstvene posljedice korištenja droga, uključujući zarazne bolesti i smrtne slučajeve uzrokovane zlouporabom droga, kao i zahtjeve za liječenjem ovisnosti.

Pokazatelj zahtjeva za liječenjem (TDI) osnovan je 2000. godine na temelju rada zajedničke grupe Vijeća Europe za borbu protiv upotrebe droga i ilegalne trgovine drogama (Pompidou Group), s ciljem prikupljanja usporedivih i pouzdanih informacija o broju i karakteristikama korisnika droga koji se javljaju na liječenje u državama članicama EU. TDI pruža vrijednosti za mjerenje zahtjeva za liječenjem i pokazatelj je trendova u problematičnoj uporabi droga, identificira obrasce korištenja i prihvata ovisnika u ustanovama za liječenje.

Ova publikacija je obnovljena verzija TDI protokola 2.0. Nakon 10 godina prikupljanja podataka na europskoj razini, postalo je neophodno modificirati TDI protokol 2.0 na niz različitih načina kako bi bolje odražavao promjene koje su nastale u tom periodu ne samo u području uporabe droga, nego i u sustavu liječenja, kao i u nacionalnim i međunarodnim informacijskim sustavima.

Protokol se sastoji od sedam dijelova:

1. Uvod (povijest, ciljevi, provedba, opći principi)
2. Smjernice (definicije i stavke)
3. Metodološka pitanja (opće primjedbe, kvaliteta podataka, pokrivenost, dvostruka registracija, etički principi)
4. Definicija slučaja: grafički opis
5. Bibliografske reference
6. Predložak Fonte
7. Dodaci:
 - 7.1 Zbirna tabela usporedbe starih i novih stavaka
 - 7.2 Modul 'Prevalencije liječenja'

Wolfgang Götz
Direktor EMCDDA

1. Uvod

1.1 Povijest

Početak Zahtjeva za liječenjem (TDI) možemo tražiti gotovo 20 godina unatrag kad se po prvi puta definira obrazac za usklađeno prikupljanje podataka. Cilj protokola je bio pružiti stručnjacima i istraživačima zajedničku europsku metodologiju za prikupljanje i izvještavanje o osnovnim podacima o profilu korisnika droga koji su u kontaktu s uslugama liječenja.

Osnovni skup podataka koji je nastao na bazi nacionalnih iskustava prikupljanja podataka u sustavu liječenja ovisnika o drogama postojao je i prije osnivanja TDI. U zemljama u kojima nacionalni sustav prikupljanja podataka nije postojao, TDI je često bio prihvaćen kao minimalni skup podataka za širi nacionalni sustav praćenja korisnika droga u sustavu liječenja (Europsko istraživanje ovisnosti, 1999).

Prva osoba koja je definirala zajednički protokol za prikupljanje podataka o osobama liječenim od ovisnosti o drogama bila je Pompidou grupa (PG), koja je koordinirala istraživanje na razini gradova (u Dublinu i Londonu 1991.) i razvojni projekt u 11 gradova, kao i stvaranje europske stručne grupe koja se nekoliko puta susrela kako bi diskutirala i usvojila metodološke smjernice. PG protokol je objavljen 1994. (Hartnoll, 1994.; Stauffacher and Kokkevi, 1999.) i prvi puta primijenjen na nacionalnoj razini u zemljama zapadne Europe; u drugoj fazi bio je proveden u zemljama centralne i istočne Europe.

Godine 1994. osnovan je Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA), koji je preuzeo odgovornost za prikupljanje podataka o zahtjevima za liječenjem od ovisnosti na europskom nivou.

TDI pokazatelj 2.0 EMCDDA/Pompidu grupe (Simon i dr., 2000.) objavljen je na temelju revizije prvog protokola Pompidu grupe. Njemu je prethodila ocjena izvedivosti vezano uz metodologiju i prikupljanje podataka (Origer, 1996.) i evaluacija nacionalnih iskustava izvještavanja podataka putem TDI (Simon and Pfeiffer, 1999.).

Od 2000. godine EMCDDA provodi prikupljanje podataka iz svih zemalja članica EU, a također je usvojio formalne sporazume sa svim zemljama članicama radi stimulacije i olakšavanja prikupljanja podataka i izvještavanja od nacionalnih pa sve do europske razine.

Pet EMCDDA ključnih epidemioloških indikatora, uključujući TDI, službeno su usvojili Upravni odbor EMCDDA (Upravni odbor EMCDDA, 2001.) i Vijeće Europske unije 2001. (CORDROGUE 67 Vijeće Europske unije, 2001). U tim službenim dokumentima zemlje članice Europske unije (...) potiču kako bi osigurale dostupnost informacija o pet epidemioloških pokazatelja i identificirale i ukazale na moguće probleme tijekom prikupljanja i širenja ovih informacija; Vijeće potiče zemlje članice da daju prioritet prikupljanju i širenju informacija o pet ključnih epidemioloških pokazatelja u usporedivom obliku; (...) dostavljaju EMCDDA informacije o pet ključnih epidemioloških pokazatelja u skladu s EMCDDA smjernicama (...); i konačno — Vijeće poziva zemlje članice EU i Komisiju na usku

suradnju s EMCDDA, kako bi se ispitali najbolji načini i sredstva, osobito financijske prirode, za podršku provedbi pet epidemioloških pokazatelja (...)'.

Od 2001., prikupljanje podataka i izvještavanje se provodi u većini zemalja članica EU, a TDI podaci se sada rutinski koriste u EMCDDA analizama o stanju o drogama u Europi (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>, 2011).

1.2 Cilj, svrha i metodološke implikacije

Zašto TDI: koji je njegov cilj?

Cilj pokazatelja zahtjeva za liječenjem (TDI) je prikupiti informacije na ujednačen i usporediv način u svim zemljama članicama o broju i profilu osoba koje započinju liječenje od ovisnosti (korisnici) svake kalendarske godine.

Iako je naziv pokazatelja 'Pokazatelj zahtjeva za liječenjem', njime se skupljaju informacije o osobama koje započinju liječenje (tretman). Ova će se riječ koristiti budući da se TDI prepoznaje kao instrument za prikupljanje i izvještavanje podataka o osobama koje ulaze u sustav liječenja zbog njihove ovisnosti u Europi i izvan nje, kao *indirektan pokazatelj* onih osoba kojima je potencijalno potrebno liječenje od ovisnosti.

TDI protokol propisuje koje je korisnike potrebno prijaviti na europskoj razini kao i minimalni zajednički skup pojedinačnih stavaka koji bi svaki nacionalni sustav za praćenje trebao o svakom korisniku zabilježiti i izvjestiti EMCCD.

Svaki nacionalni sustav za praćenje liječenja od ovisnosti o drogama može uključivati više stavaka od onih definiranih TDI protokolom EMCDDA, u skladu s nacionalnim i informacijskim potrebama. Također, kategorije pojedinačnih stavaka prikupljenih na nacionalnoj razini mogu se razlikovati od onih traženih TDI protokolom, sve dok ih je moguće pouzdano pretvoriti u TDI kategorije (vidi kasnije u tekstu 'Hierarhija podataka: od kliničkih podataka do informacija o relevantnosti europske politike').

Za što se koriste prikupljene informacije: koja je njihova svrha?

Primarni cilj informacija prikupljenih TDI pokazateljem je dobiti uvid u karakteristike, rizično ponašanje i obrasce korištenja droga kod osoba s problemom droga u zajednici i pomoći pri procjenjivanju stupnja (pojavnost i učestalost) kao i obrazaca problematične uporabe droga; idealno u kombinaciji s ostalim pokazateljima vezanima uz uporabu droga. To je osnovni cilj, budući da on određuje Kriterij uključenja/isključenosti za TDI definiciju slučajeva: slučajevi (korisnici droga) prijavljeni EMCDDA trebaju u najvećoj mogućoj mjeri odražavati karakteristike problematičnih korisnika droga u zajednici.

To se najbolje može postići bilježenjem informacija odmah nakon što korisnik stupi u kontakt sa službama, obično u trenutku prijema/ulaska u sustav liječenja, nakon profesionalne procjene karakteristika korisnika. Prikupljene informacije o korisniku trebaju što bolje odražavati obrazac korisnika droga prije njegovog/njenog početka liječenja; intervencije liječenja korisnika provedene prije registracije ne bi trebale imati nikakav ili tek ograničen utjecaj na zabilježenu informaciju (npr. osoba koja dolazi na liječenje zbog intravenoznog uzimanja heroina, može biti zabilježena

kao osoba koja ne uzima heroin i ne injektira drogu, ako su podaci prikupljeni i zabilježeni onda kad korisnik već prima neku vrstu terapije). Izvještavanje o prvom prijemu na liječenje u godini općenito će biti dovoljno za ispunjenje svrhe pokazatelja. Nadalje, prikupljene informacije putem TDI mogu pomoći (zajedno s ostalim pokazateljima i izvorima informacija) prilikom ocjenjivanja nekih parametara samog liječenja ovisnosti o drogama (opskrba, unos, pokrivenost). Ti se aspekti se trenutno razvijaju u okviru strategije praćenja liječenja ovisnosti o drogama.

Kako postići TDI cilj

Centri za liječenje ovisnosti obično prikupljaju određeni broj informacija o svojim korisnicima. Te informacije skupljaju profesionalci, prvenstveno kako bi olakšali terapijski postupak, ali isto tako zbog administrativnih i menadžerskih razloga na lokalnoj razini, kao i zbog epidemioloških razloga na lokalnoj, nacionalnoj ili međunarodnoj razini. Neke od prikupljenih informacija neće biti na raspolaganju izvan terapijskog centra, neke će biti prosljeđene regionalnim ili nacionalnim tijelima i konačno, ograničeni dio informacija uspoređivati će se na europskoj razini, u skladu s procedurama i definicijama TDI protokola EMCDDA.

Centri za liječenje ovisnosti predstavljaju osnovni izvor informacija za dobivanje uvida u uporabu droga i problematičnu uporabu droga, budući da je problematičnu uporabu droga vrlo teško odrediti i opisati. Problematična uporaba droga ima relativno malu pojavnost u većini zemalja članica EU, često je društveno stigmatizirana i stoga ju je teško obuhvatiti.

Međutim, potrebno je imati u vidu da svi problematični korisnici droga nisu u kontaktu s centrima za liječenje ovisnosti. Neki korisnici možda nisu u kontaktu s nijednom službom (npr. neki društveno integrirani korisnici kokaina ili kanabisa, neki jako marginalizirani korisnici heroina) ili su u kontaktu sa službama koje iz raznih razloga ne skupljaju informacije o svojim korisnicima ili o tome ne izvještavaju nacionalne sustave praćenja (npr. privatni psihijatri, internetski programi, ili u nekim zemljama liječnici opće prakse ili agencije koje pružaju socijalne i zdravstvene usluge ovisnicima („low-threshold“)).

Stoga je zaključke o problematičnoj uporabi droga u zajednici koji se zasnivaju na podacima prikupljenima putem TDI potrebno donijeti s oprezom, posebno kad su promjene neznatne i/ili se baziraju na malom broju korisnika. Nadalje, u obzir je također potrebno uzeti i dostupnost usluga, promjene u pružanju usluga i pokrivenost sustava izvještavanja. Osim toga, interpretaciji TDI informacija znatno će pomoći i unakrsna provjera s ostalim pokazateljima (npr. smrti povezane sa zlouporabom droga, pokazatelji provedbe zakona) i ad-hoc studije (npr. kvalitativne studije na uličnim uzorcima, studije i izvještaji drugih službi ovisnosti koje nisu uključene).

Unatoč svim ovim ograničenjima, u mnogim EU zemljama TDI pruža informacije o znatnom broju problematičnih korisnika droga (u nekim slučajevima više od 50 % od ukupnog procijenjenog broja problematičnih korisnika droga). Na taj način pokazatelj postaje snažan i često glavni izvor informacija o populaciji problematičnih korisnika droga. U zemljama gdje je značajan udio populacije problematičnih korisnika obuhvaćen TDI izvještajima a korištenje i obrasci rizika onih koji nisu obuhvaćeni značajno ne odstupaju od onih koji su prijavljeni, glavni se rezultati pokazatelja mogu smatrati čvrstima, osobito ako se promatranja provode dosljedno. Tamo gdje je

sigurno da postoje podgrupe problematičnih korisnika droga čiji obrasci korištenja i rizika dramatično odstupaju od obrazaca navedenima u TDI pokazateljima, vjerojatno će biti potrebno provesti lokalne i ciljane studije za obuhvaćanje takvog ponašanja. Nadalje, ako dostupnost uslugama i politikama liječenja ostaju bitno nepromijenjeni tijekom određenog vremenskog perioda, trendovi uočeni u TDI mogu signalizirati važne promjene u problemskoj uporabi droga (npr. promjene u ponašanju intravenskog korištenja, širenje korištenja cracka itd.).

Konačno, podaci dobiveni putem TDI pokazatelja predstavljaju osnovnu komponentu različitih metodologija za procjenu prevalencije problematične uporabe droga, koja se obično zasniva na kombinaciji baza podataka generiranih od strane različitih servisa koristeći različite metoda izračuna.

S kojim se dodatnim izazovima suočava TDI posljednjih godina?

U posljednjih 10–15 godina, liječenje supstitucijskom terapijom uvelike se proširilo u mnogim zemljama Europske unije, iako ne u svima. Liječena populacija u tim zemljama uključuje veliki broj korisnika koji su započeli liječenje zbog problema s heroinom i koji ostaju u programu liječenja (OST) u dužem vremenskom periodu. Stoga je veliki broj korisnika na kontinuiranom, dugotrajnom liječenju supstitucijskom terapijom koji ne ponavljaju liječenje. Kokainski, amfetaminski korisnici ili korisnici kanabisa manje su zahvaćeni takvom situacijom, ali neki se od njih također uključuju u neke druge oblike dugotrajnog liječenja.

Stoga je veoma važno procijeniti broj tih osoba, a modul ‘Pojavnosti liječenja’ je započet i testiran u prošlosti kako bi se procijenio broj i osnovne karakteristike ove grupe korisnika. Te će se informacije prikupljati u okviru posebnog dobrovoljnog modula, a on je još uvijek u razvojnoj fazi u okviru nove strategije za prikupljanje podataka o liječenju, koji će uključivati dostupnost, organizaciju i kvalitetu liječenja (EMCDDA strategija za praćenje liječenja biti će završena do kraja 2012.). Nekoliko zemalja trenutno nije u mogućnosti proračunati informacije koje će ovaj modul uključivati, budući da to zahtijeva sustav praćenja koji omogućuje određivanje statusa svakog korisnika na sljedeći način: ‘uključen u liječenje ili nije uključen’, dok je sam TDI dizajniran tako da broji samo ulazak u sustav liječenja. Istovremeno, korisnici koji se liječe kontinuirano (većina je korisnika opojnih sredstava) nalaze se u posebnoj situaciji, budući da mnogi od njih više ne koriste ilegalna opojna sredstva, iako mnogi od njih možda koriste druge vrste droga. Interpretacija ovih informacija vezano uz procjenu prevalencije i oblika problematične uporabe droga je osobito složena. Iako se postavlja pitanje relevantnosti ovog novog izazova, temeljni ciljevi TDI ostaju isti i uglavnom se odnose na procjenu broja i karakteristika osoba s problemima uporabe droga koji ulaze u sustav liječenja ovisnosti o drogama tijekom kalendarske godine.

1.3 Provedba TDI

TDI podaci se uspoređuju na nacionalnoj razini, što je vrlo često dugačak postupak počevši od centra za liječenje do regionalne razine, od regionalne do nacionalne razine. Tada se podaci prenose nacionalnim žarišnim točkama (NFP), nacionalnim agencijama imenovanim od strane svake pojedine vlade, kao tijela koja su odgovorna za pružanje najsvježijih dostupnih informacija o drogama i ovisnosti o drogama. Nacionalni TDI podaci se tada u skupnom obliku šalju u EMCDDA, u obliku za izvještavanje koji je prihvaćen od NFP i EMCDDA.

Od kasnih 1990tih do 2011. godine dostavljanje podataka o zahtjevima za liječenje EMCDDA-u provodi se u većini europskih zemalja. 2000. godine, 15 zemalja članica Europske unije poslale su TDI izvještaj EMCDDA-u, ali cjelovitost podataka i njihova kvaliteta se razlikovala. Otada, izvještavanje se progresivno proširilo, a kvaliteta podataka značajno napredovala.

2010. godine EMCDDA je primio podatke iz 29 zemalja (27 zemalja članica EU + Turska i Hrvatska) a od 2011. Norveška će također slati svoje podatke EMCDDA-u. Podaci se dostavljaju na temelju TDI Protokola 2.0 i prikupljaju pomoću online alata 'Fonte'.

Podaci dostavljeni do godine 2011. uglavnom pokrivaju centre za izvanbolničko i bolničko liječenje. U 10 godina svoje provedbe, pokazalo se da je u većini zemalja teško prikupiti podatke iz druge vrste centara za liječenje.

Većina zemalja šalje podatke koje EMCDDA zatraži, ali i dalje postoje neka ograničenja vezano uz posebne varijable, koje mogu biti različite u različitim zemljama. I dalje se prikupljaju podaci o drugim vrstama centara za liječenje, a ulažu se i posebni naponi kako bi se skupljanje podataka što više proširilo i na ostale službe u kojima korisnici droga predstavljaju važnu skupinu korisnika.

Razina usklađenosti je dovoljno dobra da omogući uspoređivanje među zemljama, iako je prilikom interpretacije podataka potreban oprez, zbog razlike u sustavu liječenja ovisnosti o drogama u pojedinim zemljama i razlikama prilikom provedbe nekih TDI definicija.

2009. godine zemlje članice Europske unije usvojile su poseban sustav za ocjenu kvalitete EMCDDA-ovih ključnih podataka pokazatelja, uključujući TDI, i primijenile ga na temelju podataka podnesenih za godinu 2006. Sustav je pokazao značajan napredak u primjeni TDI i uspoređivanju podataka, iako neka područja zahtijevaju daljnje unapređenje.

Godine 2006. na terenu je testiran poseban TDI modul za izvještavanje o osobama koje su 'u stalnom sustavu liječenja'. Prikupljanje podataka smatralo se prikupljanjem pilot podataka tijekom nekoliko godina, ali je ono sad uključeno u sadašnju verziju TDI protokola, iako još uvijek na dobrovoljnoj bazi i u razvojnoj fazi.

TDI se također sve više koristi u posljednjih 10 godina kao primjer i mjerilo za zemlje i međunarodne organizacije izvan Europe, putem prezentacija i aktivnosti treninga; u nekim slučajevima ti su instrumenti usvojeni kao glavni alat za prikupljanje podataka o liječenju od ovisnosti. To se posebno odnosi na zemlje koje su u procesu pristupanja Europskoj uniji, zemlje koje graniče s EU i druge međunarodne organizacije (npr.. CICAD).

Također se održava redovita suradnja s globalnim organizacijama koje se bave područjem droga (UNODC i WHO). Zajednička publikacija o prikupljanju podataka o zahtjevima za liječenje ovisnosti objavljena je 2006. kao dio UNODC serije alata (UNODC, 2006.).

Iako je napravljen veliki napredak, još uvijek postoje određena ograničenja u kvaliteti podataka i potrebno je napraviti poboljšanja prilikom prikupljanju podataka i izvještavanja, posebno iz europske perspektive.

1.4 Opći principi TDI protokola 3.0

TDI protokol 3.0 zasniva se na nekoliko općih principa kojima se zemlje trebaju rukovoditi prilikom izvještavanja EMCDDA-u, kao i pri analizi podataka na europskoj razini. EMCDDA i europski stručnjaci složili su se sa slijedećim principima kao osnovicom za provedbu protokola TDI 3.0.

(a) Praćenje nasuprot istraživanju/ad-hoc studije

Praćenje podataka razlikuje se od istraživanja i ad-hoc studija. Praćenje podrazumijeva prikupljanje podataka ograničenog skupa informacija redovito i sistematski, uz povremenu uočavanje promjena. Potreba za specifičnijim informacijama bolje se ostvaruje ad-hoc projektima i istraživanjem. TDI može tek istražiti osnovnu informaciju i voditi daljnje istraživanje na temelju općih rezultata (npr. društvena isključenost, obrasci uporabe droga, rezultati evaluacije). Istraživački projekti se mogu zasnivati na pitanjima koja proizlaze iz TDI, ali će se kreirati na različitim mjestima i u raznim formatima i samo od strane onih stručnjaka koji su zainteresirani za dublju analizu.

(b) Hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija o relevantnosti europske politike

Uvijek je važno jasno razlikovati potrebu za prikupljanjem podataka na raznim razinama: lokalnoj, regionalnoj, nacionalnoj i europskoj. Potrebe za informacijama su različite, budući da se detalji potrebni na različitim razinama razlikuju; počevši s detaljnim informacijama koje se prikupljaju u kliničke svrhe, do informacija koje su korisne za planiranje i evaluaciju intervencija na razini centara za liječenje, do podataka za planiranje centara za liječenje na lokalnoj razini, pa sve do općenitijih informacija za regionalne, nacionalne i europske planove o drogama, kao i za ocjenjivanje dugoročnih rezultata (Donmall, 2008).

Informacijske potrebe - piramida

Agencija Agencija Agencija Agencija Agencija Agencija Agencija Agencija	
Preporuke, Podaci o korisniku, Početna procjena	
Klinički menadžment, Potpuna procjena [recepti, intervencije]	AGENCIJA
Rezultati Akcijnski timovi za droge	REGIONALNO
Zdravstvena tijela Odjel za zdravstvo NTA EMCDDA TDI	NACIONALNO

Informacijske potrebe EMCDDA predstavljaju minimalni zajednički nazivnik izvještavanja za sve zemlje. Prikupljeni i/ili dostavljeni podaci mogu se razlikovati na različitim razinama i prema različitim potrebama.

(c) Izvještavanje vs prikupljanje podataka

Prikupljanje podataka i izvještavanje dvije su različite aktivnosti, koje se događaju na različitim razinama i s različitom svrhom.

Podaci koje svaka zemlja dostavlja prema europskoj razini je predefimirani skup dobivenih rezultata iz TDI nacionalnih baza podataka o liječenju ovisnosti. Ti se rezultati mogu uobičajeno dobiti modifikacijom rutina za izvlačenje podataka i bez mijenjanja samog TDI protokola i nacionalnih, regionalnih, lokalnih baza podataka. Adaptacije obrazaca za izvještavanje međutim, zahtijevaju dodatno vrijeme, kao i softverske izmjene koje zajednički provode uključeni partneri. Žarište izvještavanja EMCDDA preko TDI Protokola 3.0 nije više razlika koja se temelji na vrsti centra za liječenje, što u principu ne bi trebalo imati nikakav utjecaj na prikupljanje podataka i izvještavanje na nacionalnoj razini.

(d) Pojedinac vs epizoda liječenja

Sustav izvještavanja podataka o zahtjevima za liječenjem može se bazirati na broju epizoda liječenja koje pojedinac prima tijekom određenog vremenskog perioda ili na broju pojedinaca koji ulaze u sustav liječenja ovisnosti u određenom vremenskom periodu. Američki sustav za praćenje liječenja ovisnosti (SAMHSA), na primjer, bilježi epizode liječenja koje je pojedinac započeo tijekom godine.

S druge strane, TDI Protokol 3.0 zasniva se na izvještavanju o svakom pojedinačnom uključenju u liječenje ovisnosti tijekom kalendarske godine i ne broji niti jednu osobu više od jedamput u određenom vremenskom periodu. Ako je osoba prošla više od jedne epizode liječenja tijekom izvještajne godine, izvještava se samo o jednom slučaju.

Epizoda liječenja definira se kao „period pružanja usluge između početka liječenja problema (...) ovisnosti i završetka usluga u okviru propisanog plana liječenja” (SAMHSA, 2009.) ili ‘korisnik može sudjelovati u jednom ili više modaliteta/intervencija (ili vrsta) liječenja tijekom iste epizode liječenja. Korisnik također može imati više od jedne epizode godišnje.’ (Manchester University, 2010.). Prema tome, TDI protokol 3.0 definira ono što se smatra ‘epizodom liječenja’ u dijelu koji govori o ‘definiciji slučaja’ (vidi u daljnjem tekstu).

Ovaj princip ima određene konotacije kako na nacionalnoj tako i europskoj razini. Na nacionalnoj razini, metode za kontrolu i izbjegavanje dvostruke registracije trebaju se primijeniti na informacijski sustav za droge unutar zemlje. Na europskoj razini to znači da će se brojevi koji se odnose na različite grupe korisnika zbrajati u jedan jedinstveni zbroj.

(e) Učestalost liječenja vs prevalencija liječenja

Cilj TDI je zabilježiti stanje korisnika u trenutku kad ulazi u sustav liječenja, kao najbolju procjenu karakteristika problematičnih korisnika droga.

U posljednja dva destljeća broj korisnika koji kontinuirano ostaju u sustavu liječenja tijekom nekoliko godina, osobito u kontekstu dugotrajnog liječenja terapijom održavanja, u Europi je u stalnom porastu. Godine 2006. započelo se s radom na razvoju modula 'prevalencija liječenja' kako bi se dokumentiralo navedeno.

Rad na modulu se nastavlja u kontekstu cjelokupne EMCDDA strategije prikupljanja i analize podataka o liječenju, što bi trebalo završiti do kraja 2012.

Taj je modul odvojen od rutinskog prikupljanja TDI podataka i nema praktičnog utjecaja na TDI registraciju novih korisnika liječenja. On se još razvija i prikazan je u Dodatku, a biti će finaliziran u kontekstu i u suradnji s EMCDDA Strategijom za praćenje liječenja do kraja 2012.

(f) Promjene u definicijama i implikacijama prošlih podataka

Promjene nekih definicija TDI protokola 3.0 mogu u određenoj mjeri utjecati na podatke koji se nalaze u izvještaju. Što se tiče prošlih podataka, od zemalja se ne traže izvještaji o novim podacima za prethodne godine. Iz analiza koje su već provedene u procesu konzultacija utjecaj promjena na konačne rezultate ne čini se značajnim u većini zemalja; međutim, utjecaji promjena će se uzeti u obzir i pažljivo analizirati. U principu, od zemalja se ne traži izvještavanje prema novim smjernicama za prethodne godine, iako se neki ciljani podaci mogu zatražiti na dobrovoljnoj bazi.

2. Smjernice

2.1 Definicije

2.1.1 Definicija slučaja

Slučaj je korisnik koji započinje epizodu liječenja ovisnosti (1) u centru za liječenje (2) zbog problema koji su nastali uslijed njegovog/njenog korištenja droga tijekom kalendarske godine: od 1. siječnja do 31. prosinca.

Korisnik se registrira samo jednom tijekom kalendarske godine: ako je, iz bilo kojeg razloga korisnik registriran više nego jedamput na nacionalnoj razini, udvostručavanje se mora otkloniti što je moguće prije u skladu s postojećim tehničkim alatima za izvještavanje EMCDDA na nacionalnoj razini. Potrebno je registrirati prvu epizodu liječenja u godini.

Svrha

Na pouzdan način identificirati osobe s problemom ovisnosti o drogama koje ulaze u sustav liječenja i ocijeniti njihove probleme, obrasce korištenja droga, zdravstvene i društvene rizike, s ciljem korištenja informacija kao pokazatelja obrazaca i trendova problematične uporabe droga.

Kriteriji uključenja:

1. Osoba koja je započela liječenje od ovisnosti o drogama (prema dolje navedenoj definiciji liječenja) između 1. siječnja i 31. prosinca.
2. Ako je osoba više nego jednom tijekom izvještajne godine započela samo prvu epizodu liječenja (vidi dolje navedenu definiciju epizode liječenja), potrebno je prijaviti EMCDDA-u.

Kriteriji isključenja:

1. Osoba koja kontaktira centar za liječenje u ime korisnika droga, ali sama nije korisnik droga.
2. Osoba s problemima koji nastaju zbog njegove/njene osobne veze s korisnikom droga, ali sama nije korisnik droga.
3. Osoba koja je već jednom tijekom kalendarske godine prijavljena u istom ili drugom centru.
4. Osoba koja započinje aktivnost/postupak liječenja paralelno s liječenjem koje je već u tijeku. To može biti komponenta liječenja o kojoj je već izvještavano (tijekom godine ili u prethodnim godinama), poput psihoterapije koja se provodi paralelno sa supstitucijskom terapijom koja je u tijeku, ili dodatnog liječenja.
5. Osoba koja započinje aktivnost/postupak liječenja kao nastavak liječenja koje je u tijeku i o kojem je već izvještavano (tijekom godine ili prethodnih godina), poput bolničke detoksifikacije koja je zatražena nakon dvije godine supstitucijskog liječenja.

Methodološka razmatranja

Preporuča se izbjegavanje dvostrukog izvještavanja o istom korisniku koliko je to god moguće na različitim razinama i prema postojećim tehničkim alatima na nacionalnoj razini: između regija ili geografskih/nadležnih područja u istoj zemlji; između centara za liječenje, uključujući centre za liječenje različite vrste i unutar istog centra. Kako bi se izbjegla registracija istog korisnika više od jedamput u toku izvještajne godine, tehnički idealno rješenje bilo bi postojanje središnjeg nacionalnog registra korisnika droga u kojem bi se svakom korisniku dodijelila jedinstvena identifikacija, što bi omogućilo izbacivanje dvostrukih podataka prilikom izvještavanja. Međutim, u mnogim zemljama idealna tehnička opcija ne postoji iz administrativnih, ekonomskih ili pravnih razloga. U tim zemljama potrebno je ustanoviti najbolje moguće procedure kojima bi se maksimalno smanjila eventualna dvostruka registracija slučajeva. Najjednostavnija opcija je da ustanova koja pruža liječenje obavi internu provjeru (unutar samog centra za liječenje) da vidi da li je bilo prethodnih liječenja. Međutim, uz to, neophodno je pitati korisnika da li je ikad prije sudjelovao u liječenju, budući da je moguće da je istovremeno liječen/a u drugim centrima. Dodatna mogućnost u nekim zemljama je kontrolirati dvostruko registriranje na regionalnoj razini putem regionalnih sustava za izvještavanje i baza podataka. Na taj se način mogu izbjeći udvostručavanja, budući da administrativne službe zdravstvenih i socijalnih službi ne omogućuju istovremeno liječenje u različitim regijama. (Vidi 'Dvostruka registracija' u dijelu 3).

Grafički prikaz se nalazi u Dijelu 4 — Definicija slučaja — Grafički opis

Fusnota:

- (1) Vidi u daljnjem tekstu definiciju liječenja ovisnosti i epizode liječenja u svrhu ovog protokola
- (2) Vidi u daljnjem tekstu definiciju centra za liječenje u svrhu ovog protokola

2.1.2 Liječenje ovisnosti o drogama

Liječenje ovisnosti o drogama definira se kao aktivnost (aktivnosti) koje se direktno odnose na osobe koje imaju problema s korištenjem droga s ciljem postizanja određenih ciljeva vezanih uz ublažavanje i/ili eliminaciju tih problema, koje pružaju iskusni ili akreditirani stručnjaci u okviru priznate medicinske, psihološke ili društvene prakse. Takva aktivnost se često provodi u specijaliziranim ustanovama za ovisnike o drogama, ali također se može provoditi u općim službama koje pružaju medicinsku/psihološku pomoć osobama s problemom ovisnosti o drogama (vidi također 'Centar za liječenje').

Svrha

Ova je definicija prilično široka kako bi uključila širok opseg različitih korisnika s problemima vezanima uz uporabu droga; Treba se podsjetiti da je svrha TDI prvenstveno epidemiološka, s ciljem prikupljanja informacija o osobama sa značajnim problemima s drogom.

Kriteriji uključanja:

- intervencije čiji je primarni cilj detoksifikacija
- intervencije čiji je primarni cilj apstinencija
- liječenje supstitucijskom terapijom
- specijalizirani/strukturirani dugotrajni programi za liječenje od ovisnosti
- intervencije namijenjene smanjenju štete od droga ako su organizirani u okviru planiranih programa (npr. programi zamjene igala, sobe za

- konzumaciju, itd. kao dio strukturiranih programa koji uključuju ciljeve, definirane intervencije, vremensko određenje, evaluaciju)
- psihoterapija/savjetovanje
 - strukturirano liječenje s jakom socijalnom komponentom
 - medicinski potpomognuto liječenje
 - ne-medicinske intervencije koje čine dio planiranih programa (npr. strukturirano savjetovanje)
 - posebno liječenje u uvjetima skrbnštva prema korisniku droga

Kriteriji isključenja:

- Sporadične intervencije koje nisu uključene u planirane programe
- Kontakti s općim službama koji uključuju samo zahtjeve za socijalnom pomoći
- Kontakti u kojima uporaba droga nije glavni razlog traženja pomoći
- Kontakti ostvareni samo telefonom ili pismeno
- Kontakti s obitelji ili drugim osobama koje nisu korisnici droga
- Zatvorska kazna
- Liječenje samo putem interneta
- Službe koje pružaju samo usluge razmjene igala

Methodološka razmatranja

Podaci trebaju biti što je moguće kompletniji; to znači da je potrebno izvjestiti o svim raspoloživim podacima o osobama koje imaju problem ovisnosti o drogama i koje ulaze u sustav liječenja na način koji je gore naveden – prema kriterijima uključnja.

2.1.3 Početak liječenja

Početak liječenja se smatra/ju najraniji kontakt/ima licem-u-lice između korisnika i centra. Tijekom tih kontakata potrebno je identificirati korisnika (uz izbjegavanje dvostruke registracije) i ocijeniti njegove/njene karakteristike i potrebe vezane uz problem s drogom.

Ovisno o vrsti centra, ove uvjete bi trebalo ispuniti nakon prvih kontakata — nakon jednog do tri kontakata — između korisnika i terapeuta (uz mogućnost kontakta s administrativnim osobljem).

Preporuča se upotreba kriterija do tri direktna kontakta, ali svaka bi zemlja trebala imati mogućnost određene fleksibilnosti, u skladu sa svojom praksom izvještavanja. U metodološkim informacijama važno je izvjestiti kad je korisnik prijavljen za izvještavanje EMCDDA-u.

Ako korisnik započne više od jednog tretmana liječenja tijekom godine izvještavanja, EMCDDA-u je potrebno prijaviti samo prvu epizodu liječenja, kao što je to prethodno navedeno.

Svrha

Podaci registrirani nakon prvog kontakta između centra za liječenje i korisnika imaju za cilj prikupiti najnovije informacije o društvenom profilu korisnika droga i njegovim/zinim obrascima korištenja droga u periodu prije liječenja.

Kriteriji uključnja

- Korisnik koji direktno licem-u-lice kontaktira centar za liječenje u početnoj fazi liječenja (obično između jednog i tri kontakta).

Kriteriji isključenja

- Kontakti koji se događaju u kasnoj fazi liječenja (obično nakon trećeg ili više kontakata između centara za liječenje i korisnika).
- Kontakti koji nisu direktni kontakti licem-u-lice (telefon, internet, itd.).

Metodološka razmatranja

Bilježenje postupaka razlikuje se u različitim zemljama. Ova varijabla trebala bi osigurati određeno usklađivanje u postupku izvještavanja u različitim zemljama i jamčiti da će osnovni podaci o korisniku biti zabilježeni.

Broj kontakata s korisnikom koji omogućuju pojedinim zemljama (centrima za liječenje, itd.) bilježenje podataka u TDI protokolu trebalo bi specificirati u metodološkim informacijama.

Vidi Grafički opis definicije slučaja u Dodatku 5.1

2.1.4 Kraj liječenja

Liječenje se smatra završenim kad ono formalno završava (s ili bez pristanka) ili kad korisnik prestane dolaziti u centar za liječenje ili umre.

Razlozi završetka liječenja mogu biti vezani uz prekid liječenja, smrt, izričitu odluku o prekidu liječenja koju donosi korisnik ili prekid programa liječenja kojeg određuje centar (vidi modul koji se odnosi na prevalenciju liječenja).

Svrha

TDI protokol se fokusira na 'ulazak u proces liječenja' i nema za cilj prikupiti podatke o završetku liječenja. Prikupljanje podataka o završetku liječenja neophodno je iz dva operativna razloga:

1) završetak liječenja direktno je povezan s TDI definicijom slučaja i odlukom kad će sljedeće liječenje biti registrirano. Ocjena da li je prethodno liječenje završeno daje se u trenutku ulaska u novi proces liječenja.

2) informacija o završetku liječenja vezana je uz modul „Prevalencija liječenja”; on omogućuje identifikaciju korisnika koji su uključeni u proces liječenja na prelasku iz jedne godine u drugu ili su iz bilo kojeg razloga završili s liječenjem. Iz tog razloga informacija o završetku liječenja nema za cilj mjeriti rezultate liječenja, nego samo ocijeniti da li je osobu i dalje potrebno registrirati kao korisnika liječenja ili ne.

Kriteriji uključenja:

Liječenje se smatra završenim kad je:

- Stručna osoba otpustila korisnika
- Korisnik eksplicitno odlučio završiti liječenje
- centar/stručnjak odlučio završiti liječenje zbog razloga koji nisu vezani uz završetak liječenja, nego zbog nekih drugih razloga, poput neslaganja s liječenjem, kršenja pravila itd.

- Korisnik umre
- Korisnik nema nikakav kontakt s centrom za liječenje. Liječenje će se smatrati završenim nakon što korisnik i centar za liječenje šest mjeseci ne ostvare nikakav kontakt; međutim, u različitim se zemljama definicija kraja liječenja u velikoj mjeri razlikuje. Ako su periodi u kojima se liječenje smatra završenim (drop-out) razlikuju u pojedinim zemljama, liječenje se može smatrati završenim u skladu s nacionalnim pravilima. Zemlje trebaju navesti vrijeme završetka liječenja u metodološkim specifikacijama.

Kriterij isključenja

Liječenje se ne smatra završenim kad:

- Korisnik se premješta iz jednog sustava liječenja u drugi, jer je upućen/a u drugi centar u okviru iste epizode liječenja (ponekad se naziva „podijeljena briga“)
- Korisnik završava jednu aktivnost liječenja i započinje novu kao dio iste epizode liječenja
- Korisnik još uvijek ima kontakte s centrom za liječenje unutar perioda od šest mjeseci ili ranije (prema periodu koji je definiran nacionalnim pravilima kao prekid liječenja).

Metodološka razmatranja:

Pojedine bi zemlje trebale u metodološkim informacijama navesti koji period smatraju periodom u kojem se smatra da je korisnik prekinuo s liječenjem (drop-out). Trebalo bi što je moguće više slijediti pravilo od šest mjeseci.

2.1.5 Epizoda liječenja

Epizoda liječenja definira se kao ‘period pružanja usluge između početka liječenja ovisnosti o drogama (...) i završetka pružanja usluga za propisani plan liječenja’ (SAMHSA, 2009).

Liječenje ovisnosti o drogama je složen proces i često je potrebno paralelno ili uzastopno primijeniti različite terapijske aktivnosti/procedure, ponekad u dužem vremenskom periodu (npr. savjetovanje, psihoterapija, liječenje supstitucijskom terapijom, druge vrste farmakološkog liječenja, izvanbolnička i bolnička detoksifikacija, dugotrajna briga u domovima za smještaj...). ‘Korisnik može biti uključen u jednu ili više modaliteta/intervencija (ili vrsta) liječenja tijekom iste epizode liječenja. Korisnik također može imati više od jedne epizode godišnje’ (Sveučilište Manchester, 2010.) .

Svrha

Odrediti kad je korisnik podvrgnut istom procesu liječenja i stoga odrediti da li je potrebno ili nije korisnika ponovno registrirati za TDI pokazatelje.

Kriteriji uključivanja

1. Sve aktivnosti/procedure koje se pružaju korisniku u smislu rješavanja problema s drogama koji je uzrokovao ulazak u program liječenja, ako se one provode na organizirani/planirani način. Te aktivnosti se mogu pružati korisniku u dužem vremenskom periodu u istom prostoru ili u različitim prostorima. One mogu slijediti početno zacrtani i utvrđen plan ili se mogu modificirati prema potrebama i razvoju korisnika.

2. Ako proces liječenja službeno završava ili korisnik napušta liječenje ⁽³⁾, nakon čega se korisnik opet prima na liječenje, registrira se nova epizoda liječenja.

Fusnota

⁽³⁾ Vidi definiciju kraja liječenja

Kriteriji isključenja

1. Jedna aktivnost unutar skupa planiranog lanca intervencija neće se smatrati epizodom liječenja.

2.1.6 Centar/program za liječenje

Centar/program za liječenje ovisnosti o drogama je bilo koja ustanova koja pruža liječenje od droga, prema gornjoj definiciji, osobama s problemom s drogama. Centri za liječenje mogu biti specijalizirani centri, koji se usredotočuju na liječenje osoba koje uzimaju droge, ili su uključeni u veće centre usmjerene prema različitim grupama korisnika (npr. pacijenti koji boluju od mentalnih bolesti, ovisnici o alkoholu, itd.). Oni se također mogu biti osnivati unutar centara koji su medicinski ili ne medicinski, državni ili ne državni, javni ili privatni.

Svrha

Identificirati širok opseg ustanova gdje korisnik droga ulazi u proces liječenja od ovisnosti o drogama, bez obzira na vrstu intervencija. Budući da je svrha TDI pokazatelja identifikacija korisnika s problemom droga, vrsta ustanove nije određujući faktor.

Kao što je to detaljno objašnjeno u dolje navedenim metodološkim razmatranjima, važno je naglasiti da su se detaljni podaci za prethodnu verziju 2.0 TDI protokola registrirali prema vrsti centra za liječenje. U sadašnjoj verziji protokola podaci se registriraju u samo jednom predlošku (ne u pet predložaka kao prije).

Vrsta centra za liječenje neće biti centar izvještavanja. U obrascima za izvještavanje nalaziti će se samo nekoliko tablica u kojima će se izvještavati o vrsti centra za liječenje (vidi Predložak za izvještavanje).

Centri koje je potrebno uključiti

TDI definira sljedeće vrste centara za liječenje:

- Centri /programi za izvanbolničko liječenje
- Centri /programi za bolničko liječenje
- Jedinice za liječenje u zatvorskom sustavu/programi
- Liječnici opće prakse
- Agencije/programi koji pružaju socijalne i zdravstvene usluge ovisnicima („low-threshold“)
- Ostale vrste centara za liječenje (molimo navedite vrstu centra)

Definicije vrsta centara za liječenje:

(a) Centri za izvanbolničko liječenje su ustanove za liječenje gdje se korisnici liječe tijekom dana i ne ostaju preko noći. Oni uključuju javne ili privatne centre/klinike koji mogu biti otvoreni navečer, ali njihovo radno vrijeme ne uključuje noćne sate.

(b) Centri za bolničko liječenje definiraju se kao centri gdje korisnici mogu ostati i preko noći. Oni uključuju terapeutske zajednice, privatne klinike, jedinice u bolnicama i centre koji nude mogućnost stalnog boravka. Takvi se korisnici registriraju kao korisnici koji ulaze u centre za bolničko liječenje kad se dogodi prvi kontakt između korisnika i centra u bolničkom centru, a TDI podaci se bilježe u tim ustanovama za liječenje.

(c) Jedinice za liječenje u zatvorskom sustavu se definiraju kao službe koje nude posebne usluge zatvorenicima radi njihovog problema s drogom. One uključuju:

- jedinice specijalizirane za liječenje ovisnosti o drogama s određenim fizičkim prostorom unutar zatvora namijenjenim za tu svrhu
- profesionalce (izvan ili unutar zatvora) koji pružaju paket intervencija s ciljem liječenja ili smanjenja problema vezanih uz droge u zatvorima.

(d) Liječnici opće prakse su liječnici koji liječe akutne i kronične bolesti i pružaju preventivnu zaštitu i zdravstveno obrazovanje osobama svih dobnih skupina i obaju spolova. Oni liječe korisnike droga zbog njihovih problema s drogama, u nekim slučajevima u vezi s izvanbolničkim ili bolničkim uslugama, a neki od njih su prošli posebnu obuku o liječenju korisnika droga;

(e) Agencije koje pružaju socijalne i zdravstvene usluge ovisnicima („low-threshold“) su centri/programi kojima je cilj spriječiti i smanjiti štetu po zdravlje osobe koja je povezana s ovisnostima o drogama, posebno pojavu virusnih infekcija koje se prenose krvlju i prekomjernim dozama, kao i potaknuti aktivne ovisnike o drogama da se obrate zdravstvenim i socijalnim službama

(f) Ostale vrste ustanova za liječenje su centri za liječenje koji pružaju liječenje od ovisnosti o drogama na gore opisani način. U slučaju da ste upotrijebili kategoriju ‘ostale vrste ustanova za liječenje’, vrsta ustanove za liječenje koja izvještava mora se opisati i specificirati u metodološkim specifikacijama.

Centri/programi koje treba isključiti:

- Svaku drugu vrstu ustanove za liječenje, ako nisu uključene u liječenje ovisnosti o drogama prema gornjoj definiciji (definicija liječenja)
- Centri/programi koji samo diseminiraju informacije
- Centri/programi koji se bave samo zamjenom igala/šprica
- Sporadične intervencije prema zatvorenicima korisnicima droga nisu uključene (npr. informacije, samo opskrba i zamjena igli itd.) prema definiciji za kriterije isključenja za liječenje od ovisnosti o drogama
- Hitna bolnička služba
- Opće socijalne službe, kojima glavni cilj nije borba protiv ovisnosti o drogama

Metodološka razmatranja

Podaci koji su orijentirani prema samim korisnicima, njihovim karakteristikama i obrascima uzimanja droga, prvenstveno primarne droge dostavljaju se EMCDDA-u. Centri/programi za liječenje koji su prethodno bili osnovna stratifikacija izvještavanja,

sada će biti tek jedna od varijabli izvještavanja. Korisnik postaje žarištem iz nekoliko razloga:

- Svrha pokazatelja je epidemiološka i usredotočuje se na broj i karakteristike korisnika koji ulaze u program liječenja od ovisnosti kao indirektan pokazatelj problematične uporabe droga.
- 10 godina prikupljanja europskih podataka pokazuje da 80% korisnika prijavljenih EMCDDA-u ulazi u program liječenja u izvanbolničkim centrima, dok ostale vrste centara (isključujući zatvore) obično nisu točka ulaza, ali se koriste u daljnjim fazama programa liječenja
- U velikom broju zemalja, liječnici opće prakse, agencije koje pružaju socijalne i zdravstvene usluge ovisnicima („low-threshold“) i ostale vrste institucija za liječenje ili ne igraju značajnu ulogu u pružanju liječenja od ovisnosti o drogama prema definiciji u protokolu (iako oni mogu pružiti vrlo vrijednu pomoć korisnicima droga), ili nije moguće prikupiti podatke iz tih izvora. Nadalje, podaci su dostupni samo iz nekih zemalja, čime je otežana analiza na europskoj razini.
- Samo je mali broj specifičnih analiza prema vrsti centra za liječenje koristan. Detaljnu usporedbu prema vrsti centara za liječenje je teško napraviti zbog nacionalnih razlika u organizacijama koje provode liječenje.

2.1.7 Primarna droga

Primarna droga se definira kao droga koja uzrokuje najviše problema na početku liječenja. Obično se zasniva na zahtjevu korisnika i (ili) dijagnozi koju daje terapeut, najčešće koristeći međunarodne standardne instrumente (npr. ICD-10; DSM-IV(4), ASI) ili kliničku procjenu. Ovaj stavak je od ključne važnosti i mora se prikupiti za svakog korisnika.

Svrha

Identificirati problem primarne droge korisnika, procijeniti njihov profil i trendove tijekom vremena u obrascima uporabe droga. Ova varijabla omogućuje čuvanje informacija o najrelevantnijim problemima za korisnike droga s epidemiološkog stajališta.

Kriteriji uključenja

- Primarna droga je droga koja vodi do najozbiljnijih problema (zdravstveni, mentalni, socijalni problemi, itd.) za korisnika
- Primarna droga je glavni razlog ulaska korisnika u sustav liječenja
- Primarna droga može uključivati svaku drogu koju korisnik zlouporabi i koja se ne koristi u skladu s medicinskim receptima
- Primarna droga uključuje svaku drogu koja je navedena na donjem popisu.

Kriteriji isključenja

- Alkohol se može registrirati samo kao sekundarna droga uz primarnu drogu (vidi dio o sekundarnoj drogi)
- Duhan
- Svi psihoaktivni lijekovi i droge koje se koriste isključivo za medicinski tretman s medicinskim receptima i u skladu s medicinskom praksom.

Metodološka razmatranja

Odluka o odabiru primarne droge treba se zasnivati na dijagnozi stručnjaka i zahtjevu korisnika.

Kriterij za odabir primarne droge nije se promijenio i u skladu je s kriterijima za izvještavanje podataka navedenima u TDI protokolu 2.0. Dodati ćemo i novu varijablu o korištenju više vrsta droga kako bi dobili dodatne informacije, ali ne kao zamjenu.

Ako točna droga nije poznata (npr. amfetamini ili MDMA i derivati), zabilježiti ćemo generičku kategoriju (npr. stimulans koji nije kokain).

Kategorija 'Nepoznato' treba se koristiti samo u izuzetnim slučajevima i kao dodatna kategorija.

⁽⁴⁾ Potrebno je imati na umu da je DSM-IV trenutno pod revizijom, a revidirana verzija — DSM-V bi trebala biti na raspolaganju uskoro.

2.1.8 Sekundarna droga

Sekundarne droge su droge koje se koriste uz primarnu drogu i tvari su koje uzrokuju probleme korisniku i/ili mijenjaju prirodu problema prema procjeni korisnika i terapeuta.

Svrha

Identificirati ostale droge koje uzrokuju probleme korisnicima.

Kriteriji uključenja

- Sve droge koje mogu uzrokovati probleme za korisnikovo zdravstveno i socijalno stanje, ali nisu identificirane kao primarna droga
- Alkohol

Kriteriji isključenja

- Duhan
- Supstance koje korisnici uzimaju ali nisu uzrok problema njegovog/njenog stanja
- Lijekovi koje je propisao liječnik i u skladu s lječničkom praksom.

Metodološka razmatranja

Sekundarne droge su tvari koje se koriste i stvaraju probleme korisnicima. EMCDDA-u je potrebno prijaviti do četiri sekundarne droge. Međutim, zbog različitih procedura za prijavljivanje u različitim zemljama moguće je registrirati različit broj sekundarnih supstanci. U tom slučaju neophodno je u metodološkim informacijama navesti koliko je supstanci prijavljeno za svakog korisnika.

2.1.9 Problem uporabe više vrsta droga

Informacije o uporabi više vrsta droga komplementarne su i dodatak informacijama o primarnoj drogi. Postojanje problema uporabe više vrsta droga

uvijek se ocjenjuje nakon određivanja primarne droge, slijedeći smjernice i posebne važeće procedure.

Svrha:

Varijabla problema uporabe više vrsta droga ima cilj procijeniti da li je korisnik problematičan korisnik više od jedne vrste droga istovremeno, s time što je vrlo teško jasno identificirati jednu primarnu drogu. Ovaj će se koncept koristiti s vrlo ograničenim pristupom, kao u ICD-10, koji definira uporabu više vrsta droga kao višestruku uporabu droga ‘kad je poznato da su uključene dvije ili više psihoaktivne supstance, ali je nemoguće ocijeniti koja od supstanci najviše doprinosi poremećaju‘. Odluka je u osnovi klinička i mora se koristiti na restriktivan način.

Kriteriji uključenja

- Korisnici koji predstavljaju obrazac korištenja u kojem nekoliko supstanci istovremeno uzrokuju značajne probleme korisniku i vrlo je teško odrediti koja je droga primarna.
- Ove se informacije trebaju prikupljati nakon što je određena primarna droga u skladu s prethodnim protokolom 2.0, čak i uz poznate poteškoće u nekim slučajevima. Postojeća pravila i procedure za odabir primarne droge treba i dalje primjenjivati kao i do sada.

Kriteriji isključenja

- Korisnici koji uzimaju samo jednu drogu
- Korisnici koji koriste više od jedne vrste droga, ali samo jedna od njih uzrokuje probleme
- Korisnici koji koriste više od jedne droge koja uzrokuje problem, ali je uz određenu sigurnost moguće identificirati koja od njih uzrokuje više problema.

Metodološka razmatranja

Višestruka uporaba droga per se sama po sebi ne stvara problem uporabe više vrsta droga u svrhu TDI protokola. Korisnik se definira kao korisnik više vrsta droga kad više od jedne droge sistematski stvara probleme korisniku, a je teško je jasno odrediti koja od droga stvara više problema.

Obrazloženje pristupa prihvaćenog TDI protokolom 3.0

Uporaba više vrsta droga može se konceptualizirati na različite načine, uključujući korištenje različitih supstanci u istom vremenskom okviru (npr. u posljednjih 30 dana) ali bez odgovarajuće farmakološke interakcije ili može značiti istovremeno korištenje nekoliko supstanci pomiješanih zajedno (npr. heroin i kokain u istoj injekciji) ili u kratkom vremenskom periodu. Također, to također može uključivati stalnu zamjenu supstanci drugom ovisno o dostupnosti (npr. opijati i benzodijazepini).

Jednostavna zamjena pojma „primarna droga“ može utjecati na vrlo visok rizik odstupanja pri prikupljanju podataka i izvještavanju od strane pojedinih zemalja, što čini podatke nemogućima za usporedbu i gotovo nemogućima za interpretaciju. Također, postoji određeni rizik da se sadašnji povijesni niz prikupljenih podataka potpuno prekine. Neke zemlje koje su pokušale provesti prikupljanje podataka o uporabi više vrsta droga naišle su na znatne poteškoće. Konačno, većina europskih i

ne europskih zemalja već je godinama u mogućnosti identificirati primarnu drogu, unatoč već poznatim teškoćama. Svaku modifikaciju ovog pojma potrebno je napraviti s izuzetnom pažnjom, budući da može utjecati na bitne promjene za analizu, trendove i druge metodologije koje se zasnivaju na TDI podacima.

Pristup u kojem primarna droga nije navedena značio bi visok rizik odstupanja u izvještavanju pojedinih zemalja i gubitak informacija. Stoga usvojeni pristup omogućuje prikupljanje komplementarnih informacija o problemima uporabe više vrsta droga, uz održavanje koncepta primarne droge, dosljedno postojećim podacima i među pojedinim zemljama.

Ova situacija se ne odnosi samo na podatke o liječenju. Slična se pitanja postavljaju o podacima o mortalitetu. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) je u svojoj dopuni ICD-10 klasifikacije smrti vezanih uz zlouporabu droga 2002.–03. istakla isti problem i sastavila prioritetni popis droga, za šifriranje opasnijih droga (u slučaju da ovlašteni liječnik sam ne može donijeti zaključak).

Vidi EMCDDA DRD protokol 3.2

o <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html> (Dodatak 7, str 64)

ili WHO listu ICD-10 dodataka

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

2.1.10 HIV ili HCV testiranje

Broj osoba koji pristupaju HIV i HCV testiranju predstavlja osnovnu informaciju o pristupu brizi o korisnicima droga (uglavnom onih koji droge uzimaju intravenozno).

Svrha

Ova informacija je korisna za križanje i uspoređivanje s podacima o ponašanju korisnika koji uzimaju drogu intravenozno (koji su s jedne strane prikupljeni u TDI, kao i iz ostalih izvora informacija o zaraznim bolestima — Standardna tabela 9 — s druge strane). Konačni je cilj dobiti što kompletniju i pouzdaniju sliku o stupnju testiranja zaraznih bolesti među korisnicima na liječenju.

Metodološka razmatranja

Važno je poznavati injektivni status korisnika (ikada vs. nikada), a podaci uvijek moraju biti prikazani i prema injektivnom statusu i prema drogi.

Dosljednost informacija registriranih putem TDI pokazatelja i informacija koje su navedene u DRID pokazatelju biti će detaljno ocijenjene, i u suradnji sa zemljama.

2.1.11 Dijeljenje igala/šprica

Postoji nekoliko obrazaca dijeljenja pribora (igle, šprice, filteri, otopine droga, posuđeni pribor, dijeljenje s partnerom, prijateljima itd.) koji predstavljaju rizično ponašanje. Dijeljenje igala i šprica jedan je od takvih rizičnih ponašanja.

Nije moguće obuhvatiti sve moguće obrasce dijeljenja pribora u europskom sustavu praćenja. Na nacionalnoj i lokalnoj razini, moguće je prikupiti mnogo više informacija, posebno u područjima visoke prevalencije zaraznih bolesti ili postojanja

rizika od porasta prevalencije. Iz tog razloga EMCDDA-u se podnosi izvještaj samo o dijeljenju igala/šprica. O detaljnijim informacijama na europskoj razini izvještava se putem drugih instrumenata (posebice ST 9).

Svrha

Prikupiti osnovne informacije o rizičnom ponašanju (dijeljenje igle/šprice), što dovodi do zaraznih bolesti.

Kriterij uključenja

- Svi korisnici koji su ikada u životu injektirali drogu.

Kriterij isključenja

- Svi korisnici koji nisu nikada injektirali drogu.

Metodološka razmatranja

Informacije bi se trebale odnositi na sve koji su ikada uzimali drogu intravenski.

2.1.12 Supstitucijska terapija za opijatsku ovisnost (OST)

Supstitucijska terapija je dugotrajna intervencija koja koristi agonističke supstance s ciljem smanjenja ili eliminacije korištenja nedopuštenih opojnih droga ili smanjenja štete koja nastaje zbog određenog puta primjene droga i popratnih opasnosti po zdravlje.

Svrha

Bolje odrediti stupanj mogućnosti pristupa supstitucijskoj terapiji. Provjeriti da li je korisnik koji ponovno započinje liječenje i prije bio uključen u supstitucijsku terapiju. Također pružiti informacije o OST tijekom života za one koji ulaze u program liječenja zbog uporabe drugih problematičnih droga i vremenu koje je prošlo od prve OST terapije.

Kriterij uključenja

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

Kriterij isključenja

- Korisnici koji nisu bili liječeni nikada prije godine izvještavanja.

Metodološke specifikacije

Važno je provjeriti da li je korisnik podvrgnut supstitucijskoj terapiji sa supstancom i da li je također prijavljen/a za zlouporabu iste ili druge supstitucijske supstance. Takva će informacija biti korisna prilikom vrednovanja, ali i za provjeru primjerenosti liječenja.

2.2 Popis stavaka

1. Vrsta centra za liječenje

1. centri za izvanbolničko liječenje
2. centri za bolničko liječenje
3. jedinice za liječenje u zatvorima
4. liječnici opće prakse
5. agencije koje pružaju socijalne i zdravstvene usluge ovisnicima („low-threshold“)
6. ostalo (molimo navedite vrstu centra/programa za liječenje)
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Šest gore navedenih vrsta centara za liječenje najčešće su vrste u kojima se korisnici identificiraju i podaci izvještavaju; oni su također najčešće točke ulaska u sustav liječenja.

Jedinice za liječenje u zatvorima predstavljaju važnu točku ulaska mnogih korisnika droga koji se inače na drugi način ne bi uključili u liječenje. Nadalje, problem droge i zatvora trenutno predstavlja problem visokog prioriteta u europskom političkom programu i zaslužuje posebnu pažnju.

Za definiciju liječenja i klasifikaciju centara za liječenje koji nisu uključeni u tri gore navedene grupe, obratite se dijelu u kojem se nalaze definicije o liječenju ovisnosti o drogama i centrima za liječenje.

Podsjećamo da u obrascu za izvještavanje analiza prema vrsti centara za liječenje nije glavna analiza i samo će se neke komponente prijavljivati prema vrsti centra za liječenje (vidi ‘Metodološke informacije’ i dio u kojem se nalazi obrazac za izvještavanje).

2. Godina liječenja

/_____/

Metodološke specifikacije

Datum početka liječenja je neophodan za kreiranje analize trenda tijekom vremena i za odvajanje vremenskih perioda (epizode liječenja) za izvještavanje. To omogućuje dinamičku analizu podataka o liječenju.

Mjesec liječenja nije potrebno navoditi u izvještaju za EMCDDA, ali ga je potrebno izvještavati na nacionalnoj razini i razini centra za liječenje, kako bi se izbjegao rizik od brojanja iste osobe dva puta u istom izvještajnom periodu.

3. Ikada prethodno liječen

1. nikada prethodno liječen
2. prethodno liječen
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Vidi definiciju ‘prvog liječenja’ u dijelu koji definira korisnika koji nikad prije godine izvještavanja nije bio liječen. Ako korisnik započinje liječenje više nego jednom u istoj godini izvještavanja, potrebno je zabilježiti samo prvu epizodu liječenja. Ostala prethodna liječenja mogu se odnositi na liječenje koje je provedeno zbog korištenja bilo koje druge droge, koja može biti različita od trenutne primarne droge. Trebalo bi

u najvećoj mogućoj mjeri izbjeći dvostruku registraciju unutar iste zemlje u skladu s mogućnostima svake od zemalja.

4. Izvor preporuke

1. sud/uvjetni otpust/policija
2. liječnik opće prakse
3. neki drugi centar za liječenje
4. neka druga zdravstvena, medicinska ili socijalna služba
5. obrazovne službe
6. samo-upućivanje, upućivanje od strane obitelji, prijatelja, itd.; ne uključuje niti jednu drugu agenciju/instituciju
7. ostalo (molimo navedite koje službe)
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Izvor preporuke donekle pruža uvid u put kojim je klijent stigao na liječenje ovisnosti o drogama. Europska analiza provedena u posljednjih 10 godina ukazuje da je važno uočiti koje su službe osim onih službi vezanih uz ovisnost o drogama uključene u upućivanje na liječenje. Cilj ove varijable je uočiti stupanj uključenosti drugih agencija, zdravstvenih, socijalnih službi i institucija u upućivanje korisnika na liječenje. Podaci o izvoru upućivanja su također važni za procjenu stupnja liječenja kao zakonske obveze. „Izvor preporuke“ se odnosi na izvor koji je odigrao najvažniju ulogu pri upućivanju korisnika na liječenje.

5. Spol

1. muški
2. ženski
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Osnovne epidemiološke informacije.

6. Dob početka liječenja (u godinama)

- Dob: /___/___/
 99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Osnovne epidemiološke informacije.

7. Životni uvjeti (s kim osoba živi)

1. sama
2. s vlastitom obitelji (roditelji itd.)
3. s partnerom
4. s prijateljima ili drugim osobama (s kojima nije u obiteljskoj vezi)
5. u pritvoru
6. u instituciji/skloništu (ne u pritvoru)
7. nešto drugo
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Osnovna svrha aspekta "s kim osoba živi" je indirektno procijeniti status odnosa korisnika. Situacija se odnosi na prevladavajuću situaciju korisnika, ukoliko on/ ona živi u više od jednog okruženja u istom razdoblju. Životni uvjet se odnosi na trenutnu situaciju: *Odnosi se na životne uvjete 30 dana prije ulaska u tretman.*

8. Korisnici droga koji imaju djecu

1. nema djecu
2. ima djecu
 - 2.1 ne živi s djecom
 - 2.2 živi s djecom
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Ovaj stavak procjenjuje da li korisnici imaju djecu i koji su životni uvjeti korisnika droga i djece.

9. Životni uvjeti (gdje)

1. stabilan smještaj
2. nestabilan smještaj i/ili beskućnik
3. u pritvoru
4. nešto drugo
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

'Gdje' aspekt životnih uvjeta naglašava stabilnost životne situacije. Korisnici u nestabilnom smještaju su korisnici koji žive na različitim mjestima (prijateljeva kuća, ulica, skloništa i sl.), seleći se s jednog mjesta na drugo u razdoblju prije dolaska liječenja. Korisnika koji živi u ustanovi treba prijaviti u kategoriji 4 'nešto drugo' uz navođenje institucije. Situacija se odnosi na prevladavajuću situaciju korisnika, ukoliko on / ona živi u više od jednog mjesta u istom razdoblju. Životni uvjet se odnosi na trenutno stanje: *Odnosi se na životne uvjete 30 dana prije ulaska u tretman.*

10. Radni status

1. povremeno zaposlen
2. redovno zaposlen
3. student
4. nezaposlen/obeshrabren
5. primatelj socijalnih povlastica/penzioner/domaćica/invalid
6. nešto drugo
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Radni status pruža glavne informacije o ekonomskoj i socijalnoj integraciji korisnika i njegovom/njezinom svakodnevnom životu.

Preporuča se pratiti Eurostat standarde radi što bolje usporedbe sa statistikom opće populacije i kako bi se izbjeglo preklapanje kategorija (npr. nezaposleni i neaktivni). Kategorije koje Eurostat definira u službenoj statistici o radnom statusu su sljedeće:

- Zaposleni = osobe koje su radile bar 1 sat (za plaću, profit ili obiteljski prihod), tijekom posljednjih 30 dana
- Studenti = osobe koje pohađaju školu
- Nezaposleni = osobe koje ne rade i aktivno traže posao
- Obeshrabreni = osobe koje ne rade i ne traže posao, jer posao ne mogu naći
- Penzioneri/Domaćice/invalidi = osobe koje primaju pomoć od socijalne službe za mirovinu ili invalidnost, ili su domaćice

Odnosi se na period od 30 dana prije ulaska u tretman.

11. Najviši završeni stupanj obrazovanja

1. nikad nije pohađao školu/nikada nije završio osnovnu školu (ISCED 0)
2. završio osnovnu školu (=ISCED 1)
3. završio srednju školu (=ISCED 2 and ISCED 3)
4. visoko obrazovanje (=ISCED 4 to 6)
99. nepoznato/nedostaje

Metodološke specifikacije

Obrazovanje je važna socio-ekonomska kategorija podataka. Preporuča se stroža sukladnost s ISCED (5) (Međunarodna standardna klasifikacija obrazovanja) klasifikacijom, kao i usvajanje za svaku državu specifičnih pravila pretvaranja koja su već provedena u svrhu obrazovne statistike na međunarodnoj razini.

Odnosi se na period od 30 dana prije ulaska u tretman.

Fusnota

⁽⁵⁾ Potrebno je imati na umu da je u tijeku revizija ISCED klasifikacije; Mogući utjecaji izmijenjene verziju biti će uzeti u obzir.

12. Primarna droga ⁽⁶⁾

Fusnota

⁽⁶⁾ Imajte na umu da se neke tvari s popisa mogu proizvesti nezakonito (npr. fentanil ili neki amfetamini) ili preusmjeriti iz legalnih izvora. Za potrebe ovoga Protokola, uključena su oba izvora.

1. Opijati (ukupno)

- 11 heroin
- 12 zlouporaba metadona
- 13 zlouporaba buprenorfina
- 14 zlouporaba fentanila
- 15 ostali opijati (molimo navedite)

2. Kokain (ukupno)

- 21 kokain u prahu HCl
- 22 crack kokain
- 23 nešto drugo (molimo navedite)

3. Stimulansi različiti od kokaina (ukupno)

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

4. Hipnotici i sedativi (ukupno)

- 41 zlouporaba barbiturata
- 42 zlouporaba benzodiazepina
- 43 GHB/GBL
- 44 zlouporaba ostalih hipnotika i sedativa (molimo navedite)

5. Halucinogeni (ukupno)

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

6. Inhalanti

7. Kanabis (ukupno)

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

99. Nepoznato

Metodološke specifikacije

Primarna droga je droga koja uzrokuje najviše problema za korisnika, definirana u skladu sa zahtjevom korisnika i (ili) prema stručnoj procjeni.

Ovaj stavak treba ispuniti uvijek, bez obzira da li se kasnije ustanovilo da korisnik ima problem uporabe više vrsta droga (što će biti dodatna komplementarna informacija).

U Protokol su uključeni i neki novi lijekovi. To su supstance koje su se pojavile u posljednjih nekoliko godina na tržištu droga, a broj osoba koji su započeli liječenje radi problema povezanih s njihovom uporabom nije beznačajan. Njihova klasifikacija ne slijedi znanstvenu klasifikaciju supstanci prema njihovim kemijskim načelima ili psihoaktivnim učincima (npr. kokain i drugi stimulansi su odvojeni), putu primjene, ili nekim drugim znanstvenim kategorizacijama. Umjesto

toga, usvojena je pragmatična klasifikacija kako bi pomogla stručnjacima koji rade u centrima za liječenje od droga prilikom bilježenja podataka.

Uključene su samo one supstance koje stvaraju probleme korisniku sukladno zahtjevu korisnika i stručnoj procjeni.

Droge se ne grupiraju samo na temelju farmaceutskih kriterija, nego i s obzirom na stvarna iskustva stručnjaka na području droga.

Ostali opijati uključuju sve opijate koji nisu uključeni u prethodne kategorije (npr. poljski heroin). Fentanil koji je uključen u primarne droge odnosi se i na tvar koja je proizvedena na nezakonitom tržištu i na medicinski proizvod koji se koristi izvan medicinske prakse.

Sljedeće supstance nisu uključene u primarne droge:

- Duhan
- Alkohol (uključen među sekundarne droge)
- Droge koje se koriste u medicinske svrhe i koje se izdaju na liječnički recept.

Odnosi se na period od 30 dana prije ulaska u tretman.

13. Uobičajeni put primjene primarne droge

1. injektiranjem
2. pušenjem/inhalacijom
3. jelom/pićem
4. udisanjem
5. nešto drugo
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Ubrizgavanje droga predstavlja primarni oblik rizičnog ponašanja ovisnika o drogama. To je osobito važno s obzirom na zarazne bolesti (hepatitis, HIV), kao i druge bolesti i ozljede, a smanjenje takvog ponašanja je cilj mnogih programa smanjenja šteta. "Uobičajeni put uzimanja droga" odnosi se na put primjene primarne droge.

Pušenje/udisanje se odnosi na korištenje supstance putem pluća (nosa ili dušnika); oni se odnose na supstance koje se uzimaju u obliku pare.

Snifanje se odnosi na unos tvari putem nosa, a tvar koja se na taj način unosi je u obliku praha.

Odnosi se na period od 30 dana prije ulaska u tretman.

14. Učestalost uzimanja primarne droge

1. dnevno
2. 4–6 dana u tjednu
3. 2–3 dana u tjednu
4. jednom u tjednu ili manje

- 5. nije korištena u posljednjih 30 dana
- 99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Učestalost uporabe primarne droge je pokazatelj ozbiljnosti uporabe droga.

U svim ostalim slučajevima odnosi se posljednjih 30 dana prije ulaska u sustav liječenja.

15. Dob prvog uzimanja primarne droge (u godinama)

Dob: /_____/

- 99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Negativni učinci droga često se povećavaju tijekom vremena. Trajanje uporabe droga može se izračunati na temelju dobi prve uporabe i starosti na početku liječenja. Epidemiološki, dob prve uporabe je pokazatelj dobi kad je rizik početka uporabe droga najveći. Praćenje dugoročnih trendova može pomoći u razvoju preventivnih aktivnosti.

16. Sekundarne droge ⁽⁷⁾

⁽⁷⁾ Isti kriteriji o podrijetlu supstance (nezakonitoj proizvodnji ili zlouporabi), kao i kod primarne droge.

1. Opijati (ukupno)

- 11 heroin
- 12 zlouporaba metadona
- 13 zlouporaba buprenorfina
- 14 zlouporaba fentanila
- 15 drugi opijati (molimo navedite koji)

2. Kokain (ukupno)

- 21 kokainski prah HCl
- 22 crack kokain
- 23 nešto drugo (molimo navedite što)

3. Stimulansi osim kokaina (ukupno)

- 31 amfetamini
- 32 metamfetamini
- 33 MDMA i dervati
- 34 mefedron
- 35 drugi stimulansi (molimo navedite koji)

4. Hipnotici i sedativi (ukupno)

- 41 zlouporaba barbiturata
- 42 zlouporaba benzodiazepina
- 43 GHB
- 44 nešto drugo (molimo navedite što)

5. Halucinogeni (ukupno)

- 51 LSD
- 52 ketamin
- 53 nešto drugo (molimo navedite što)

6. Inhalanti**7. Kanabis (ukupno)****8. Alkohol kao sekundarna droga (ukupno)****9. Ostale supstance (ukupno) (molimo navedite koje supstance)****99. Nepoznato**Metodološke specifikacije

Uključene su samo one supstance koje stvaraju probleme korisniku u skladu sa zahtjevom korisnika i stručnom procjenom.

Ako korisnik ne koristi sekundarnu drogu, ovaj stavak treba ostaviti prazan.

Moguće je prijaviti do četiri droge. U obrascu za izvještavanje, potrebno je naznačiti maksimalan broj droga prijavljenih za svaku pojedinu osobu.

Za potrebe izvještavanja EMCDDA-u, redosljed ispunjavanja stavka sekundarne droge biti će u skladu s kliničkom važnosti problema korisnika. Samo ako to nije moguće, stavak sekundarne droge ispunjavati će se prema sljedećem redosljedu (ako postoje prikupljene informacije); prvo supstance koje se injektiraju, a zatim prema učestalosti korištenja. Ako nijedno od gore navedenog nije moguće, ispunjavati će se prema popisu supstanci.

Točni kriteriji se objašnjavaju u metodološkom dijelu odgovarajuće tablice.

Alkohol se ubraja pod sekundarne droge.

Duhan i droge koji se koriste u medicinske svrhe i na liječnički recept su isključeni.

Ostali opijati uključuju sve opijate koji nisu uključeni u prethodnim kategorijama, poput poljskog heroina.

Odnosi se na period od 30 dana prije ulaska u tretman.

17. Problem uporabe više vrsta droga

1. da
2. ne
99. nepoznato

Metodološka razmatranja

Problem uporabe nekoliko vrsta droga odnosi se slučaj kad problem droga kod korisnika uključuje dvije ili više vrsta droga istovremeno i vrlo je teško procijeniti koja je bila primarna droga koja je prouzročila ulazak korisnika u sustav liječenja. Ovaj će se koncept koristiti u vrlo ograničenom opsegu, kao u ICD-10 (vidi definicije).

Ovaj stavak bi trebalo ispuniti uvijek, čak i ako se koristi samo jedna droga (ili se primarna droga može odrediti s priličnom točnošću između nekoliko supstanci koje se koriste), a korisnik NIJE korisnik nekoliko vrsta droga (u tom slučaju odgovor na pitanje je NE).

Međutim, čak i u slučaju korisnika za kojeg je vrlo teško odrediti primarnu drogu, uvijek je potrebno odabrati primarnu drogu, slijedeći upute navedene u smjernicama i konkretne do danas provedene postupke na nacionalnoj razini (npr. zahtjev korisnika, klinička procjena, standardne skale ovisnosti, učestalost uporabe, dogovorena hijerarhija supstanci, itd.).

Odnosi se na 30 dana prije ulaska u tretman.

18. Supstitucijska terapija za opijatsku ovisnost (OST)

1. nikada nije bio podvrgnut OSTu
2. bio je podvrgnut OSTu
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

OST se obično odnosi na 'supstitucijsku terapiju'. Supstitucijska terapija se definira kao "uzimanje temeljito vrednovanih opijatskih agonista, od strane iskusnih ili akreditiranih stručnjaka, u okviru priznate medicinske prakse, za postizanje definiranih ciljeva liječenja". Ovaj tretman se često primjenjuje u kombinaciji s psihosocijalnom pomoći. Ova varijabla će pomoći pri boljem određivanju razine dostupnosti supstitucijske terapije i pružiti informacije o supstitucijskim terapijama tijekom života među osobama koje ulaze u sustav liječenja radi ovisnosti o nekoj drugoj supstanci.

Trebalo bi uključiti samo one ovisnike koji su već prethodno liječeni.

19. Dob prve supstitucijske terapije za opijatsku ovisnost (OST)

1. Dob prve OST terapije: /_____/
99. Dob nepoznata

Metodološke specifikacije

Ova varijabla u kombinaciji s podacima o dobi prvog uzimanja primarne droge, dobi prvog injektiranja doprinijeti će pružanju informacija o supstitucijskim terapijama tijekom života među onima koji ulaze u sustav liječenja radi neke druge problematične supstance. Ovaj je stavak potrebno ispuniti samo za osobe koje su bile na OST terapiji prije početka sadašnjeg liječenja.

20. Da li je droga ikada injektirana ili se trenutno injektira

1. nikada injektirana
2. injektirana
 - 2.1 injektirana, ali ne u posljednjih 12 mjeseci
 - 2.2 injektirana prošle godine, ali ne u posljednjih 12 mjeseci
 - 2.3 injektirana u posljednjih 12 mjeseci, ali ne u posljednjih 30 dana
 - 2.4 trenutno se injektira (u posljednjih 30 dana)
3. ne želi odgovoriti
99. nepoznato

Metodološke specifikacije

Ova se varijabla odnosi na ponašanje vezano uz injektiranje svih vrsta droga, a ne samo primarne droge. Ovaj stavak identificira injektiranje bilo koje droge i dobar je pokazatelj rizičnog ponašanja. To je od osobite važnosti s obzirom na prijenos zaraznih bolesti (hepatitis, HIV), kao i drugih bolesti i ozljeda, i probleme smanjenja štete. Injektiranje u medicinske svrhe treba isključiti (dijabetes, itd.).

21. Dob prvog injektiranja droge (u godinama)

- Dob: /_____/
99. nepoznato

Metodološka razmatranja

Ovu varijablu potrebno je ispuniti samo za osobe koji su u životu injektirali droge. Ako osobe nikada u svom životu nisu injektirale drogu, potrebno je ostaviti prazno.

22. HIV testiranje

1. testiran
 - 1.1 testiran, ali ne u posljednjih 12 mjeseci
 - 1.2 testiran u posljednjih 12 mjeseci
2. nikad testiran
3. ne želi odgovoriti
99. nepoznato

Metodološka razmatranja

Stavak se odnosi na aktivnosti testiranja i može pružiti korisne informacije za križanje s informacijama o ponašanju vezanom uz uzimanje droga (injektiranje, dijeljenje igala). Toplo se preporuča provjeriti prošla testiranja što je moguće više.

23. HCV testiranje

1. testiran/a
 - 1.1 testiran/a, ali ne u posljednjih 12 mjeseci
 - 1.2 testiran/a u posljednjih 12 mjeseci
2. nikad testiran/A
3. ne želi odgovoriti
99. nepoznato

Metodološka razmatranja

Stavak se odnosi na aktivnosti testiranja i može pružiti korisne informacije za križanje s informacijama o ponašanju vezanom uz uzimanje droga (injektiranje, dijeljenje igala).

24. Dijeljenje igala/šprica

1. nikad nije dijelio/la iglu ili špricu
2. dijelio/la iglu ili špricu
 - 2.1. dijelio/la ali ne u posljednjih 12 mjeseci
 - 2.2 dijelio/la u posljednjih 12 mjeseci
 - 2.3 trenutno dijeli (u posljednjih 30 dana)
3. ne želi odgovoriti
99. nepoznato

Metodološka razmatranja

Pitati za informaciju samo u slučaju da je korisnik intravenozno uzimao drogu. Ako korisnik nije nikada uzimao drogu intravenozno ovu varijablu treba ostaviti praznu.

3. Metodološka i etička pitanja

Osim općih načela istaknutih u prvom dijelu protokola, potrebno je objasniti specifična metodološka pitanja koja su važna za prikupljanje podataka i izvještavanje.

Kako bi se TDI podaci koje su pojedine zemlje dostavile mogli kontekstualizirati važno je imati pristup metodološkim informacijama. Prostor za specifikacije o metodologiji koja se koristi za prikupljanje i izvještavanje podataka nalazi se u obrascu za izvještavanje EMCDDA-u (vidi Obrazac za izvještavanje). Pri svakom unakrsnom tabeliranju nalazi se prostor namijenjen za komentare; posebno će biti važno koristiti taj prostor u slučaju kad podaci pojedine zemlje odstupaju od EMCDDA smjernica ili postoje specifičnosti koje se ne mogu razumjeti samo iz kvantitativnih podataka.

3.1 Referentno vremensko razdoblje

Referentno razdoblje čitavog protokola odnosi se na trenutnu situaciju korisnika (profil i obrasci uporabe droga) u posljednjih 30 dana (1 mjesec) prije početka liječenja. To je opće pravilo koje vrijedi za sve varijable protokola osim ako se ono ne primjenjuje standardno ili je drugačije određeno. Međutim, radi preciznosti, referentno se razdoblje mora uvijek navesti. Ako nije navedeno, znači da nije primjenjivo, ali je to obično razumljivo iz konteksta pojedinih stavaka (npr. injektirao/la drogu, dob prve OST terapije, itd.).

3.2 Obrasci uporabe droga: referentna droga

Podaci o obrascima uporabe droga — dob prve uporabe, put uzimanja, učestalost uporabe - odnose se na primarnu drogu. Stavci ikada injektirao/la i dob prvog injektiranja odnose se na bilo koju drogu. To je međutim navedeno u svakom stavku.

3.3 Pokrivenost

Informacija o pokrivenosti podataka potrebna je za razumijevanje konteksta TDI podataka u svakoj zemlji i stupnja njihove zastupljenosti.

Prvo, procjena TDI pokrivenosti treba se odnositi na one centre za koje se pretpostavlja da čine dio TDI sustava izvještavanja. Nadalje, procjena, pa čak i ona približna, treba biti izrađena tako da TDI sustav izvještavanja obuhvati sve službe liječenja u zemlji. Na to će utjecati dostupnost i organizacija nacionalnog sustava liječenja i sustava upućivanja, kao i zakonodavstvo na području droga.

Rezultati analize TDI podataka pokazuju da postoje zajedničke karakteristike, ali i značajne razlike među zemljama, vjerojatno zbog nacionalnih razlika u karakteristikama problema vezanih uz ovisnost o drogama, u sustavu liječenja, u sustavu izvještavanja i kvaliteti podataka. Neke razlike su vjerojatno uzrokovane razlikama vezanima uz ustanove za liječenje i/ili grupe korisnika koje nacionalni sustav pokriva. Poseban projekt koji je EMCDDA proveo 2007.–08. (Iversen, 2009.) o pokrivenosti podataka naglašava pitanja koja bi trebalo uzeti u obzir prilikom prikupljanja podataka o potrebama liječenja. Anketa je u nekim zemljama pokazala potrebu za boljom informiranošću o dostupnosti i kapacitetu liječenja s ciljem boljeg razumijevanja konteksta TDI podataka. Te su informacije djelomično uključene u metodološkim informacijama, a djelomično i u ostalim EMCDDA alatima koji se fokusiraju na dostupnost/kapacitet liječenja (Standardna tabela 24 i Strukturirani upitnik 27). U završnim preporukama projekta naglašava se potreba da:

- se uključi detaljnija procjena pokrivenosti u sustavu za osiguranje kvalitete podataka za TDI (...);
- se zemlje potaknu na razvoj sustava za praćenje ustanova i kapaciteta za liječenje;
- se zemlje potaknu na kreiranje sustava s obveznim izvještavanjem agencija za izvanbolničko i bolničko liječenje ovisnosti o drogama (centri/jedinice), uključujući izvještavanje o kapacitetu podataka kao i postojećim TDI podacima.

3.4 Kvaliteta podataka

Kvaliteta podataka je od izuzetne važnosti za korištenje podataka o uporabi droga, posebno europske grupe podataka, gdje informacije trebaju biti što je moguće više usporedive među zemljama i konzistentne tijekom vremena. Međutim, kontrola kvalitete podataka je složena aktivnost, osobito kad ona uključuje podatke iz različitih zemalja koji su prijavljeni u skupnom obliku.

Podaci o zahtjevima za liječenjem iz pojedinih zemalja rutinski se vrednuju prilikom njihovog izvještavanja EMCDDA-u. Redovito se provode procedure osnovnog vrednovanja i to o cjelovitosti podataka, dosljednosti, pravovremenosti, problemima s brojevima i podacima koji se uvelike razlikuju od opće EU slike. Metodološke informacije se također redovito provjeravaju kako bi se dobila što bolja saznanja o

informacijskom sustavu i stvarnoj provedbi metodoloških smjernica u podacima koji se nalaze u izvještaju.

Osim rutinske kontrole kvalitete podataka koja se provodi svake godine, 2008. godine je proveden poseban sustav za ocjenu kvalitete podataka svih ključnih pokazatelja. Sustav je primijenjen na TDI podatke i uključuje ocjenu aspekata dva područja izvještavanja: postupak izvještavanja i kvalitetu podataka. Ocjena kvalitete podataka provedena je uz savjetovanje sa stručnjacima iz NFP-a i TDI-a.

Što se tiče postupka, ocjena se odnosi na sljedeće aspekte: organizaciju sustava za izvještavanje, financijske i ljudske potencijale koji su potrebni za prikupljanje podataka, pravnu osnovicu za prikupljanje podataka, procjenu kvalitete podataka, postupak koji je u toku i glavne prepreke za provedbu TDI. U području kvalitete podataka, evaluacija je usmjerena na dostupnost podataka na nacionalnoj razini i izvještavanje na europskoj razini, usklađivanje s EMCDDA smjernicama, pravovremenost, pokrivenost podataka i unutrašnju dosljednost podataka.

Rezultati te procjene pokazuju da je većina zemalja učinila značajan napredak u provedbi TDI smjernica posljednjih godina, kao i da se razina usporedivosti podataka značajno popravila, iako, međutim neka područja još uvijek zahtijevaju poboljšanja.

Informacije o pokrivenosti su prilično sveobuhvatne u mnogim zemljama; posebno vezano uz broj izvještajnih jedinica u usporedbi s brojem jedinica koje funkcioniraju u zemljama. Međutim, teže je dobiti informaciju o broju i omjeru registriranih korisnika, tamo gdje su detaljnije i točnije informacije potrebne za bolje razumijevanje razine zastupljenosti prijavljenih podataka.

Što se tiče postupka, veliki je napredak napravljen u organizaciji rada na nacionalnoj razini u većini zemalja: u većini zemalja, osnovana je službena radna grupa, doneseni posebni zakoni koji omogućavaju i olakšavaju prikupljanje podataka, a informacijski sustav je napredovao u dijelu korištene metodologije i tehnologije; takvi koraci podržavaju adekvatan način izvještavanja i na nacionalnoj i europskoj razini. Međutim, neki problemi ostaju i dalje prisutni, prvenstveno oni vezani uz dostupnost financijskih i ljudskih potencijala, usklađivanje s posebnim europskim standardima i motivaciju partnera koji prikupljaju podatke i pristupnost podacima.

3.5 Dvostruka registracija

U ovom kontekstu, 'dvostruko brojanje' se odnosi na činjenicu da korisnik u istoj godini može biti prijavljen više nego jedanput u bazi podataka liječenja-praćenja. To se može dogoditi iz nekoliko razloga, kao naprimjer nedostatak komunikacije između centara za liječenje, odsustvo jedinstvenog sustava koje bi omogućavalo unakrsnu provjeru, i ostalo. Dvostruka registracija uzrok je precijenjenog ukupnog broja liječenih osoba.

Na temelju vodećeg principa da treba brojati osobe a ne epizode liječenja, dvostruka bi se registracija trebala izbjeđavati koliko je god to moguće na svim razinama, od centara za liječenje do lokalne, regionalne, nacionalne ili međunarodne razine. Naravno, ovo će se pravilo primjenjivati uzimajući u obzir razinu stvarne provedivosti i ograničenja na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini (tehnoški i metodološki

instrumenti, financijski i ljudski potencijali, pravni okvir, uključujući pravne prepreke koje nastaju zbog pravila o zaštiti podataka).

U zemljama se provode različite tehnike (Origer, 1996), od onih najčešćih poput kontrole dvostruke registracije u registru putem jedinstvenog identifikatora koji se dodjeljuje osobama (obično na temelju algoritma koji koristi ime i datum rođenja), do nekih sofisticiranih tehnika poput korištenja digitalnog otiska (npr u Nizozemskoj).

U idealnoj situaciji, maksimalna razina kontrole dvostruke registracije znači da u zemljama postoji središnji registar gdje se registriraju svi pojedinci putem neke vrste jedinstvenog identifikatora kako bi se izbjeglo udvostručavanje. Taj registar bi trebao udovoljavati svim zahtjevima za osiguranje zaštite podataka. Druga najbolja opcija je postojanje regionalne baze podataka koja može do određenog stupnja kontrolirati dvostruku registraciju. Ako središnji ili regionalni registar ne postoji ili ga nije moguće provesti zbog nekih razloga, uključujući pravne, administrativne, financijske razloge, organizacija koja provodi liječenje treba pokušati provesti metode za provjeru podataka o prethodnim liječenjima (npr. elektronski i/ili direktnim pitanjima korisniku da li je ikada prethodno bio/la na liječenju i/ili ispitivanjem u drugim centrima za liječenje koji su možda imali prethodne kontakte s korisnikom).

U ocjeni kvalitete podataka koja je provedena 2008. godine o podacima koje su europske zemlje prijavile EMCDDA-u, europske zemlje su nastojale izbjeći dvostruku registraciju i samo dvije zemlje nisu imale kontrolu dvostruke registracije ili je ona bila ograničena. Od 26 zemalja u kojima se kontrola provodi, u devet zemalja ona se provodi na regionalnoj razini ili razini centra za liječenje, a u 17 njih na nacionalnoj razini.

3.6 Etička pitanja i zaštita podataka

Tamo gdje se vrši liječenje ovisnika o drogama vode se bilješke o uporabi droga i jakim i slabim stranama korisnika. Koraci u liječenju se obično planiraju na temelju formalne dijagnoze ili na temelju određenih problema koji zahtijevaju pažnju, a obavljaju ih stručnjaci ili tim stručnjaka. Ciljevi se kontinuirano promatraju tijekom liječenja, a rezultat se vrednuje na kraju. Informacije se prvenstveno prikupljaju s ciljem poboljšanja brige za korisnike.

Prikupljanje podataka i izvještavanje, osim u kliničke svrhe, vrši se radi dobivanja osnovnih informacija o epidemiološkoj situaciji s ciljem podržavanja medicinskih intervencija utemeljenih na dokazima i učinkovitim načina za liječenje problema ovisnosti o drogama.

Za svaku razinu informacija (npr. kliničku, regionalnu, nacionalnu, međunarodnu, itd.) potrebno je uzeti u obzir nacionalna i međunarodna pravila tajnosti i zaštite podataka, kao i prava korisnika, osoblja i centara za liječenje. To je osobito slučaj u specifičnim sredinama, poput liječenja u zatvorskom sustavu gdje je potrebno obratiti posebnu pažnju etičkim pitanjima (zaštita podataka, privatnost, ljudska prava), prilikom prikupljanja podataka i izvještavanja.

Te smjernice trebaju biti usklađene s prihvaćenim pravilima zaštite podataka, privatnosti i istraživanja u raznim zemljama. Pristup sirovim podacima mora biti ograničen samo za profesionalce. Svi uključeni (pružatelji usluga, menadžeri, kreatori

politika, istraživači, itd.) trebaju raspraviti i usvojiti način korištenja podataka kao i procedure za objavljivanje rezultata.

Želja EMCDDA-a (s TDI protokolom 3.0, kao što je to bio slučaj s TDI protokolom 2.0) nije razviti središnju bazu podataka osoba koji ulaze u sustav liječenja ili se u njemu nalaze na europskoj razini. Sve podatke prikupljaju, uspoređuju i zadržavaju pojedine zemlje, strogo se pridržavajući prihvaćenih etičkih standarda, a samo skupni podaci se analiziraju radi usporedbe na europskoj razini. Pojedine grupe podataka mogu, međutim, povremeno zatrebati EMCDDA-u, u nekom drugom polju istraživanja, za specifična istraživanja, ali samo uz suglasnost određenih zemalja.

4. Definicija slučaja: grafički opis

Slučajevi koje je potrebno uključiti i isključiti iz izvještaja EMCDDA-u ali NE i neophodno iz prikupljanja podataka na nacionalnoj ili lokalnoj razini

Uključiti : \longleftrightarrow

Isključiti : $\leftarrow\text{-----}\rightarrow$

Korisnik	Epizoda liječenja/ Aktivnost	Centar za liječenje	Prethodna godina	Sljedeća godina
----------	---------------------------------	---------------------	------------------	-----------------

Specifikacije Izvjestiti EMCDDA

A A1 1 Korisnik A se liječi kontinuirano, s početkom u prethodnoj godini, nastavlja tijekom tekuće godine i u idućoj godini. Nema dodatnih tretmana. Liječenje se ne registrira u tekućoj godini.

B B1 1

B B2 1

Korisnik B se liječi kontinuirano, s početkom u prethodnoj godini, nastavlja tijekom tekuće godine i u idućoj godini. Drugo liječenje započinje tijekom tekuće godine u istom centru. Liječenje se ne registrira u tekućoj godini.

(Napomena; često je B2 aktivnost u sustavu liječenja –npr. kratkotrajno savjetovanje – komplementarna liječenju B1 – npr. dugotrajna OST terapija - izvršava se na planirani način zbog problema s istom drogom koja je uzrokovala dolazak na liječenje)

C C1 1

C C2 1

C C3 2

C C4 3

Korisnik C se liječi kontinuirano, s početkom u prethodnoj godini, nastavlja tijekom tekuće godine i u idućoj godini. Tri sljedeća liječenja javljaju se u tekućoj godini, u istom i dva različita centra za liječenje. Liječenje se ne registrira u tekućoj godini.

D D1 1

D D2 *Bilo koji*

Korisnik D je na liječenju od prethodne godine, tijekom tekuće godine nije započeo nikakvo novo liječenje, liječenje započinje u sljedećoj godini u istom ili drugom centru za liječenje. Liječenje se ne registrira u tekućoj godini.

E E1 1

Korisnik E ulazi u sustav liječenja prvi puta u tekućoj godini. Liječenje se registrira u tekućoj godini kao prvo liječenje.

F F1 1

Korisnik F ulazi u sustav liječenja prvi puta u tekućoj godini. Liječenje se nastavlja u idućoj godini. Liječenje se registrira u tekućoj godini kao prvo liječenje.

G G1 2

G G2 2

G G3 3

Korisnik G ulazi u sustav liječenja prvi puta u tekućoj godini, uz nekoliko uzastopnih liječenja u tekućoj godini, u istom ili različitim centrima za liječenje. Samo G1, prvo liječenje u tekućoj godini se registrira kao prvo liječenje.

H H1 1

H H2 *Bilo koji*

Korisnik H se liječio u prethodnoj godini, a liječenje je prestalo sa završetkom liječenja. Novo liječenje započinje u tekućoj godini, u istom ili drugom centru za liječenje i produžuje se u sljedeću godinu. Liječenje korisnika u tekućoj godini se registrira kao prethodno liječen.

I I1 2

I I2 2

I I3 3

Korisnik I se liječio u prethodnoj godini, a liječenje je prestalo sa završetkom liječenja. Novo liječenje započinje u tekućoj godini, u istom centru. Drugo liječenje započinje u tekućoj godini u drugom centru. Liječenje I2 se registrira kao prvo liječenje tijekom godine. Liječenje I2 se registrira kao prethodno liječen.

J J1 1

J J2 1

Korisnik J je ušao u sustav liječenja u prethodnoj godini i nastavlja liječenje u tekućoj godini. Zatim, započinje novo liječenje u tekućoj godini u istom centru za liječenje. Ako je prvo liječenje službeno završilo, liječenje koje je započelo u tekućoj godini registrira se kao prethodno liječen.

K K1 1

K K2 1

Korisnik K je ušao u sustav liječenja u prethodnoj godini i nastavlja liječenje u tekućoj godini. Zatim, započinje novo liječenje u tekućoj godini u istom centru za liječenje. Ako je prošlo 6 mjeseci bez kontakta između prvog i drugog liječenja, liječenje u koje se uključuje u tekućoj godini se prijavljuje kao prethodno liječen.

L L1 1

L L2 2

Korisnik L je ušao u sustav liječenja u prethodnoj godini i nastavlja liječenje u tekućoj godini. Zatim, započinje novo liječenje u tekućoj godini u drugom centru za liječenje. Ako je prvo liječenje službeno završilo, liječenje koje je započelo u tekućoj godini registrira se kao prethodno liječen.

M M1 1

M M2 2

Korisnik M je ušao u sustav liječenja u prethodnoj godini i nastavlja liječenje u tekućoj godini. Zatim, započinje novo liječenje u tekućoj godini u drugom centru za liječenje. Ako je prošlo 6 mjeseci bez kontakta između prvog i drugog liječenja, liječenje u koje se uključuje u tekućoj godini se prijavljuje kao prethodno liječen.

Napomena: slučajevi J, K, L i M se mogu smatrati varijacijama slične situacije, radi bolje ilustracije. Oni prikazuju korisnike koji su bili u sustavu liječenja početkom godine, zatim epizoda liječenja završava, a nova epizoda (treba je zabilježiti) započinje kasnije tijekom godine. Slučajevi prikazuju kombinaciju dviju mogućnosti; kad je epizoda liječenja formalno završila ili je prekinuta, i kad se sljedeća epizoda događa u istom ili u drugom centru.

5. Reference

- CORDROGUE 67, Council of the European Union (2001), 'Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators on drugs, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction'.
- Donmall, M. (2008), 'Personal communication'.
- EMCDDA (2010), '2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).
- EMCDDA Management Board (2001), 'EMCDDA recommendation on the five harmonised key indicators', pp. 1–13.
- European Addiction Research (1999), *European Addiction Research* 5(4).
- European Union (2003), 'Council Recommendation of the 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence'.
- Hartnoll, R (1994), *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*.
- EMCDDA, (2011), 'Treatment demand indicator (TDI)', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).
- Iversen, E (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator* (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>).
- Manchester University, 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>).
- Origer, A (1996), *EMCDDA Epidemiology Work Programme 1996. Procedures to Avoid Double Counting in Drug Treatment Reporting Systems*, Luxembourg.
- SAMHSA (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights — 2007* (available at: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>).
- Simon, R. and Pfeiffer, T. (1999), *Field trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final report on behalf of the EMCDDA*, Munich.
- Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Lockett, C. and Stauffacher, M. (2000), 'The Treatment demand indicator (TDI) Standard Protocol 2.0', pp. 2–36 Lisbon (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).
- Stauffacher, M. and Kokkevi, A. (1999), 'The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field', *European Addiction Research* 5(4), pp. 191–6

6. Obrazac za izvještavanje

Predloženi popis unakrsnih tabulacija u izvještaju na temelju revidiranog TDI Protokola verzija 3.0 je opisan u nastavku.

Glavna komponenta TDI protokola sastoji se od skupa definicija (definicija slučaja, definicija liječenja, itd.) i osnovnog popisa varijabli koje je potrebno prikupiti u svim zemljama na usklađen način. Osnovni popis varijabli je minimalni zahtjev pri prikupljanju podataka, a zemlje također mogu na nacionalnoj ili lokalnoj razini prikupiti dodatne varijable koje smatraju neophodnima za potrebe nacionalnog informiranja.

Informacije se prijavljuju EMCDDA-u putem sustava Fonte, na predlošku ili obrascu za izvještavanje koji se sastoji od odabranih unakrsnih tabulacija. Ovaj skup unakrsnih tabulacija predstavlja odabir između mnogih mogućih kombinacija varijabli. Cilj odabira unakrsnih tabulacija je prikupiti najvažnije i najkorisnije informacije, a istovremeno održati težak zadatak izvještavanja u razumnim granicama.

Prijašnja izvještajna struktura sastojala se od posebnih izvještaja za svaki od mogućih pet vrsta centara za liječenje. Nova izvještajna struktura se sastoji od jednog izvještaja. Informacije o vrsti centara za liječenje i dalje će se nastaviti prikupljati, ali kao varijabla u ograničenom broju unakrsnih tabulacija.

Da bi valjane usporedbe bile moguće, neophodno je prikupiti neke unakrsne tabulacije u tri kategorije: prethodno liječeni korisnici koji ulaze u sustav liječenja u kalendarskoj godini, nikada prethodno liječeni korisnici i ukupan broj korisnika. Na taj se način omogućuje usporedba prethodno liječenih sudionika i onih koji nisu nikad prije liječeni, a kategorija nepoznato ili kategorija koja nedostaje izračunati će se oduzimanjem.

Primarna droga je glavna varijabla s kojom se uspoređuju ostale varijable. To odražava širok opseg droga za koje je liječenje na raspolaganju i vjerojatnost da se će karakteristike korisnika razlikovati prema primarnoj drogi.

Velika većina prikupljenih informacija ostaje u bazi varijabli koje su postojale u prethodnom protokolu i koje su bile prikupljene u prijašnjem obrascu za izvještavanje. Međutim, uključuje se i određen broj novih varijabli kako bi se pokrila važna područja poput uporabe više vrsta droga i izloženost zarazi. Nadalje, prilagođava se i kategorizacija nekih postojećih varijabli kako bi se poboljšalo usklađenje s međunarodnim standardima i odstranile nejasnoće.

Predloženi obrazac će se pilotirati i ocijeniti njegova provedivost za izvještavanje i korisnost rezultata. Konačna odluka o obliku i obrascu izvještavanja biti će donesena na temelju ove pilot verzije i savjetovanja sa zemljama izvjestiteljicama tijekom sastanka stručnjaka i NFP sastanaka u 2012. Očekuje se da će podaci na temelju izvještajnih obrazaca biti podneseni EMCDDA-u 2014. godine.

Predloženi "obrazac izvještavanja" sastoji se od jednog predloška sa 68 tabela i 44 metodološka pitanja.

Nacrt Fonte predložka se pojavljuje kao poseban Dodatak u pdf formatu.

- Predložak se sastoji od 68 tabela i 44 metodoloških pitanja (ili 11960 podatkovnih točaka).
- Odjeljci i grupe su označeni podebljano.
- U sve je matrice dozvoljeno upisivati samo brojke.

1. Uvod

2. Izvor

2.1. EMCDDA godina skupljanja podataka

2.2. Zemlja

2.3. Godina liječenja

3. Metodološke informacije

3.1. Pokrivenost

3.1.1. Pokrivenost prema vrsti centra za liječenje

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

3.1.3. Postotak uključenih slučajeva (postotak prijavljenih slučajeva u odnosu na ukupni broj liječenih slučajeva u zemlji – uključujući slučajeve koji nisu u skladu s TDI protokolom)

3.1.4. Geografska pokrivenost (nacionalno ili regionalno)

3.1.5. Geografska pokrivenost (dodatne informacije)

3.1.6. Napomene

3.2. Svi ovisnici koji ulaze u sustav liječenja

3.2.1. Definicija slučaja

3.2.2. Kontrola dvostruke registracije

3.2.3. Kako razlikovati Nikad prethodno liječene i prethodno liječene

3.2.4. Kako se Početak liječenja definira u vašoj zemlji

3.2.5. Kako se Završetak liječenja definira u vašoj zemlji

3.3. Definicija Centara za liječenje

3.3.1. Kako se u vašoj zemlji definira Centar za izvanbolničko liječenje i koje su vrste ustanova uključene u takvu vrstu centra za liječenje

3.3.2. Kako se u vašoj zemlji definira Centar za bolničko liječenje i koje su vrste ustanova uključene u takvu vrstu centra za liječenje

3.3.3. Kako se u vašoj zemlji definira Jedinica za liječenje ovisnika u zatvorskom sustavu i koje su vrste ustanova uključene u takvu vrstu centra za liječenje

3.3.4. Kako se u vašoj zemlji definiraju Ostale vrste liječenje i koje su vrste ustanova uključene u takvu vrstu centara za liječenje

3.3.5. Postoje li druge ustanove za liječenje ovisnosti navedene u TDI protokolu koje u vašoj zemlji ne pružaju liječenje (npr: „low-threshold“ , liječnici opće prakse, itd.)

3.4. Karakteristike izvora podataka

3.4.1. Ime centra za praćenje

3.4.2. Metoda prikupljanja podataka

3.4.3. Definicija epizode liječenja

3.4.4. Bibliografske reference

3.5. Napomene

3.5.1. Napomene vezane uz metodološke informacije

4. Socio-demografske informacije

4.1. Status liječenja prema vrsti centra za liječenje

4.1.1. Svi koji ulaze u sustav liječenja, koji nisu nikad prije liječeni, koji su prethodno liječeni prema vrsti centra za liječenje (broj slučajeva – referentna tablica za ukupan broj)

4.1.2. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.2. Primarna droga prema vrsti centra za liječenje

4.2.1. Primarna droga prema vrsti centra za liječenje – svi koji ulaze u sustav liječenja

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

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

4.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.3. Primarna droga prema spolu

4.3.1. Primarna droga prema spolu – svi koji ulaze u sustav liječenja

4.3.2. Primarna droga prema spolu – nikad prethodno liječeni

4.3.3. Primarna droga prema spolu – prethodno liječeni

4.3.4. Srednja dob pri ulasku u sustav liječenja i pri prvom uzimanju i prosječan vremenski period do liječenja prema primarnoj drogi i spolu – sva liječenja

4.3.5. Informacije o dobnoj strukturi prema primarnoj drogi i dobi ulaska u sustav liječenja i dobi prvog uzimanja droge - sva liječenja

4.3.6. Srednja dob pri ulasku u sustav liječenja i pri prvom uzimanju i prosječan vremenski period do liječenja prema primarnoj drogi i spolu - nikad prethodno liječeni

4.3.7. Informacije o dobnoj strukturi prema primarnoj drogi i dobi ulaska u sustav liječenja i dobi prvog uzimanja droge - nikad prethodno liječeni

4.3.8. Srednja dob pri ulasku u sustav liječenja i pri prvom uzimanju i prosječan vremenski period do liječenja prema primarnoj drogi i spolu - prethodno liječeni

4.3.9. Informacije o dobnoj strukturi prema primarnoj drogi i dobi ulaska u sustav liječenja i dobi prvog uzimanja droge - prethodno liječeni

4.3.10. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.4. Primarna droga prema dobi

4.4.1. Primarna droga prema dobi – svi koji ulaze u sustav liječenja

4.4.2. Primarna droga prema dobi – nikad prethodno liječeni

4.4.3. Primarna droga prema dobi – prethodno liječeni

4.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.5. Primarna droga prema izvoru preporuke

4.5.1. Primarna droga prema izvoru preporuke – svi koji ulaze u sustav liječenja

- 4.5.2. Primarna droga prema izvoru preporuke – never prethodno liječeni
- 4.5.3. Primarna droga prema izvoru preporuke – prethodno liječeni
- 4.5.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.6. Primarna droga prema životnim uvjetima (s kim živi)

- 4.6.1. Primarna droga prema životnim uvjetima (s kim živi) – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 4.6.2. Primarna droga prema životnim uvjetima (s kim živi) – nikad prethodno liječeni
- 4.6.3. Primarna droga prema životnim uvjetima (s kim živi) – prethodno liječeni

4.7. Primarna droga prema životnim uvjetima (s djecom)

- 4.7.1. Primarna droga prema životnim uvjetima (s djecom)– sva liječenja
- 4.7.2. Primarna droga prema životnim uvjetima (s djecom)– nikad prethodno liječeni
- 4.7.3. Primarna droga prema životnim uvjetima (s djecom)– prethodno liječeni
- 4.7.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.8. Primarna droga prema životnim uvjetima (gdje)

- 4.8.1. Primarna droga prema životnim uvjetima (gdje)– svi koji ulaze u sustav liječenja
- 4.8.2. Primarna droga prema životnim uvjetima (gdje)– nikad prethodno liječeni
- 4.8.3. Primarna droga prema životnim uvjetima (gdje)– prethodno liječeni
- 4.8.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.9. Primarna droga prema stupnju obrazovanja

- 4.9.1. Primarna droga prema stupnju obrazovanja – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 4.9.2. Primarna droga prema stupnju obrazovanja – nikad prethodno liječeni
- 4.9.3. Primarna droga prema stupnju obrazovanja – prethodno liječeni
- 4.9.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.10. Primarna droga prema radnom statusu

- 4.10.1. Primarna droga prema radnom statusu – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 4.10.2. Primarna droga prema radnom statusu – nikad prethodno liječeni
- 4.10.3. Primarna droga prema radnom statusu – prethodno liječeni
- 4.10.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5. Informacije o načinima primjene droge

5.1. Primarna droga prema putu primjene

- 5.1.1. Primarna droga prema putu primjene – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.1.2. Primarna droga prema putu primjene – never prethodno liječeni
- 5.1.3. Primarna droga prema putu primjene – prethodno liječeni
- 5.1.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.2. Primarna droga prema učestalosti uzimanja

- 5.2.1. Primarna droga prema učestalosti uzimanja – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.2.2. Primarna droga prema učestalosti uzimanja – nikad prethodno liječeni
- 5.2.3. Primarna droga prema učestalosti uzimanja – prethodno liječeni
- 5.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.3. Primarna droga prema dobi prvog uzimanja

- 5.3.1. Primarna droga prema dobi prvog uzimanja – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.3.2. Primarna droga prema dobi prvog uzimanja – nikad prethodno liječeni
- 5.3.3. Primarna droga prema dobi prvog uzimanja – prethodno liječeni
- 5.3.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.4. Primarna droga prema godinama od prvog uzimanja

- 5.4.1. Primarna droga prema godinama od prvog uzimanja – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.4.2. Primarna droga prema godinama od prvog uzimanja – nikad prethodno liječeni
- 5.4.3. Primarna droga prema godinama od prvog uzimanja – prethodno liječeni
- 5.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.5. Droga prema ponašanju intravenskih korisnika

- 5.5.1. Droga prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.5.2. Droga prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – nikad prethodno liječeni
- 5.5.3. Droga prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – prethodno liječeni
- 5.5.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.6. Uporaba više vrsta droga

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

5.7. Primarna droga prema drugim (sekundarnim) drogama

- 5.7.1. Korisnici opijata (ukupno) kao primarne droge prema drugim (sekundarnim) drogama – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.7.2. Korisnici kokaina (ukupno) kao primarne droge prema drugim (sekundarnim) drogama – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.7.3. Korisnici stimulanata (koji nisu kokain) kao primarne droge prema drugim (sekundarnim) drogama – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.7.4. Korisnici kanabisa (ukupno) kao primarne droge prema drugim (sekundarnim) drogama – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.7.5. Korisnici drugih droga kao primarne droge prema drugim (sekundarnim) drogama – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 5.7.6. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6. Informacije o zdravstvenim posljedicama

6.1. HIV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika

- 6.1.1. HIV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 6.1.2. HIV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – nikad prethodno liječeni
- 6.1.3. HIV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – prethodno liječeni
- 6.1.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.2. HCV testing ponašanju intravenskih korisnika

- 6.2.1. HCV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 6.2.2. HCV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – nikad prethodno liječeni
- 6.2.3. HCV testiranje prema ponašanju intravenskih korisnika (bilo koja droga, bez obzira da li je primarna ili sekundarna) – prethodno liječeni
- 6.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.3. Dijeljenje igle/šprice prema statusu liječenja

- 6.3.1. Dijeljenje igle/šprice prema statusu liječenja
- 6.3.2. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.4. Primarna droga prema godinama od prvog injektiranja

- 6.4.1. Primarna droga prema godinama od prvog injektiranja – svi koji ulaze u sustav liječenja
- 6.4.2. Primarna droga prema godinama od prvog injektiranja – nikad prethodno liječeni
- 6.4.3. Primarna droga prema godinama od prvog injektiranja – prethodno liječeni
- 6.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.5. Korisnici koji primaju OST terapiju

- 6.5.1. Broj primatelja OST terapije prema OST statusu
- 6.5.2. Broj primatelja OST terapije prema primarnoj drogi i godinama od prve OST terapije
- 6.5.3. Metodološki komentari i interpretacija podataka

7. Dodaci

7.1 Zbirna tablica za usporedbu: Stari i novi stavci

Stari stavak	Novi stavak
Vrsta centra za liječenje	Prijavljeni podaci nisu više fokusirani na vrstu centra za liječenje
Datum liječenja mjesec	<u>Ne na EMCCDA razini</u>
Datum liječenja godina	Isto
Prethodno liječeni	U slučaju više epizoda liječenja <u>potrebno je prijaviti PRVU epizodu liječenja</u>
Izvor preporuke	Manje izmjene u kategorijama i redoslijedu
Spol	Isto (izmijenjena riječ)
Dob	Isto (izmijenjena riječ)
Godina rođenja	<u>Izostavljeno na EMCCDA razini</u>
Životni uvjeti (s kim)	Objašnjenje kategorija da bi se izbjeglo preklapanje
Životni uvjeti (gdje)	Objašnjenje i manje izmjene u jednoj kategoriji
Nacionalnost	<u>Izostavljeno na EMCCDA razini</u>
Radni status	Usklađenje s Eurostat klasifikacijom
Najviši završen obrazovni stupanj	Isto, detaljnija referenca prema ISCED klasifikaciji
Primarna droga	Isto, uz dodatak nekoliko supstanci relevantnih za korisnike droga u sadašnjoj situaciji
Već prima supstitucijski tretman	Slično, ali pojednostavljeno
Uobičajen put primjene	Isto
Učestalost uporabe (primarne droge)	Objašnjenje nekih kategorija
Dob prve uporabe primarne droge	Isto
Ikada/trenutno (u posljednjih 30 dana) injektirao drogu	Specifikacija nekih kategorija
Ostale (=sekundarne) droge koje se trenutno koriste	Isto, uz dodatak nekoliko supstanci važnih za korisnike droga u sadašnjoj situaciji
-----	Životni uvjeti; ima djecu
-----	Dob prvog intravenskog uzimanja
-----	Uporaba više vrsta droge
-----	Dob prve OST terapije
-----	HIV testiranje
-----	HCV testiranje
-----	Dijeljenje igle/šprice

7.2 Modul prevalencije liječenja

Ovaj modul je odvojen od rutinskog TDI prikupljanja podataka i nema nikakav praktičan utjecaj na TDI registraciju pri ulasku u sustav liječenja. Modul koji je nastavak rada započetog 2006. predstavlja 'posao u tijeku' koji će se i dalje razvijati u 2011. i 2012. u kontekstu EMCDDA strategije prikupljanja podataka o liječenju i analizi, koji će biti završen krajem 2012.

Koncept

Uz podatke o osobama koji ulaze u sustav liječenja (ili ponovno ulaze) od ovisnosti o drogama, podaci o prevalenciji liječenja će također uključiti korisnike koji se nalaze na liječenju tijekom godine, ali TDI ne generira njihov ulazak u liječenje jer se liječe kontinuirano od prethodne godine ili ranije. To će biti slučajevi A, B, C i D na dijagramu 5.1.

Ciljevi

Informacije o modulu o prevalenciji liječenja imaju dva cilja.

(1) Popraviti sliku populacije koja ima problem s drogama, čak i ako se smatraju stabiliziranim tijekom liječenja. Ti se korisnici mogu konceptualizirati na drugačiji način i s različitim implikacijama od problematičnih korisnika droga koji nisu stabilizirani tijekom liječenja, ali je još uvijek važno ocijeniti njihov broj i osnovne karakteristike. Vidi 'Dodatni izazovi TDI pokazatelja' na stranici 8.

(2) Pomoći procijeniti 'ukupan broj osoba u kontaktu s uslugama liječenja'. U nekim zemljama modul 'prevalencije liječenja' može biti dobra procjena tog ukupnog broja, dok je to u drugim zemljama relevantna komponenta, koja se mora dopuniti drugim metodama. Procjena ukupnog broja osoba u kontaktu s uslugama liječenja može se koristiti za procjenu 'pokrivenosti liječenja' (omjer svih ovisnika o drogama koji se nalaze u sustavu liječenja).

Opći pristup

U nekim zemljama, biti će moguće dobiti informacije o 'prevalenciji liječenja' bez potrebe dodatnog prikupljanja podataka, zbog elektronskih sustava s centralnom bazom podataka koja omogućuje određivanje trenutne situacije korisnika kao 'na liječenju/nije na liječenju'. U drugim zemljama moguće je provesti periodično prikupljanje podataka, dok, konačno, u preostalim zemljama takvo prikupljanje podataka neće u principu biti moguće, bar ne u kraćem vremenskom roku.

Prikupljanje podataka modula Prevalencija liječenja u početku će se razmatrati na dobrovoljnoj bazi i samo za one zemlje gdje je moguće dobiti informacije iz postojećih baza podataka bez dodatnog prikupljanja podataka. Prema informacijama raspoloživima u trenutku revizije TDI protokola, 17 EU zemalja ima nacionalnu TDI bazu podataka, a još neke zemlje imaju regionalne baze podataka. Moguće je da one sve nisu u mogućnosti automatski izračunati vrijednosti 'prevalencije liječenja', ali prema poslu obavljenom od 2006. godine može se očekivati da je veći broj zemalja u mogućnosti pružiti podatke, omogućujući na taj način procjenu cjelokupne situacije u Europi (EMCDDA, 2010.).

Slanje podataka o prevalenciji liječenja EMCDDA-u se planira svake treće godine, na posebnoj predlošku za izvještavanje.

7.2.1 Specifične definicije za Modul prevalencije liječenja.

Sve definicije TDI pokazatelja primjenjuju se u ovom modulu, osim ako nije određeno drugačije.

Status korisnika prema njegovoj/njenoj situaciji vezanoj uz liječenje za ‘Modul prevalencije liječenja

1. Korisnik nije nikad prethodno liječen =

Korisnik koji je započeo liječenje zbog problema ovisnosti u godini izvještavanja prvi put u životu.

2. Korisnik koji je liječen prije godine izvještavanja =

Korisnik koji je započeo liječenje zbog problema s drogom u godini izvještavanja, ali je u prethodnim godinama (jednu ili dvije godine prije) imao epizode liječenja koje su završile prije epizode liječenja koja je počela u godini izvještavanja.

3. Korisnik se liječi kontinuirano =

Korisnik koji je započeo liječenje u godini prije godine izvještavanja ili ranije i još se uvijek liječi u godini izvještavanja.

4. Korisnik s nepoznatim statusom =

Korisnik čiji je status nepoznat, jer ne postoji središnji registar ili se korisnik ne sjeća ili zbog nekog drugog razloga.

Kriteriji uključenja

- Svi korisnici koji ulaze u sustav liječenja u godini izvještavanja
- Korisnici koji su u sustavu liječenja u godini izvještavanja i koji nastavljaju liječenje iz prethodne godine ili ranije i koji ne započinju novo liječenje u godini izvještavanja što se registrira u TDI (radi izbjegavanja dvostruke registracije).

Kriteriji isključenja

- Korisnici koji su završili liječenje do 31. prosinca u godini prije godine izvještavanja i nisu se ponovno uključili u sustav liječenja u godini izvještavanja se ne uključuju
- Korisnici koji su napustili liječenje najmanje šest mjeseci prije 31. prosinca godine prije godine izvještavanja

Pretpostavlja se da su liječenja završila na dva načina:

- o Kad je liječenje službeno završilo i kraj liječenja je zabilježen u datoteci korisnika
- o Kad nema zabilježenog kontakta s korisnikom u zadnjih šest mjeseci: svi korisnici koji su imali zadnji kontakt sa službom liječenja 30. lipnja godine prije godine izvještavanja ili prije ne bi trebali biti uključeni u prikupljanje podataka.

Kraj liječenja

Vidi definiciju kraja liječenja u glavnom dijelu TDI Protokola verzija 3.0

7.2.2 Popis stavaka

Prema definiciji u Smjernicama za prikupljanje pilot podataka u 2008. postoje dvije vrste varijabli:

(a) Obavezne varijable; slijede ista pravila i metodološke specifikacije kao što je to predloženo općim TDI protokolom verzija 3.0 i to su:

- Broj korisnika droga
- Dob
- Spol
- Primarna droga

(b) Dragovoljne varijable su sve ostale varijable uključene u rutinsko TDI prikupljanje podataka koje se također mogu prikupljati za prevalenciju liječenja, koristeći obrasce za prikupljanje podataka o prevalenciji liječenja.

7.2.3 Metodologija prikupljanja podataka

Postoje dvije moguće i korištene metode za prikupljanje podataka o osobama koje ostaju u sustavu liječenja u godini izvještavanja. Te dvije metode su sljedeće:

(A) Rutinsko prikupljanje podataka o svim korisnicima u sustavu liječenja od 1. siječnja do 31. prosinca u godini izvještavanja i obično se obavlja automatski na temelju posebnih statističkih upita koji se provode na glavnom/regionalnom kompjuteriziranom registru).

(B) Popis korisnika koji su se našli na liječenju od ovisnosti o drogama 1. siječnja (ili neki drugi dan uz neophodne prilagodbe) u godini izvještavanja + svi korisnici koji su započeli liječenje u godini izvještavanja. Ova metoda se može provoditi posebnim skupljanjem podataka ili automatski na temelju odgovarajućih statističkih upita središnjem/regionalnom registru.

Može se koristiti bilo koja metoda (A) ili (B). Odabrana metoda prikupljanja podataka mora se jasno naznačiti u dijelu koji se odnosi na metodologiju. Predviđa se da zemlje ili regije s kompjuteriziranim registrima, koji su u mogućnosti odrediti status liječenja (u sustavu liječenja/nije u sustavu liječenja) korisnika tijekom vremena, mogu koristiti obje metodologije primjenom odgovarajućih algoritama u svojim bazama podataka.

U metodološkom dijelu informacija koje pojedine zemlje prijavljuju u ovom modulu, treba također navesti da li su izvori podataka isti kao i oni korišteni za rutinsko prikupljanje podataka za EMCDDA/TDI i jasnu referencu prema EMCDDA tablicama.

Dvostruko registriranje je potrebno izbjegavati: ako se korisnik pojavljuje dva ili više puta, potrebno je registrirati prvu epizodu liječenja.

U slučaju korisnika koji se nalazi u sustavu liječenja i ulazi u sustav liječenja u istoj godini izvještavanja, ali nakon završetka liječenja ili šest mjeseci nakon posljednjeg kontakta s liječenjem, prioritet se uvijek daje epizodi ulaska u sustav liječenja. Ti se podaci stoga također prijavljuju kao rutinski TDI podaci.

Referentni period je isti kao i onaj rutinskog TDI Protokola: 30 dana prije ulaska u sustav liječenja.

Jedini izuzetak je dob pri čemu je referentni period sljedeći:

1. za korisnike koji ulaze u sustav liječenja odnosi se na 30 dana prije ulaska u sustav liječenja
2. za korisnike u kontinuiranom sustavu liječenja:

—Ako se koristi metoda A, referentni period za izračunavanje dobi korisnika je 30. lipnja u godini izvještavanja (ili najbliži datum 30. lipnju o čemu postoji registracija); ako takav izračun nije moguć, referentni period bi trebao biti zadnja registracija korisnika. Datum koji se koristi za izračun dobi treba jasno naznačiti u metodološkom dijelu.

— Ako se koristi metoda B, referentni period je 1. siječanj godine izvještavanja.