

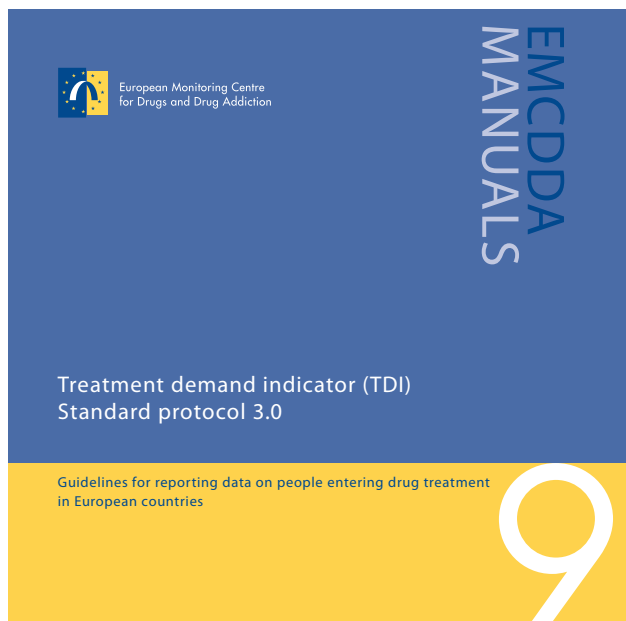


НАЦИОНАЛЕН ФОКУСЕН ЦЕНТЪР ЗА НАРКОТИЦИ И НАРКОМАНИИ
NATIONAL FOCAL POINT ON DRUGS AND DRUG ADDICTIONS

РЪКОВОДСТВО

Индикатор “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” (TDI) Стандартен протокол 3.0

Насоки за събиране и предоставяне на данни за лицата, започващи лечение във връзка с употребата на наркотици в европейските страни



Поредица “Методически материали”

София, 2013 г.

1

Ръководството е издание на Национален фокусен център за наркотици и наркомании. Това е първа книжка от поредицата “Методически материали”.

Ръководството е издадено за първи път на английски език със заглавие: *“Treatment demand indicator (TDI). Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries”* от Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*), 2012 г.

ISSN 1314-8427



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

Индикатор “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” (TDI) Стандартен протокол 3.0

Насоки за събиране и предоставяне на данни за лицата,
започващи лечение във връзка с употребата на наркотици в
европейските страни

Правни бележки

Настоящата публикация на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) е защитена с авторски права. EMCDDA не носи отговорност или задължения за евентуални последици от използването на съдържащите се в настоящия документ данни. Информацията, поместена в настоящата публикация не отразява задължително официалното становище на партньорите на EMCDDA, на държавите-членки на Европейския съюз или на която и да е друга институция или агенция на Европейския съюз.

Повече допълнителна информация за Европейския съюз може да се намери в интернет чрез сървъра Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct е услуга, която ви помага да намерите отговорите на вашите въпроси за Европейския съюз.

Единен безплатен телефонен номер (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Някои мобилни оператори не позволяват достъп до телефонните номера, започващи с 00 800, или тези обаждания могат да бъдат таксувани.

В края на изданието ще намерите неговите каталожни данни.

Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз, 2012 г.

ISBN 978-92-9168-507-3

doi: 10.2810/5285

Първа публикация на английски:

Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol, Version 3.0 – Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries

© Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите, 2012 г.

Възпроизвеждането е разрешено при посочване на източника.

Превод на български: Бойка Атанасова, 2013 г.



**Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите**

Cais Sodré, 1249-289 Лисабон, Португалия

Тел. (351) 211 210 200 • Факс: (351) 218 131 711

info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Съдържание

| | |
|--|----|
| Благодарности | 5 |
| Предговор | 7 |
| Глава 1: Въведение | 9 |
| История | 11 |
| Цел, предназначение и методически последици | 10 |
| Защо TDI: каква е неговата цел? | 10 |
| За какво служи събраната информация: какво е нейното предназначение? | 10 |
| Как се постига целта на TDI? | 11 |
| Какви са допълнителните предизвикателства, пред които е изправен TDI през последните години? | 13 |
| Прилагане на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”: | 13 |
| Общи принципи на TDI протокол 3.0 | 16 |
| Мониторинг и изследвания/ ad-hoc проучвания | 16 |
| Йерархия на потребностите от данни: от клинични данни до информация от значение за европейската политика | 16 |
| Докладване на данни и събиране на данни | 15 |
| Лица и епизод на лечение | 16 |
| Честота на лечението и разпространение на лечението | 16 |
| Промените в дефинициите и използване на данните от минали години | 16 |
| Глава 2: Насоки | 18 |
| Дефиниции | 18 |
| Дефиниция за случай | 18 |
| Лечение във връзка с употреба на наркотици | 19 |
| Начало на лечение | 20 |
| Край на лечение | 21 |
| Епизод на лечение | 22 |
| Лечебен център/програма | 23 |
| Основно проблемно вещество | 26 |
| Второ проблемно вещество | 27 |
| Проблемна употреба на няколко вида наркотични вещества (полиупотреба) | 27 |
| Тестуване за HIV или HCV | 29 |

| | |
|---|-----------|
| Споделяне на игли/спринцовки | 29 |
| Опиоидно субституиращо лечение (OST) | 30 |
| Списък на променливите | 31 |
| | |
| Глава 3: Методически и етични въпроси | 44 |
| Референтен период | 44 |
| Модел на употреба на наркотици | 44 |
| Обхват на данните | 44 |
| Качество на данните | 45 |
| Двойно преброяване | 46 |
| Етични въпроси и защита на данните | 46 |
| | |
| Приложения | 48 |
| | |
| Приложение I | 49 |
| Приложение II | 53 |
| | |
| Съкращения | 54 |
| | |
| Библиография | 55 |

Благодарности

Автори

EMCDDA

Линда Монтанари, Бруно Гуарита, Андре Ноор, Лукас Висинг, Филомена Гомеш, Дагмар Хедрих, Алесандро Пирона, Ролан Симон, Хулиан Висенте.

Външни консултанти

Майкъл Донмал, Великобритания

Дейвид Бест, Великобритания

Колин Тейлър, Великобритания

Външни експерти

Етиен Мафли, Швейцария

Сътрудници

TDI експерти, които са допринесли за развитието на този протокол с участието си в работни групи през 2008 г., 2009 г. и 2010 г., свързани с преразглеждането на TDI протокола

Елена Алварез, Испания

Шарън Арпа, Малта

Мартин Буш, Австрия

Ерик Иверсен, Норвегия

Йохан Кершбаум, Австрия

Сузи Лайънс, Ирландия

Виктор Мравчик, Република Чехия

Любомир Окрулица, Словакия

Антон В. Оувеханд, Холандия

Кристоф Пал, Франция

Тим Пфайфер, Германия

Януш Сиерославски, Полша

Марсис Трапенсиерис, Латвия

Момчил Василев, България

Сътрудничещи партньори

Експерти по страни (от експертната среща по TDI през 2010 г.)

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Йохан ван Бусел, Белгия | Роберта Гелел, Малта |
| Момчил Василев, България | Кирстине Марчанд-Аджус, Малта |
| Властимил Некас, Република Чехия | Мартин Буш, Австрия |
| Бела Студничкова, Република Чехия | Антон В. Оувеханд, Холандия |
| Клаудия Ранериес, Дания | Вил Куйперс, Холандия |
| Тим Пфайфер, Германия | Януш Сиерославски, Полша |
| Инго Кипке, Германия | Марта Стружик, Полша |
| Елена Алварез, Испания | Жозе Падуа, Португалия |
| Кайре Валс, Естония | Аурора Лефтер, Румъния |
| Делфин Белроуз, Ирландия | Ана Мария Теодоруску, Румъния |
| Анастасиос Фотиу, Гърция | Любомир Окрулица, Словакия |
| Кристоф Пал, Франция | Романа Стокел, Словения |
| Таня Бастианич, Франция | Туулма Ваананен, Финландия |
| Бруно Дженети, Италия | Роджър Холмберг, Швеция |
| Йоана Ясеми, Кипър | Барт Греен, Швеция |
| Марсис Трапенсиерис, Латвия | Майкъл Донмал, Великобритания |
| Ернестас Ясайтис, Литва | Грет Лойритцен, Норвегия |
| София Лопес Коста, Люксембург | Драгица Каталинич, Хърватия |
| Анна Пеферти, Унгария | Мехмед Акгун, Турция |
| Тамас Коос, Унгария | |

Предговор

Разбирането на характера и мащаба на проблема с наркотиците е от решаващо значение за ефективното разработване на политики и дейности. Като такъв, Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) използва различни методи за мониторинг и инструменти, които предлагат на страните "общ език", на който да тълкуват явленията "наркотици". Сред тези инструменти са петте основни епидемиологични индикатори, един от които е индикаторът "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" (TDI).

Целта на този индикатор, който е създаден през 2000 г. в резултат на работата на групата за сътрудничество за борба с употребата на наркотици и незаконния трафик (Група "Помпиду" на Съвета на Европа), е да се събере надеждна и сравнима информация за броя и характеристиките на употребяваните наркотици, представени за лечение в държавите-членки на Европейски съюз. Той осигурява мярка за търсенето на лечение, показва тенденциите в размера на проблемната употреба на наркотици и предоставя профили на проблемно употребяваните наркотици, като същевременно определя и начините на използване и разбиране на лечебните заведения.

Това ръководство представлява преработено издание на TDI протокол (версия 2.0). След 10 години събиране на данни на европейско ниво, използвайки този протокол, сега е необходима промяна, за да може индикаторът "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" да отразява по-добре промените, които са настъпили през този период не само в състоянието на употребата на наркотици, но също така и в системата за лечение, както и в националните и международните информационни системи.

Преработеният протокол (версия 3.0) представлява значителна стъпка напред за индикатора и създаването му стана възможно благодарение на координираните усилия и поетия ангажимент в продължение на повече от 2 години от националните TDI експерти и националните фокусни центрове заедно с EMCDDA.

Волфганг Гьоц

Директор, EMCDDA

ГЛАВА ПЪРВА

1

Глава първа

Въведение

История

Историята на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" (TDI) може да бъде проследена почти 20 години назад, когато е определен първият хармонизиран формуляр за събиране на данни. Целта на протокола е била да се осигури за специалистите и изследователите обща европейска методология за събиране и отчитане на основни данни за профила на употребяващите наркотици в контакт с лечебните заведения.

Основният набор от данни е построен въз основа на националния опит за събиране на данни в системата за лечение за употреба на наркотици, често вече съществуващ преди създаването на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици". В страните, където не е съществувала национална система за събиране на данни, TDI често се е приемал като минимален набор от данни за една по-разширена национална система за мониторинг на употребяващите наркотици, които са на лечение (European Addiction Research, 1999 г.).

Първият участник, който определя общ протокол за събиране на данни за хората, започващи лечение във връзка с употребата на наркотици, е Група "Помпиду" (PG), която координира проучвания на градско равнище (в Дъблин и Лондон през 1991 г.), проект за развитие в 11 града и създаването на европейска експертна група, която се събира няколко пъти, за да обсъди и съгласува методическите указания. Протоколът на Група "Помпиду" е публикуван през 1994 г. (Hartnoll, 1994 г.; Stauffacher и Kokkevi, 1999 г.) и за първи път е въведен на градско ниво и след това на национално ниво в страните от Западна Европа, а във втората фаза е въведен в страните от Централна и Източна Европа.

През 1994 г. е създаден Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) и той поема отговорността за събирането на европейските данни за търсенето на лечение.

Индикаторът за търсене на лечение 2.0 на EMCDDA/Група "Помпиду" (Simon и др., 2000 г.) е публикуван въз основа на преразглеждането на първия протокол на Група "Помпиду". Неговото публикуване е предшествано от оценка на приложимостта на методологията и събирането на данните (Origer, 1996 г.) и от оценка на националния опит на докладване на данни с помощта на TDI (Simon и Pfeiffer, 1999 г.).

От 2000 г. насам EMCDDA осъществява докладването на данните от държавите-членки на Европейски съюз (ЕС) и прие официални споразумения с тях с цел стимулиране и улесняване на събирането и докладването на данни от национално до европейско ниво.

Петте основни епидемиологични индикатори на EMCDDA, включително TDI, са официално приети от Управителния съвет на EMCDDA (Управителен съвет на EMCDDA, 2001 г.) и от Съвета на Европейския съюз през 2001 г. (CORDROGUE 67 Съвет на Европейския съюз, 2001 г.). В тези официални документи "държавите-членки на ЕС (...) се насърчават да осигурят наличието на информация за петте основни епидемиологични индикатори и за идентифициране и разрешаване на евентуални проблеми в изготвянето и разпространението на тази информация; Съветът призовава държавите-членки да дадат приоритет на изготвянето и разпространението на информация за петте основни епидемиологични индикатори в сравнима форма; (...) да предоставят на EMCDDA информация за петте основни епидемиологични индикатори в съответствие с насоките на EMCDDA (...); накрая, Съветът приканва държавите-членки и Комисията, в тясно сътрудничество с EMCDDA, да разгледат най-добрите начини и средства, по-специално от финансово естество, за подкрепа на изпълнението на петте епидемиологични индикатори (...)"

От 2001 г. насам събирането на данни и докладването се осъществяват и усъвършенстват в повечето от държавите-членки на ЕС, и данните за индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" се използват рутинно в анализите на EMCDDA за ситуацията с наркотиците в Европа (виж <http://and.www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tji>, 2011).

Цел, предназначение и методически последици

Защо TDI: каква е неговата цел?

Целта на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" е да събира информация по хармонизиран и сравним начин във всички държави-членки на ЕС за броя и профила на хората, започващи лечение във връзка с употребата на наркотици (клиенти) през всяка календарна година.

Въпреки, че името на индикатора е "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици", той събира информация за хората, които започват лечение. Това име ще се запази, тъй като индикаторът "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" е широко признат като инструмент за събиране и докладване на данни за хора, започващи лечение във връзка с употребата на наркотици в Европа и извън нея, като *индиректен индикатор* за ненаблюдаваното ниво на хората, които са потенциално нуждаещи се от лечение за употреба на наркотици.

TDI протоколът предписва, кои клиенти трябва да бъдат докладвани на европейско ниво, и минималния общ набор от елементи, които всяка национална система за мониторинг трябва да бъде в състояние да записва и докладва на EMCDDA за всеки клиент.

Всяка национална система за мониторинг на лечението за наркотици може да включва повече елементи, отколкото тези, които са определени в TDI протокола на EMCDDA, в съответствие с националните и местните информационни потребности. Също така, категориите на елементите, събирани на национално равнище, могат да бъдат различни от тези, които се изискват в TDI протокола, доколкото е възможно да се извърши надеждното им превръщане в категории на TDI (виж по-долу "Иерархия на потребностите от данни: от клинични данни до информация от значение за европейската политика").

За какво служи събраната информация: какво е нейното предназначение?

Основната цел на информацията, събрана от индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" е да се добие представа за характеристиките, рисковото поведение и начините на употреба на наркотици от хората с проблеми с наркотиците в общността, както и да се помогне да се оценят тенденциите в степента (разпространение и заболяемост) и начините на проблемната употреба на наркотици, в идеалния случай в комбинация с други индикатори за наркотици. Тази цел е от основно значение, тъй като тя определя критериите за включване/изключване в дефиницията за случай по TDI: случаите (клиентите, употребяващи наркотици), които следва да бъдат докладвани на EMCDDA, трябва да отразяват възможно най-много от характеристиките на проблемно употребяващите наркотици в общността.

Това може да се постигне най-добре чрез записване на информацията скоро след като употребяващият наркотици установи контакт с лечебното заведение, обикновено в момента на приемане/започване на лечението, след професионална оценка на характеристиките на клиента. За целите на индикатора, събраната информация за клиента следва да отразява възможно най-пълно неговите/нейните начини на употреба на наркотици, преди контакт с

лечебните центрове за употреба на наркотици; терапевтичните интервенции по отношение на клиента, извършени преди регистрацията, не трябва да имат никакво или само ограничено влияние върху записаната информация (например човек, който започва лечение, защото той/тя приема инжекционно хероин, може да бъде записан, че не употребява хероин и не се инжектира, ако събирането и докладването на данните се извършва, когато клиентът вече получава някаква терапевтична интервенция). Докладването на първо допускане до лечение през годината като цяло спомага за постигане целите на индикатора. В допълнение, информацията, събрана от индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” може да помогне (заедно с други индикатори и източници на информация) за оценка на някои параметри на самото лечение във връзка с употребата на наркотици (предоставяне, усвояване, обхват). Тези аспекти се разработват в момента в рамките на стратегията за мониторинг на лечението във връзка с употребата на наркотици.

Как се постига целта на TDI?

В центровете за лечение за наркотици обикновено се събира значително количество информация за клиентите. Тази информация се събира от професионалисти предимно за улесняване на терапевтичния процес, но също и за административни и управленски цели на местно ниво, както и за епидемиологични цели на местно, национално и международно ниво. До част от събраната информация няма достъп извън центъра за лечение, част от нея се предава на регионалните или националните органи, а малка част от информацията се събира на европейско ниво, следвайки процедурите и определенията на TDI протокола на EMCDDA.

Центрове за лечение за наркотици представляват основен източник на информация, за да се получи представа за употребата на наркотици и проблемната употреба на наркотици, тъй като проблемната употреба на наркотици трудно може да се определи и опише. Тя има относително слабо разпространение в повечето държави-членки на ЕС и често е социално заклеймявана, и следователно трудно може да бъде уловена.

Трябва обаче да се има предвид, че не всички проблемно употребяващи наркотици са в контакт с лечебните центрове. Някои употребяващи не могат да бъдат в контакт с каквито и да било лечебни заведения (например някои социално интегрирани, употребяващи кокаин или канабис, някои силно маргинализирани, употребяващи хероин) или пък могат да бъдат в контакт с лечебни заведения, които по различни причини не могат да събират информация от своите клиенти, или не я докладват на националните системи за наблюдение (например частни психиатри, уеб-базирани програми или, в някои страни, общопрактикуващи лекари или нископрагови програми).

Затова заключенията относно проблемната употреба на наркотици в общността въз основа на данни, събрани от индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”, трябва да се правят с повишено внимание, по-специално, когато промените са малки и/или са базирани на ограничен брой клиенти. В допълнение, наличието на услуги, промените в предоставянето на услуги и обхвата на системата за докладване трябва също да бъдат взети под внимание. Освен това, тълкуването на информацията от индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” може значително да бъде подпомогнато с данни от други индикатори (например смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, правоприлагащите индикатори) и ad-hoc проучвания (например качествени проучвания на улични проби, проучвания и доклади от други служби в областта на наркотиците, които не са обхванати).

Въпреки всички тези уговорки, в много държави-членки на ЕС индикаторът “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” докладва информация от значителен брой проблемно употребяващи наркотици (в някои случаи над 50% от общия приблизителен брой на проблемно употребяващите наркотици). Това прави индикатора силен и често основен

източник на информация за популацията от проблемно употребяващи наркотици. В страните, където значителен дял от популацията от проблемно употребяващи наркотици е заловен от докладванията по индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици", и начините на употреба, както и рискът за тези, които не са докладвани, не се различават съществено от тези, които са докладвани, основните констатации на индикатора може да се считат за стабилни, по-специално, ако наблюденията се извършват последователно в течение на времето. Когато се знае, че съществуват подгрупи от проблемно употребяващи наркотици с начини на употреба, както и риск, които се различават драстично от начините, наблюдавани с индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици", може да се наложи да се направят местни и целеви проучвания, за да се уллови тяхното поведение. Освен това, ако наличието на услуги и политиката на лечение остават без съществени промени през определен период от време, тенденциите, наблюдавани в индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици", могат да сигнализират важни изменения в проблемната употреба на наркотици (например промени в поведението на инжектиране, разширяване употребата на крех и т.н.).

Накрая, данните, получени чрез индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици", са съществен елемент на различни методики за оценка на разпространението на проблемната употреба на наркотици, обикновено основаващи се на комбинацията от бази данни, генерирани от различни лечебни заведения, използващи различни методи за изчисляване.

Какви са допълнителните предизвикателства, пред които е изправен TDI през последните години?

През последните 10 - 15 години, опиоидното субституиращо лечение се разшири драстично в много държави-членки на ЕС, въпреки че не във всички от тях. Лицата на лечение в тези страни са все по-голяма част от клиентите, които са започнали лечение за проблеми с хероин и са останали в опиоидно субституиращо лечение за дълъг период от време. Ето защо има значителен брой клиенти, включени в продължителна, дългосрочна субституираща терапия, които не са започнали повторно лечение. Клиентите на кокаин, амфетамини или канабис са по-малко засегнати от тази ситуация, но някои от тях могат да бъдат и в други форми на дългосрочно лечение.

Поради това нараства необходимостта да се изчисли броят на тези хора и модулът "Разпространение на лечението" е замислен и тестван в миналото, за да се направи оценка на броя и основните характеристики на тази група клиенти. Тази информация ще се събира в отделен доброволен модул и е все още във фазата на разработване в рамките на нова стратегия за събиране на данни за лечението, която ще включва наличието, организацията и качеството на лечението (стратегията на EMCDDA за мониторинг на лечението ще бъде финализирана до края на 2012 г.). Няколко страни в момента не са в състояние да набавят информацията, която ще бъде включена в този модул, тъй като се изисква система за проследяване, която позволява да се определи състоянието на всеки клиент "на лечение или не", като се има предвид, че индикаторът "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" е проектиран единствено да брой започналите лечение. В същото време, клиентите на продължаваща терапия (повечето от които са употребяващи опиоиди) са в особено положение, тъй като много от тях вече не употребяват незаконни опиоиди, въпреки че може да употребяват други наркотици. Тълкуване на тази информация за оценка на разпространението и начините на проблемната употреба на наркотици е особено сложно. Но дори и като се има предвид значението на това ново предизвикателство, основните цели на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" остават едни и същи, и най-вече се отнасят до оценката на броя и характеристиките на хората с проблеми, свързани с употребата на наркотици, които започват лечение за употреба на наркотици през календарната година.

Прилагане на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”

Данните от индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” се събират на национално ниво, често изминавайки дълъг път от центъра за лечение до регионалното ниво и от регионалното до националното ниво. След това данните се предават на националните фокусни центрове (НФЦ), които са националните агенции, определени от всяко правителство както организирано, отговорни за осигуряването на най-актуалната налична информация за наркотиците и наркоманиите. Националните данни от индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” се изпращат след това в агрегирана форма на EMCDDA в съответствие с формулярите за докладване на данни, съгласувани между НФЦ и EMCDDA.

От края на 90-те години на XX век до 2011 г. предоставянето на данни за търсене на лечение на EMCDDA се изпълнява в повечето европейски страни. През 2000 г. 15-те държави-членки на Европейския съюз докладват по индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” на EMCDDA, но попълването на данните и качеството на данните е променливо. Оттогава докладването на данните постепенно се разширява и значително се подобрява тяхното качество.

През 2010 г. EMCDDA е получил данни от 29 страни (27-те държави-членки на ЕС плюс Турция и Хърватия), а от 2011 г. Норвегия също ще изпраща своите данни на EMCDDA. Данните са докладвани на основа на TDI протокол 2.0 и се събират с помощта на онлайн инструмента Fonte¹.

Докладваните данни до 2011 г. обхващат главно централните за извънболнично и болнично лечение. През 10-те години на прилагане на инструмента в повечето страни се оказва трудно да се събира информацията от други видове лечебни центрове.

Повечето страни изпращат почти всички данни, изисквани от EMCDDA, но все още остават някои ограничения по отношение на специфични променливи, които могат да се променят в зависимост от страната. Данни се събират и в други видове лечебни заведения, като се полагат усилия да се разшири събирането на данни, където е възможно, и в други лечебни заведения, в които употребяваните наркотици представляват значителна група от клиентите.

Нивото на хармонизация е достатъчно добро, за да се даде възможност за сравняване на отделните страни, въпреки че трябва да се подхожда внимателно към интерпретацията на данните, поради разликите в системите за лечение във връзка с употребата на наркотици и променливостта в прилагането на някои дефиниции на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”.

През 2009 г. от държавите-членки на Европейския съюз е одобрена специална система за оценка на качеството на основните данни на индикаторите на EMCDDA, включително индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”, която се прилага въз основа на данните, отчетени за 2006 г. Системата е показала значителен напредък в прилагането на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” и съпоставимостта на данните, макар някои области все още да се нуждаят от допълнително подобрене.

През 2006 г. е направено полево изпитване на отделен модул на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” за докладване на данни за хора “в продължително лечение”. Събирането на данни е запазено като пилотно събиране на данни в продължение на няколко години. Сега е включено в настоящата версия на TDI протокола, като отделен модул, за да бъде доразвит и финализиран.

¹ “Фонте” е наименованието на онлайн инструмент, използван от EMCDDA за събиране на данни от европейските страни.

Индикаторът “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” все повече се използва през последните 10 години като пример и еталон за страните и международните организации извън Европа, чрез презентации и обучение; в някои случаи инструментите са приети като основно средство за събиране на данни за лечение във връзка с употребата на наркотици. Това се отнася най-вече за страните в процес на присъединяване към Европейския съюз, съседните страни на ЕС и други международни организации (например Интерамериканската комисия за борба със злоупотребата с наркотици).

Поддържа се редовно сътрудничество с глобални организации, работещи в областта на наркотиците (Служба на Организацията на обединените нации по наркотиците и престъпността (UNODC) и Световна здравна организация). През 2006 г. стартира съвместна публикация, посветена на събирането на данни за търсенето на лечение във връзка с употребата на наркотици, като част от поредицата на инструментариума на UNODC (UNODC, 2006 г.).

Въпреки че е постигнат голям напредък, все още съществуват някои ограничения в качеството на данните и е необходимо да се подобри събирането и докладването на данните за търсенето на наркотици, особено от европейска гледна точка.

Общи принципи на TDI протокол 3.0

TDI протокол 3.0 се основава на някои общи принципи, които следва да управляват докладването на данни на EMCDDA от отделните страни и анализа на данните на европейско ниво. EMCDDA и европейските експерти се споразумяха за следните принципи като основа за прилагане на TDI протокол 3.0.

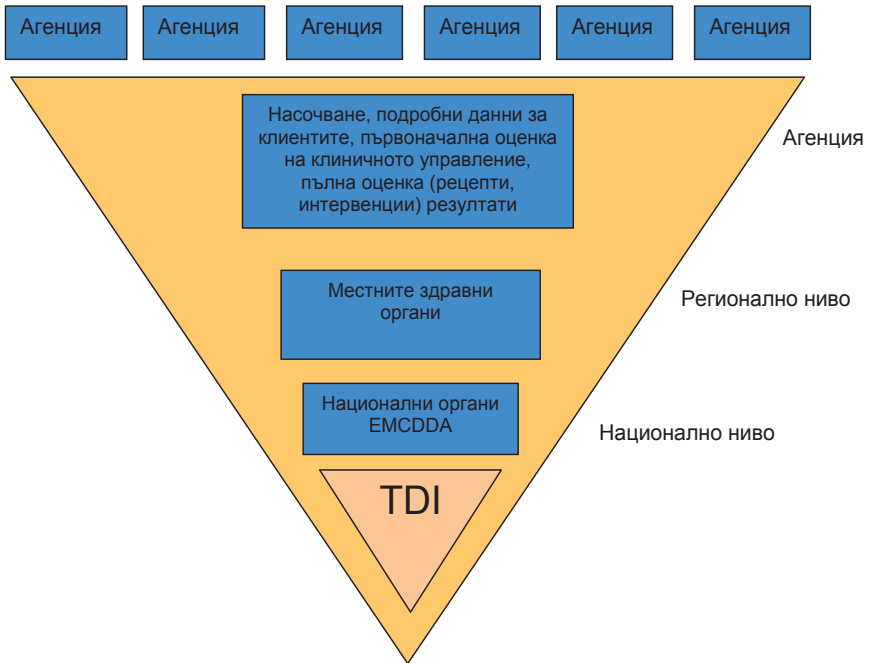
Мониторинг и научни изследвания/ad-hoc проучвания

Мониторингът на данните се различава от научните изследвания и ad-hoc проучванията, като включва събиране на данни за ограничен набор от информация по редовен и систематичен начин, позволяващ идентифицирането на промените във времето. Необходимостта от по-конкретна информация се решава по-добре чрез използване на специални проекти и изследвания. Индикаторът “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” може само да изследва основна информация и да ръководи по-нататъшни проучвания въз основа на общи констатации (например социалната изолация, начините на употреба на наркотици, оценката на резултатите). Изследователските проекти могат да се основават на въпроси, възникващи от индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”, но ще се изграждат на различни места и в различен формат и само от тези експерти, които се интересуват от по-задълбочен анализ.

Йерархия на потребностите от данни: от клинични данни до информация от значение за европейската политика

Винаги е важно да се направи ясно разграничение между потребностите за събиране на данни на различните нива: местно, регионално, национално и европейско. Информационните потребности са различни, тъй като нивото на детайлност, което е необходимо на различните нива, варира от подробна информация, събирана за клинични цели, до информация, полезна за планиране и оценка на интервенциите на ниво център за лечение, до данни за планиране на централните за лечение на местно ниво, до по-обща информация за регионални, национални и европейски планове в областта на наркотиците и за оценка на дългосрочните резултати (Donmall, 2003 г.).

Фигура 1: Събиране на данни чрез TDI – от местно до европейско ниво



Информацията на EMCDDA трябва да осигури минималния общ знаменател за докладване за всички страни. Събраните и/или докладваните данни могат да се различават на различните нива в зависимост от различните потребности.

Докладване на данни и събиране на данни

Събирането на данни и докладването на данни са две отделни действия, случващи се на различни нива и за различни цели.

Данните, докладвани от всяка страна на европейско ниво, са предварително определен набор от резултатите, получени от националните бази данни за лечение по индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици". Тези резултати обикновено могат да бъдат получени чрез модифициране на рутинните процедури за извличане на данни и могат да бъдат направени без да се променя TDI протокола и основните национални, регионални и местни бази данни, обикновено чрез промяна на рутинните процедури за извличане на данни. Адаптирането на формуляра за докладване на данни обаче може да изисква време, както и някои промени в софтуера съвместно с участващите партньори. Във фокуса на вниманието при докладване на EMCDDA по TDI протокол 3.0 вече не е типа на центъра за лечение; тази промяна по принцип не трябва да има последствия за събирането на данни на национално ниво.

Лица и епизод на лечение

Системата за докладване на данни за търсенето на лечение може да се основава на броя на епизодите на лечение, които дадено лице получава през определен период от време или на броя на лицата, които започват лечение във връзка с употребата на наркотици през определен период от време. Американската система за мониторинг на лечението във връзка с употребата на наркотици, Агенцията за психично здраве и злоупотреба с наркотични вещества (SAMHSA), например, записват епизодите на лечение, които дадено лице е инициирало в продължение на една година.

От друга страна, TDI протокол 3.0 се основава на докладването на информация за всяко лице започнало лечение по време на календарната година, и не брои едно лице повече от веднъж по време на периода. Ако дадено лице е преминало през повече от един епизод на лечение по време на отчетната година, се докладва само един случай.

Епизодът на лечение се определя като "период на обслужване между началото на лечение във връзка с употребата на наркотици (...) и прекратяването на услугите за предписания план за лечение" (SAMHSA, 2009 г.), което също означава, че "клиентът може да получава една или повече интервенции за лечение или видове лечения по време на един и същ епизод на лечението. Клиентът може да има повече от един епизод на лечение в рамките на една година (Manchester University, 2010 г.). Затова TDI протокол 3.0 определя това, което се счита за "епизод на лечение" за целите на докладването по индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" в раздела за "дефиниция на случай" (виж по-долу).

Този принцип е от значение както на национално, така и на европейско ниво. На национално ниво методите за контрол и избягване на двойното преброяване следва да се прилагат на територията на страната върху информационната система в областта на наркотиците. На европейско ниво принципът предполага, че цифрите, които се отнасят за различни групи клиенти, ще бъдат обобщени в една-единствена обща цифра.

Честота на лечението и разпространение на лечението

Индикаторът "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" има за цел да улови ситуацията на клиентите в момента на започване на лечението им, като се търси най-доброто приближение до характеристиките на лицата като проблемно употребяващи наркотици.

През последните две десетилетия броят на клиентите, които остават на лечение в продължение на няколко години, особено в контекста на дългосрочното поддържащо лечение с опиоиди, непрекъснато нараства в Европа. През 2006 г. това започва да се документира чрез разработване на модул за "разпространение на лечението".

Модулът е отделен от рутинното събиране на TDI данни и няма никакви практически последици за регистрацията по индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" на започващите лечение. Модулът е в процес на разработка и е представен в Приложението. Той ще бъде финализиран в рамките на и в сътрудничество със Стратегията за мониторинг на лечението на EMCDDA до края на 2012 г.

Промените в дефинициите и използване на данните от минали години

Промените в някои дефиниции в TDI протокол 3.0 може да имат известно въздействие върху докладваните данни. Що се отнася до миналите данни, от страните не се изисква да докладват нови данни за предходни години. От вече направения анализ не изглежда, че въздействието на промените върху крайните резултати е значително в повечето страни; все пак това въздействие ще бъде внимателно разгледано.

ГЛАВА ВТОРА

2

Глава втора

Насоки

Дефиниции

Дефиниция за случай

Случай е клиент, който започва епизод на лечение за употреба на наркотици² в център за лечение³ през календарната година: от 1 януари до 31 декември поради проблеми, създадени от употребата на наркотици.

Клиентът трябва да бъде докладван само веднъж през календарната година, ако по някаква причина клиентът е регистриран повече от веднъж на национално ниво дублирането трябва да бъде отстранено, доколкото е възможно, в съответствие със съществуващите технически средства на национално ниво за докладване на EMCDDA. Трябва да бъде докладван първият епизод на лечение през годината.

Цел

Да се определят по надежден начин хората с проблеми с наркотиците, които започват лечение, и да се направи оценка на техните проблеми, модели на употреба на наркотици, здравни и социални рискове, с цел да се използва информацията като индикатор на проблемните начини на употреба на наркотици и тенденциите.

Критерии за включване

- Лице, което е започнало лечение във връзка с употребата на наркотици (както е определено по-долу в рамките на определението за лечение във връзка с употребата на наркотици) между 1 януари и 31 декември.
- Ако лицето е започвало лечение повече от веднъж през отчетната година, на EMCDDA трябва да бъде докладван само първият епизод на лечение (виж по-долу дефиницията на епизод на лечение).

Критерии за изключване

- Лице, което е установило контакт с център за лечение от името на употребяващо наркотици лице, но самото то не употребява наркотици.
- Лице с проблеми, дължащи се на личната му връзка с употребяващо наркотици лице, но самото то не употребява наркотици.
- Лице, което вече е било докладвано един път в същия център или в друг център през календарната година.
- Лице, което започва терапия/процедура паралелно с провежданото лечение. Това може да бъде компонент на лечението, който вече е бил докладван (през годината)

² Виж по-долу дефиницията за лечение във връзка с употребата на наркотици и епизод на лечение за целите на настоящия протокол.

³ Виж по-долу дефиницията за център за лечение за целите на настоящия протокол.

или в предишни години), като например психотерапия успоредно с протичащо опиоидно субституиращо лечение, или допълнително лечение.

- Лице, което започва терапия/процедура като продължение на провежданото лечение, което вече е докладвано (през годината или в предишни години), като например стационарна детоксикация поискана след две години на субституираща терапия.

Методически съображения

Препоръчително е да се избягва, когато е възможно, двойното преоброяване на един и същ клиент на различни нива и в съответствие със съществуващите технически средства на национално равнище: между региони или географски области/области на юрисдикцията на една и съща страна, между центровете за лечение, включително тези от различен тип и в рамките на един и същ център. За да се избегне преброяването на един и същ клиент повече от веднъж през отчетната година, технически идеалното решение би било да има централен национален регистър на клиентите, употребяващи наркотици, като всеки клиент притежава уникален идентификационен номер, който би позволил отстраняване на дублиранията, когато данните се докладват. Но идеална техническа възможност не е налице в редица страни поради административни, икономически или юридически причини. В тези страни трябва да бъдат въведени осъществими процедури, за да се сведе до минимум евентуалното двойно преброяване на случаите. Най-приемливият основен вариант е организацията, провеждаща лечението, да извърши вътрешна проверка (в рамките на един и същ център за лечение), за да се види дали е имало предишни лечения. Въпреки това, в допълнение може да бъде необходимо да се попита клиента дали някога е бил включван в лечение преди това, тъй като той може да е бил лекуван в други центрове през същия период. Допълнителна опция, въведена в някои страни, е контролирането на двойното отчитане на регионално ниво чрез регионални системи за докладване и бази данни. По този начин биха се избегнали повечето случаи на двойно отчитане, тъй като административната организация на здравните и социалните услуги в много страни затрудняват едновременното включване в лечение в различни региони (виж също "Двойно преброяване" в Глава 3).

Графичното представяне е дадено в Приложение I.

Лечение във връзка с употребата на наркотици

Лечението във връзка с употребата на наркотици се определя като дейност, пряко насочена към хората, които имат проблеми с употребата на наркотици за постигане на определени цели с оглед облекчаване и/или отстраняване на тези проблеми, предоставяна от опитни или акредитирани специалисти, в рамките на призната медицинска практика, психологическа практика или социална помощ.

Тази дейност често се извършва в специализирани заведения за употребяващи наркотици, но може да се проведе и в общи заведения, които предлагат медицинска/психологическа помощ на хора с проблеми с наркотиците (виж също "Център за лечение").

Цел

Това определение е доста широко, за да може да включва широк спектър от различни потребители с проблеми, свързани с употребата на наркотици. Следва да се припомни, че целта на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" е основно епидемиологична и е насочена към събиране на информация за хора със значителни проблеми с наркотиците.

Критерии за включване

- Интервенции, чиято основна цел е детоксификация
- Интервенции, чиято основна цел е абстиненция
- Субституиращо лечение
- Специализирани/структурирани по-дългосрочни програми за наркотици
- Интервенции, насочени към намаляване на вредите, свързани с наркотиците, ако са организирани в рамките на планираните програми
- Психотерапия/консултиране
- Структурирано лечение със силен социален компонент
- Медицински подпомогнато лечение
- Немедицински интервенции, включени в планираните програми
- Специфично лечение в местата за лишаване от свобода за употребяващите наркотици.

Критерии за изключване

- Спорадични интервенции, които не са включени в планираната програма
- Контакти, в които употребата на наркотици не е основната причина за търсене на помощ
- Контакти с общите заведения, свързани с искания само за социална помощ
- Контакти само по телефона или чрез писмо
- Контакти с членове на семейството или други лица, които са различни от лицето, употребяващо наркотици
- Лишаване от свобода, само по себе си
- Лечение само по интернет
- Услуги, предоставящи само обмен на игли.

Методически съображения

Данните трябва да бъдат възможно най-пълни; това означава, че всички налични данни за лица с проблеми с наркотици, започващи лечение по посочените по-горе критерии за включване, трябва да бъдат докладвани.

Начало на лечение

За начало на лечението се счита най-ранният формализиран контакт лице-в-лице между клиента и центъра. По време на този контакт, трябва да бъде възможно да се идентифицира клиента (за избягване на двойното преброяване) и да се направи оценка на характеристиките и потребностите на клиента, свързани с проблема с наркотиците.

В зависимост от типа на центъра за лечение тези изисквания трябва да бъдат изпълнени след първите контакти – евентуално от един до три контакти – между клиентите и терапевта (в допълнение към възможен контакт с административния персонал).

Предлага се примерен критерий за до три контакти лице-в-лице, но страните следва да имат възможност да прилагат известна гъвкавост в съответствие с техните практики на докладване. В методическата информация е важно да се уточни, когато клиентът е регистриран да бъде докладван в данните на EMCDDA.

Ако клиентът започне повече от едно лечение през отчетната година, само първия епизод на лечението трябва да бъде докладван на EMCDDA, както е посочено по-горе.

Цел

Данните, докладвани за първите контакти между центъра за лечение и клиента, имат за цел получаването на най-новата информация относно социалния профил на клиента, употребяващ наркотици, и неговите модели на употреба на наркотици в периода преди началото на лечението.

Критерии за включване

- Клиент, който има контакти лице-в-лице с центъра за лечение на един първоначален етап на лечението (обикновено между един и три контакти).

Критерии за изключване

- Контакти, настъпващи на по-късен етап от лечението (обикновено след третия или повече контакти между центровете за лечение и клиента).
- Контакти различни от контактите лице-в-лице (телефон, интернет и т.н.).

Методически съображения

Процедурите за записване се различават в отделните страни. Тази променлива трябва да осигури определена хармонизация в процедурата за записване в различните страни и трябва да гарантира, че основните данни за клиента могат да бъдат записани.

Броят на контактите с клиента, които позволяват на страните (центровете за лечение и т.н.) да докладват данните в TDI протокола, следва да се уточни в методическата информация.

Виж също Таблица 1: Дефиниция за случай - графично описание, в Приложение I.

Край на лечение

Лечението се счита за приключило, когато е налице официално приключване (договорено или не), или когато клиентът спре да посещава центъра за лечение или почине.

Причините за края на лечението ("край на лечението") могат да бъдат свързани с отпадане от лечението, смърт, изрично решение за отказване от лечението от страна на клиента или прекратяване на създадената от центъра програма за лечение (виж също модул „Разпространение на лечението“).

Цел

TDI протоколът се фокусира върху "започване на лечението" и няма за цел да събира данни за края на лечението. Събиране на данни за края на лечението е необходимо по две оперативни причини:

- Краят на лечението е пряко свързан с дефиницията за случай по TDI и решението кога следва да бъде направено записване на последващо лечение. Оценката дали е завършено предишното лечение се прави в момента на започване на всяко лечение.
- Информацията за края на лечението е свързана с модула "Разпространение на лечението"; тя дава възможност за идентифициране на клиентите, които все още са включени в лечението от една година към следващата или са приключили лечението по някаква причина.

Поради тази причина информацията относно края на лечението не се стреми да измери резултата от лечението, а само да се прецени дали един човек все още трябва да бъде докладван като клиент, включен в лечение, или не.

Критерии за включване

Лечението се счита за приключило, когато:

- клиентът е освободен от специалист;
- клиентът изрично е решил да приключи лечението;
- центърът/специалистът решава да прекрати лечението по причини, които не са свързани с приключване на лечението, но по други причини, като например несъобразяване с лечението, нарушаване на правилата и др.;
- клиентът умира;
- клиентът няма никакъв контакт с центъра за лечение. Препоръчително е да се счита едно лечение за приключило след шест месеца липса на контакт между клиента и центъра за лечение. Страните се различават значително в определението на края на лечението и ако те имат различен срок за разглеждане на клиента като излязъл от лечение (отпаднал), лечението може да се счита за приключено съгласно националните правила. Страните трябва да посочат времето за край на лечението в методическите спецификации.

Критерии за изключване

Лечението не се счита за приключено, когато:

- клиентът се придвижва в системата за лечение от един център към друг център, защото е насочен в рамките на един и същ епизод на лечение (понякога се нарича "споделена грижа");
- клиентът завършва една терапевтична дейност и започва нова терапевтична дейност като част от един и същ епизод на лечение;
- клиентът все още има контакти с центъра за лечение в рамките на период от шест месеца или по-малко (в съответствие със срока за отпадане от лечението, определен от националните правила).

Методически съображения

Страните трябва да посочат в методическата информация, какъв е срокът за разглеждане на клиента като отпаднал от лечението. Доколкото е възможно трябва да се следва правилото за шест месеца.

Епизод на лечение

Епизодът на лечението се определя като "период на обслужване между началото на лечението във връзка с проблем с наркотик (...) и прекратяването на услугите за предписан план за лечение".

Лечение във връзка с употребата на наркотици е сложен процес, и често различни терапевтични дейности/процедури трябва да бъдат извършени успоредно или последователно, понякога в продължение на дълъг период от време (например консултиране, психотерапия, субституиращо лечение, други фармакологични терапии, извънболнична или болнична детоксификация, по-продължителна резидентна грижа...). "Клиентът може да участва в една или повече модалности/интервенции (или видове) на лечение по време на един и същ епизод на лечение. Клиентът може да има и повече от един епизод в една година" (Manchester University, 2010 г.) (SAMHSA, 2009 г.)

Цел

Да се определи кога даден клиент преминава през един и същ процес на лечение и последователно да се определи дали е необходимо или не клиентът да бъде отчетен отново за целите на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици".

Критерии за включване

- Всички дейности/процедури, предоставени на клиента, за да се справи с проблема с наркотиците, поради който е започнал лечение, доколкото са направени организирано/планирано. Тези дейности могат да бъдат предоставяни в продължение на дълъг период от време в същите или в различни отделения или лечебни центрове. Те могат да следват първоначално установения план или могат да бъдат променени според нуждите и развитието на клиента.
- Ако процесът на лечение е официално завършен или клиентът е отпаднал от лечението⁴ и в следствие клиентът отново е допуснат до лечение се извършва уведомление за допускане до нов епизод на лечение.

Критерии за изключване

- Единична дейност в рамките на набор от планирана/организирана верига от интервенции не се счита за епизод на лечение.

Лечебен център/програма

Център/програма за лечение за употреба на наркотици е всяко заведение, което осигурява лечение във връзка с употребата на наркотици, както е посочено по-горе, за хора с проблеми с наркотици. Центровете за лечение могат да бъдат специализирани центрове с акцент върху лечението на употребяващите наркотици, или да са включени в по-големите центрове, насочени към различни групи клиенти (например пациенти с психични проблеми, употребяващи алкохол и др.). Те могат също така да бъдат базирани в центрове, които са медицински или немедицински, правителствени или неправителствени, обществени или частни.

⁴ Виж определението за край на лечение

Цел

Да се идентифицират широк спектър от заведения, в които даден клиент може да започне лечение, независимо от вида на получените интервенции. Тъй като целта на индикатора е идентифициране на клиентите с проблеми с наркотици, типът на заведението не е определящ фактор.

Както подробно е обяснено в методическите съображения по-долу, важно е да се подчертае, че за предходния TDI протокол версия 2.0 подробните данни бяха докладвани по типа на центъра за лечение. В настоящата версия на протокола, данните ще бъдат докладвани в една форма.

Типът на центъра за лечение няма да бъде във фокуса на докладването на данните. Във формулярите за докладване ще има само няколко таблици, където трябва да бъде докладвано разпределението по тип на центъра за лечение.

Центрове, които подлежат на включване

В индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" са определени следните типове центрове за лечение :

- центрове/програми за извънболнично лечение;
- центрове/програми за болнично лечение;
- лечебни звена в затвора/програми;
- общопрактикуващи лекари;
- нископрагови агенции/програми;
- други типове лечебни центрове/програми (моля, уточнете кои типове центрове/програми).

Дефиниции на типовете центрове за лечение

(а) центрoвете за извънболнично лечение се определят като лечебни заведения, в които клиентите са лекувани през деня (и не остават през нощта). Те включват обществени или частни центрове/клиники, които може да са отворени вечерта, но не и през нощта.

(б) центрoвете за болнично лечение се определят като центрове, в които клиентите могат да прекарат нощта. Те включват терапевтични общности, частни клиники, болнични отделения и центрове, които предлагат условия за настаняване. Клиентите трябва да бъдат докладвани като клиенти, постъпващи в центрове за болнично лечение, когато първите контакти между клиента и центъра настъпват в центрове за болнично лечение и TDI данните са регистрирани в тези лечебни заведения.

(в) Лечебните звена в затвора се определят като служби, които осигуряват специфични услуги на лишени от свобода поради проблемите им с наркотици. Те могат да включват:

- специализирани звена за лечение във връзка с употребата на наркотици с отделено за целта физическо пространство в затвора;
- специалисти (вътрешни или външни по отношение на затвора), които предоставят пакет от интервенции с цел лечение или намаляване на проблемите, свързани с наркотици, на употребяващите наркотици в затвора.

(г) Общопрактикуващите лекари са лекари, които лекуват остри и хронични заболявания и осигуряват профилактика и здравно образование за всички възрасти и от двата пола. Те могат да лекуват употребяващите наркотици за техните проблеми с наркотици, в някои случаи съвместно с извънболничните и болничните центрове за лечение във връзка с

употребата на наркотици, а някои от тях може да имат специално обучение за лечение на употребяващите наркотици.

(д) нископраговите агенции са центрове/програми, предназначени за предотвратяване и намаляване на вредите за здравето, свързани с наркотичната зависимост, по-специално заболяемостта от пренасяните по кръвен път вирусни инфекции и свръхдозите, и за насърчаване на активно употребяващите наркотици да се свържат със здравни и социални служби.

(е) други типове центрове за лечение са всички лечебни заведения, които осигуряват лечение за употреба на наркотици, както е определено по-горе. В случай на използването на категорията "други типове лечебни заведения", типът на лечебното заведение, което докладва данните, трябва да бъде описан и уточнен в методическите спецификации.

Центрове/програми, които следва да бъдат изключени

- Всякакъв друг тип лечебни заведения, когато не са включени в лечение за употреба на наркотици, както е определено по-горе (дефиниция на лечението)
- Центрове/програми само за разпространение на информация
- Центрове/програми, свързани само с обмен на игли/спринцовки
- Спорадичните интервенции, насочени към употребяващите наркотици в затвора, не са включени (например информация, предоставяне и обмен само на игли и т.н.), както е определено в критериите за изключване от лечение във връзка с употребата на наркотици
- Стаи за спешна медицинска помощ
- Общи заведения за социални грижи, които не са насочени към лечение във връзка с употребата на наркотици.

Методически съображения

Данните ще се докладват на EMCDDA с акцент върху самите клиенти, техните характеристики и начини на употреба на наркотици, по-специално основното проблемно вещество. Центърът/програмите за лечение, който по-рано беше основната стратификация при докладването, ще бъде само една от докладваните променливи. Насочването на фокуса върху клиентите е свързано с няколко причини:

- Целта на показателя е епидемиологичен и акцентът е върху броя и характеристиките на клиентите, потърсили лечение във връзка с употребата на наркотици, като косвен индикатор за проблемната употреба на наркотици.
- 10-те години, през които се събират данни в ЕС, показват, че 80% от клиентите, докладвани на EMCDDA, са започнали лечение в извънболнични центрове, докато другите типове центрове (с изключение на затворите) обикновено не са място на започване на лечение, но се използват в следващите фази на програмата за лечение.
- В редица страни общопрактикуващите лекари, ниско праговите служби и други видове източници за лечение или не играят съществена роля в предоставянето на лечение в случай на употреба на наркотици, както е определено в протокола (въпреки че те могат да предоставят много ценна помощ на употребяващите наркотици), или не е възможно да се събират данни от тези източници. Достъпни са само данните от няколко страни, което затруднява анализването им на европейско ниво.

- Само няколко конкретни анализи по тип на центровете за лечение са полезни. Трудно е да се направи подробно сравнение по тип на центровете за лечение, което се дължи на националните различия в организацията на лечението.

Основно проблемно вещество

Основното проблемно вещество се определя като наркотичното вещество, което причинява на клиента най-много проблеми и започване на лечение. То обикновено се основава на искане, отправено от клиентите и (или) на диагноза, направена от терапевт, който най-често е използвал международни стандартни инструменти (например ICD-10; DSM-IV⁵, ASI), или на клинична оценка. Този показател е от основно значение и трябва да се събира за всеки клиент.

Цел

Да се идентифицира основният проблем на клиентите с наркотиците, като се направи оценка на техния профил и тенденции с течение на времето в начините на употреба на наркотици. Тази променлива позволява да се съхранява информацията по най-важните проблеми за употребяващите наркотици от епидемиологична гледна точка.

Критерии за включване

- Основното проблемно вещество е наркотичното вещество, което води до най-сериозните проблеми (здравни, умствени, социални и др.) за клиента.
- Основното проблемно вещество е основната причина, поради която клиентът е започнал лечението.
- Основното проблемно вещество може да включва всяко наркотично вещество, с което клиентът е злоупотребил, а не е използвал в съответствие с лекарско предписание.
- Основното проблемно вещество включва всяко наркотично вещество, посочено в списъка на основните наркотични вещества, даден по-долу.

Критерии за изключване

- Алкохолът може да се регистрира единствено като второ проблемно вещество след основното проблемно вещество (виж Раздел “Второ проблемно вещество”)
- Тютюн
- Всички психоактивни лекарства и наркотични вещества, използвани изключително за лечение по лекарско предписание и в съответствие с медицинската практика.

Методически съображения

Определянето на основното проблемно вещество трябва да се основава на диагностициране, направено от специалист, както и показанията на клиента.

Критериите за избор на основно проблемно вещество не са се променили и са в съответствие с критериите за докладване на данни, включени в TDI протокол 2.0. Сега само е добавена нова променлива за употребата на няколко наркотични вещества с цел предоставяне на допълнителна информация.

⁵ Необходимо е да се отбележи, че DSM-IV е в процес на преразглеждане и преработената версия - DSM-V - следва да бъде достъпна в близко бъдеще.

Ако не е известно точното наркотично вещество (например амфетамини или MDMA и производните му), следва да бъде записана генеричната категория (например стимуланти, различни от кокаин).

Категорията "Не е известно" трябва да се използва по изключение.

Второ проблемно вещество

Второ проблемно вещество може да бъде всяко наркотично вещество, което се използва като допълнение към основното проблемно вещество и причинява проблеми за клиента и/или променя естеството на оценения проблем от страна на клиента и на терапевта.

Цел

Да се идентифицират други наркотични вещества, които причиняват проблеми за клиентите.

Критерии за включване

- Всички наркотични вещества, които могат да причинят проблеми за здравето и социалното състояние на клиента, но не са идентифицирани като основно проблемно вещество.
- Алкохол.

Критерии за изключване

- Тютюн.
- Вещества, които се използват от клиентите, но не причиняват проблеми за състоянието им.
- Лекарства, използвани по лекарско предписание и в съответствие с медицинската практика.

Методически съображения

Вторите проблемни вещества трябва да бъдат вещества, употребявани от клиентите и създаващи им проблеми. До четири от тях трябва да бъдат докладвани на EMCDDA. Все пак страните имат различни процедури и могат да описват различен брой втори проблемни вещества. Затова е необходимо да се посочи колко вещества са записани за всеки клиент в методическата информация.

Проблемна употреба на няколко вида наркотични вещества (полиупотреба)

Информацията за проблемна употреба на няколко вида наркотични вещества е допълнителна по отношение на информацията за основното проблемно вещество. Наличието на проблем на полиупотреба винаги трябва да се оценява след като се определи основното проблемно вещество, следвайки насоките и конкретните процедури.

Цел

Променливата за проблемна употреба на няколко вида наркотични вещества има за цел да прецени дали клиентът е проблемен потребител едновременно на повече от едно наркотично вещество по начин, който прави много трудно определянето на едно основно проблемно вещество. Това понятие трябва да се използва много ограничено, както в ICD-10,

който определя употребата на няколко вида наркотици като множествена употреба на наркотици, която следва да се използва, "когато е известно, че са включени две или повече психоактивни вещества, но е невъзможно да се прецени кое вещество допринася най-много за зависимостта". В основата си решението е клинично и трябва да се използва ограничено.

Критерии за включване

- Клиенти, които показват модел на употреба, при който няколко вещества предизвикват едновременно значителни проблеми на клиента и е много трудно да се определи кое е основното проблемно вещество.
- Тази информация трябва да се събира само след като е определено основното проблемно вещество както по-рано по протокол 2.0, дори и с известните затруднения в някои случаи. Трябва да продължат да се прилагат съществуващите правила и процедури за избор на основно проблемно вещество.

Критерии за изключване

- Клиенти, които използват само едно наркотично вещество
- Клиенти, които използват повече от едно наркотично вещество, но само едно от тях създава проблеми
- Клиенти, които използват повече от едно наркотично вещество, причиняващо проблеми, но не е възможно да се идентифицира с известна увереност, кое от наркотичните вещества причинява повече проблеми.

Методически съображения

Употребата на множество наркотични вещества сама по себе си не представлява проблемна употреба на няколко вида наркотици за целите на TDI протокола. Клиентът се определя като проблемно употребяващ няколко вида наркотични вещества, когато повече от едно наркотично вещество създава проблеми систематично на клиента по начин, който прави трудно ясното определяне на наркотичното вещество, причиняващо повече проблеми.

Обосновка на подхода, възприет в TDI протокол 3,0

Употребата на няколко вида наркотици може да се концептуализира по различни начини, включително и използването на различни вещества за един и същ период от време (например през последните 30 дни), но без съответно фармакологично взаимодействие, или може да означава едновременно използване на няколко вещества, смесени помежду си (например хероин и кокаин в една и съща инжекция), или в рамките на кратък период от време. Също така, може да означава редовно заместване на едно вещество с друго в зависимост от наличността (например опиоиди и бензодиазепини).

Простата замяна на понятието „основно проблемно вещество“ може да означава много висок риск от основни различия в събирането и докладването на данни от страните, което не позволява сравняването на данните и прави почти невъзможно тълкуването им. Освен това, съществува значителен риск от пълно прекъсване на сравнимостта на данните във времето. Някои страни, които се опитаха да осъществят събиране на данни за няколко вида наркотични вещества се сблъскаха със значителни трудности. Все пак повечето европейски и неевропейски страни са в състояние да идентифицират дадено основно проблемно вещество в продължение на години, въпреки известните трудности. Всяко изменение на тази концепция трябва да бъде направено с изключително внимание, тъй като това може да означава фундаментална промяна за всички анализи, тенденции и други методологии, базирани на TDI данни.

Подход, при който не е показано основното проблемно вещество, би означавал висок риск от отклонение на страните при докладване на данните и загуба на информация. Поради това, възприетият подход позволява събирането на допълнителна информация за проблемите, свързани с употребата на няколко вида наркотични вещества, като същевременно се запазва концепцията за основно проблемно вещество и съгласуваност със съществуващите данни между страните.

Тази ситуация не е уникална за данните за лечението. Подобни въпроси са повдигани и по отношение на данните за смъртността. СЗО, с приетата през 2002-2003 модификация в Международната класификация на болестите, десета ревизия, (ICD-10-CM) на класификацията на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, разглежда същия проблем и създава приоритетен списък на наркотичните вещества с цел да се кодифицират по-опасните от тях (в случай, че удостоверяващият лекар не може да стигне до заключение).

Виж протокол на EMCDDA за смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, версия 3.2

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

Или списъка на СЗО в десета ревизия (ICD-10)

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

Тестуване за HIV или HCV

Тестуването на HIV и HCV представлява основна информация относно достъпа до здравни грижи на клиентите на лечение за употреба на наркотици (главно тези инжектиращи наркотици).

Цел

Информацията е полезна за съпоставяне и допълване на данните с информация от клиента за поведението на инжектиране (събрани в индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”, от една страна, и от други източници на информация за инфекциозни болести – Стандартна Таблица 09 – от друга страна). Крайната цел е да се създаде по-пълна и достоверна картина на нивото на тестване на инфекциозните заболявания сред клиентите на лечение.

Методически съображения

Много е важно да се знае инжекционният статус на клиента (някога или никога инжектирал) и данните винаги трябва да се дават по инжекционен статус и по наркотични вещества.

Последователността на информацията, докладвана чрез индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” и информацията, докладвана в индикатора DRID (“Инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици”), ще се оценява в детайли и в сътрудничество със страните.

Споделяне на игли/спринцовки

Има няколко начина за споделяне на спомагателни средства за инжектиране на наркотици (игли, спринцовки, филтри, наркотици разтвори, даване на заем/получаване на заем на периферналия, споделяне с партньор, с приятели и т.н.), които представляват важно рисково поведение. Споделянето на игли и спринцовки е едно от тези рискови поведения.

Не е възможно да се обхванат всички възможни начини за споделяне на периферния за употреба на наркотици в европейската система за наблюдение. На национално или местно ниво може да се събира много по-подробна информация, по-специално когато инфекциозните заболявания имат силно разпространение или има риск от увеличаване на разпространението. Поради тази причина се изисква информацията за споделяне на игли/спринцовки да се докладва единствено на EMCDDA. По-подробна информация на европейско ниво се докладва чрез други инструменти (особено чрез Стандартна таблица 09).

Цел

Да се събере базисна информация за важно рисково поведение (споделяне на игли/спринцовки), което може да доведе до инфекциозни заболявания.

Критерии за включване

- Всички клиенти, които някога са употребявали наркотици инжекционно.

Критерии за изключване

- Всички клиенти, които никога не са употребявали наркотици инжекционно.

Методически съображения

Информацията трябва да се отнася до всички клиенти, които някога са употребили наркотици инжекционно.

Опиоидно субституиращо лечение (OST)

Опиоидното субституиращо лечение е дългосрочна интервенция с използването на опиоидни агонисти с цел намаляване или премахване на употребата на незаконен опиоиден наркотик, или намаляване на вредното въздействие от конкретен метод на прилагане и съпътстващите опасности за здравето.

Цел

Да се определи по-добре нивото на достъпност на субституиращата терапия. Да се провери дали клиентът, който започва повторно лечение, е/вече е бил на субституираща терапия. Да се предостави също така информация за OST някога през живота за тези, започващи лечение за употреба на друг проблемен наркотик, и времето, изминало след първото OST.

Критерии за включване

- Клиентите, които вече са били лекувани в годината/годините преди отчетната година.

Критерии за изключване

- Клиентите, които никога не са били лекувани преди отчетната година.

Методически спецификации

Важно е да се провери дали клиентът е в процес на субституиращо лечение с вещество и дали е докладван като злоупотребяващ със същото вещество или друго субституиращо вещество. Това ще бъде полезно като потвърждаваща информация и за проверка на целесъобразността на лечението.

Списък на променливите

1. Тип център за лечение

1. извънболнични центрове/програми за лечение
2. болнични центрове/програми за лечение
3. звена за лечение в затвора/програми
4. общопрактикуващи лекари/програми
5. нископрагови агенции/програми
6. други (моля посочете типа на центъра/програмата за лечение)
99. неизвестен.

Методически спецификации

Шестте типа центрове за лечение, представени по-горе, са най-често срещаните типове, за които се определят клиентите и се докладват данни; те са и най-честите точки за влизане в системата за лечение.

Звената за лечение в затвора представляват важна входна точка за много употребяващи наркотици, които в противен случай няма да се появят в лечението. В допълнение, употребата на наркотици и затворите в момента представлява въпрос с висок приоритет в европейския политически дневен ред и заслужава специално внимание.

За определението на лечение и класификацията на лечебните заведения, които не са включени в трите групи, представени по-горе, моля вижте раздела за дефиниция за лечение за употреба на наркотици и център за лечение.

Следва да се отбележи, че във формуляра за докладване на данни разпределението по тип на центъра за лечение няма да бъде най-важно и ще се докладват само няколко разпределения по тип на центъра за лечение.

2. Година на лечението

/ _____ /

Методически спецификации

Началната дата на лечението е от съществено значение при изготвянето на анализи на тенденциите във времето и за определяне на отделните времеви периоди (епизодите на лечение) за докладване. Това дава възможност за динамичен анализ на данните за лечението.

Месецът на лечението не трябва да се докладва на EMCDDA, но трябва да бъде записан на национално ниво и на ниво център за лечение, за да се избегне рискът от преброяване на едно и също лице два пъти през един и същ отчетен период.

3. Наличие на предходно лечение

1. лице, което не е лекувано никога преди това
2. лице, което е лекувано преди това
99. не е известно.

Методически спецификации

Вижте също така определението на “първо лечение” в частта относно дефиницията за клиент, който никога не е бил лекуван преди отчетната година. Ако даден клиент е започнал лечение повече от веднъж в една и съща отчетна година само първият епизод на лечението трябва да бъде вписан. Другите предишни лечения може да се отнасят до лечение за употребата на някакъв наркотик, който може да е различен от текущия основен наркотик. Двойното преброяване, доколкото е възможно, трябва да се избягва в рамките на една и съща страна, в съответствие с възможностите на всяка страна.

4. Източник на насочване

1. съд/пробация/полиция
 2. общопрактикуващ лекар
 3. друг център за лечение за употреба на наркотици
 4. друга здравна, медицинска или социална служба
 5. образователни служби
 6. самонасочване, насочване от семейството, приятели и др., няма друга участваща агенция/институция,
 7. други (моля уточнете)
99. не е известен.

Методически спецификации

Източникът на насочване дава някаква представа за пътеката, по която клиентът е достигнал до лечението за употреба на наркотици. Според Европейския анализ, извършван през последните 10 години, е очевидно, че е уместно да се разбере, какви служби, различни от службите в областта на наркотиците, са включени в насочването към лечение. Целта на тази променлива е да се разбере нивото на участие на други агенции, здравни и социални служби и институции в насочването на клиента към лечение. Данните за източника на насочване също така са важни при оценката на степента на лечение, което се дължи като правно задължение. “Източник на насочване” се отнася за източника, който най-много е способствал за насочване на клиента към лечение.

5. Пол

1. мъж
 2. жена
99. не е известен.

Методически спецификации

Основна епидемиологична информация.

6. Възраст в началото на лечението (в навършени години)

Възраст: / ___ / ___ /

99. не е известна.

Методически спецификации

Основна епидемиологична информация.

7. Модел на домакинството (с кого живее)

1. сам
2. със семейството на произход (родители и др.)
3. с партньор/деца
4. с приятели или други хора (без семейни отношения)
5. в място за лишаване от свобода
6. в институции/приюти (които не са места за лишаване от свобода)
7. други
99. не е известен.

Методически спецификации

Основната цел на аспекта "с кого живее" е косвената оценка на релационния статус на клиентите. Ситуацията се отнася до преобладаващата ситуация на клиента, дали той/тя живее в повече от един контекст в един и същ период. Жилищният статус се отнася до настоящата ситуация: 30 дни преди започване на лечение.

8. Употребяващи наркотици клиенти с деца

1. клиенти, които нямат деца
2. клиенти, които имат деца
 - 2.1 които не живеят с децата си
 - 2.2 които живеят с децата си
99. не е известно.

Методически спецификации

Показателят преценява дали клиентите имат деца и какъв е жилищният статус на употребяващите наркотици и децата. „Децата“ включва всички лица на детска възраст, биологичните и небологичните деца.

9. Местоживеене (в какво жилище живее)

1. постоянно жилище
2. непостоянно жилище и/или бездомни
3. в място за лишаване от свобода
4. други
99. не е известен.

Методически спецификации

Аспектът "в какво жилище живее" подчертава стабилността на жилищната ситуация. Клиенти с непостоянно жилище са клиентите, които са живели на различни места (в домове на

приятели, на улицата, в приюти и др.), премествайки се от едно място на друго в периода преди започване на лечението. Ако клиентът живее в институцията, той/тя трябва да се докладва в категория 4 "други" и да се посочи институцията. Ситуацията се отнася до преобладаващата ситуация на клиента, ако той/тя живее в повече от един контекст в един и същ период. Жилищният статус се отнася до настоящата ситуация: 30 дни преди започване на лечение.

10. Трудов статус

1. непостоянно зает
2. постоянно зает
3. учащ
4. безработен (неработещ, но търсещ работа)
5. обезкуражен (нетърсещ активно работа, защото не вярва, че ще намери)
6. получаващ социални помощи/пензионер/домакин/инвалид
7. други
99. не е известен.

Методически спецификации

Трудовият статус осигурява най-важната информация за икономическата и социалната интеграция на клиента и неговото или нейното ежедневие. Протоколът следва стандартите на Евростат, доколкото е възможно, за да се даде възможност за сравнение със статистическите данни за населението като цяло и да се избегне припокриване на категориите (например безработен и неактивен). Категориите, определени от Евростат в официалните статистически данни за трудовия статус, са следните:

- Заети: хората извършили най-малко един час работа (срещу заплащане, печалба или семейна придобивка) през последните 30 дни;
 - o непостоянно: когато работата е нарядко, нередовно или през неравни интервали;
 - o постоянно: когато работата е често, редовна и/или с писмен договор;
- Учащи: хора, посещаващи училище/университет;
- Безработни: хора, които не работят и активно търсят работа; обезкуражени: хора, които не работят и не търсят работа, защото не могат да си намерят работа;
- Получаващи социални помощи/пензионери/домакини/хора с увреждания: хора, които получават обезщетения от социалното осигуряване за пенсия или за инвалидност, или са домоуправители.

Трудовият статус се отнася до 30 дни преди започване на лечение.

11. Най-високото завършено образователно ниво

1. никога не е ходил на училище /няма завършено основно образование (ISCED 0)
2. основно ниво на образование (ISCED 1)
3. средно ниво на образование (ISCED 2 и ISCED 3)
4. висше образование (ISCED 4-6)
99. не се знае/липсва.

Методически спецификации

Образованието е важна социално-икономическа категория данни. Стриктното спазване на ISCED⁶. (Международна стандартна класификация на образованието) се препоръчва, както и приемането на конкретни правила за преобразуване за страната, които вече се прилагат за предоставяне на статистически данни за образованието на международно ниво.

12. Основно проблемно вещество⁷

1. Опиоиди (общо)

- 11 хероин
- 12 метадон (злоупотреба)
- 13 бупренорфин (злоупотреба)
- 14 фентанил (незаконна употреба/злоупотреба)
- 15 други опиоиди (моля уточнете)

2. Кокаин (общо)

- 21 кокаин на прах (HCl)
- 22 кокаин крек
- 23 други (моля уточнете)

3. Стимуланти, различни от кокаин (общо)

- 31 амфетамини
- 32 метамфетамини
- 33 MDMA и производни
- 34 синтетични катинони
- 35 други стимуланти (моля уточнете)

4. Хипнотици и седативи (общо)

- 41 барбитурати (злоупотреба)
- 42 бензодиазепини (злоупотреба)
- 43 GHB/GBL
- 44 други хипнотици и седативи (злоупотреба) (моля уточнете)

5. Халюциногени (общо)

- 51 LSD
- 52 кетамин
- 53 други халюциногени (моля уточнете)

6. Летливи инхаланти

7. Канабис(общо)

8. Други вещества (общо) (моля, посочете кое вещество)

⁶ Необходимо е да се отчита, че ISCED класификациите са в процес на преразглеждане; евентуалните последици от преработената версия ще бъдат взети под внимание.

⁷ Обърнете внимание, че някои вещества в списъка могат да бъдат произведени незаконно (например фентанил или някои амфетамини) или отклонени от законните източници. За целите на този протокол са включени и двата източника.

99. Не са известни.

Методически спецификации

"Основно проблемно вещество" е наркотичното вещество, което причинява най-много проблеми за клиента, определено по негово искане и (или) оценка на специалиста.

Този показател трябва винаги да се попълва, независимо от това дали клиентът впоследствие не е разглеждан за проблемна употреба на няколко вида наркотици (това ще бъде допълнителна информация).

В протокола са включени някои нови вещества, които се появиха през последните години на пазара на наркотици, и за които значителен брой хора са започнали лечение за проблеми, свързани с тяхната употреба. Класификацията не следва научната класификация на веществата според техните химични принципи или психоактивни ефекти (например кокаинът и другите стимуланти са разделени), начин на приложение или други научни категоризации. По-скоро е приета прагматична класификация, за да се помогне на специалистите, работещи в центровете за лечение на употребяващите наркотици, да записват данните.

Включват се само тези вещества, които създават проблеми на клиента в съответствие с искането на клиента и оценката на специалиста.

Групирането на веществата не е направено само въз основа на фармацевтични критерии, а също така е взет предвид действителният опит на специалистите в областта на наркотиците.

В "Други опиоиди" са включени всички опиоиди, които не са включени в предходните категории (например полски хероин). Поставянето на фентанила сред основните наркотични вещества включва както веществото, което се произвежда на незаконния пазар, така и лекарствения продукт, използван извън медицинската практика.

Всяка спецификация на основното вещество трябва да бъде включена в методическите бележки.

Следните вещества са изключени от основното проблемно вещество:

- тютюн;
- алкохол (включен е сред вторите проблемни вещества);
- наркотици, използвани за медицински цели по лекарско предписание.

Отнася се за период от 30 дни преди започване на лечение, с изключение на клиентите, които са били включени в абстинентно лечение, не са употребили наркотици или са били в места за лишаване от свобода преди получаване на лечение. В тези случаи, референтният период се отнася до периода от 30 дни преди абстинентно лечение, периода без наркотици или задържане в места за лишаване от свобода.

13. Обичаен начин на употреба на основното проблемно вещество

1. инжектиране
2. пушене/вдишване
3. ядене/пиене
4. смъркане
5. други

99. не е известен.

Методически спецификации

"Инжектирането на наркотици", представлява основна форма на рисково поведение на употребяващите наркотици. То е от особено значение по отношение на инфекциозните заболявания (хепатит, HIV), както и други заболявания и травми; намаляването на поведението на инжектиране е цел на много програми за намаляване на вредите. "Обичайният начин на употреба" се отнася до начина на прилагане на основното проблемно вещество.

"Пушене/вдишване" се отнася за употребата на веществото по белодробен път (през носа или трахеята); за вещество, което се приема под формата на пари. "Смъркането" се отнася за прием по назален път на вещество под формата на прах.

Отнася се за период от 30 дни преди започване на лечение, с изключение на клиентите, които са били включени в абстинентно лечение, не са употребили наркотици или са били в места за лишаване от свобода преди получаване на лечение. В тези случаи, референтният период се отнася до периода от 30 дни преди абстинентно лечение, периода без наркотици или задържане в места за лишаване от свобода.

14. Честота на употреба на основното проблемно вещество

1. ежедневно
 2. 4-6 дни в седмицата
 3. 2-3 дни в седмицата
 4. веднъж седмично или по-малко
 5. няма употреба през последните 30 дни
99. не е известно.

Методически спецификации

Честотата на употреба на основното проблемно вещество е индикатор за сериозността на употребата на наркотици.

Отнася се за последните 30 дни преди започване на лечение, с изключение на клиентите, които са били включени в абстинентно лечение, не са употребили наркотици или са били в места за лишаване от свобода преди получаване на лечение. В тези случаи, референтният период се отнася за периода от 30 дни преди абстинентно лечение, периода без наркотици или задържане в места за лишаване от свобода.

15. Възраст при първата употреба на основното проблемно вещество (в навършени години)

Възраст: / _____ /

99. не е известна.

Методически спецификации

Отрицателните ефекти от употребата на наркотици често нарастват с течение на времето. Продължителността на употребата на наркотици може да се изчисли въз основа на възрастта при първа употреба и възрастта при започване на лечението. Епидемиологично, възрастта при първата употреба е индикатор за възрастта, когато е най-голям рискът от започване на употребата на наркотици. Проследяването на дългосрочните тенденции може да помогне за развитието на превантивните дейности.

16. Втори проблемни вещества⁸

1. Опиоиди (общо)

- 11 хероин
- 12 метадон (злоупотреба)
- 13 бупренорфин (злоупотреба)
- 14 фентанил (незаконен/злоупотреба)
- 15 други опиоиди (моля уточнете)

2. Кокаин (общо)

- 21 кокаин на прах (HCl)
- 22 кокаин крек
- 23 други (моля уточнете)

3. Стимуланти, различни от кокаин (общо)

- 31 амфетамини
- 32 метамфетамини
- 33 MDMA и производни
- 34 синтетични катинони
- 35 други стимуланти (моля уточнете)

4. Хипнотици и седативи (общо)

- 41 барбитурати злоупотреба
- 42 бензодиазепини злоупотреба
- 43 GHB/GBL
- 44 други хипнотици и седативи (злоупотреба) (моля уточнете)

5. Халюциногени (общо)

- 51 LSD
- 52 кетамин
- 53 други халюциногени (моля уточнете)

6. Летливи инхаланти

7. Канабис (общо)

8. Алкохол

9. Други вещества (общо) (моля, посочете кое вещество)

99. Не са известни.

Методически спецификации

Включените вещества са само тези, които създават проблеми на клиента в съответствие с искането на клиента и оценката на специалиста. Ако клиентът не използва второ проблемно вещество този показател не трябва да се попълва.

⁸ Същите критерии по отношение на произхода на веществото (незаконно производство или отклонение), както при основното проблемно вещество.

Могат да бъдат докладвани до четири проблемни вещества. Във формуляра за докладване на данни следва да се посочи максималният брой наркотични вещества, докладвани от всяко лице.

За целите на докладване на EMCDDA, редът за попълване на вторите проблемни вещества ще бъде в съответствие с клиничното им значение за проблема с наркотиците на клиента. Само когато това не е възможно, редът за попълване на вторите проблемни вещества ще бъде както следва (ако има събрана информация): първо, вещества, употребявани инжекционно, а след това според честотата на употреба. Ако нито едно от горните не е възможно, редът ще следва този в списъка на веществата.

Точните критерии, които са използвани, трябва да бъдат обяснени в методическия раздел на формуляра за докладване.

Алкохолът е включен като второ проблемно вещество.

Тютюнът и наркотичните вещества, използвани за медицински цели и по лекарско предписание, са изключени.

В “Други опиоиди” са включени всички опиоиди, които не са включени в предходните категории, като например полския хероин.

Отнася се за периода от 30 дни преди започване на лечение, с изключение на клиентите, които са били включени в абстинентно лечение, не са употребили наркотици или са били в места за лишаване от свобода преди получаване на лечение. В тези случаи, референтният период се отнася до периода от 30 дни преди абстинентно лечение, периода без наркотици или задържане в места за лишаване от свобода.

17. Проблемна употреба на няколко вида наркотични вещества (полиупотреба)

1. да

2. не

99. не е известно.

Методически съображения

“Проблемната употреба на няколко вида наркотични вещества” се отнася до едновременното включване на две или повече наркотични вещества в проблема с наркотиците на клиента и е много трудно да се прецени кое е основното наркотично вещество, предизвикало започване на лечение. Тази концепция ще се използва в много ограничен подход съгласно ICD-10 (виж дефинициите).

Този показател трябва винаги да се попълва, дори когато се използва само едно наркотично вещество (или когато основното наркотично вещество може да се установи с разумна точност между няколко използвани вещества) и клиентът не употребява няколко вида наркотици (в този случай, отговорете с Не на въпроса).

Въпреки това, дори и в случай на клиент, за когото е много трудно да се определи основното наркотично вещество, винаги трябва да бъде избрано такова, следвайки обозначенията, предвидени в указанията и конкретните изпълнителни процедури, използвани на национално ниво (например искане на клиента, клинична оценка, стандартни скали за зависимостта, честота на употреба, договорената йерархия на веществата и т.н.).

Отнася се за периода от 30 дни преди започване на лечение, с изключение на клиентите, които са били включени в абстинентно лечение, не са употребили наркотици или са били в места за лишаване от свобода преди получаване на лечение. В тези случаи, референтният период се отнася до периода от 30 дни преди абстинентно лечение, периода без наркотици или задържане в места за лишаване от свобода.

18. Опиоидно субституиращо лечение (OST)

1. никога не са били включени в OST
2. някога са били включени в OST
99. не е известно.

Методически спецификации

OST обикновено се нарича "субституиращо лечение". Субституиращото лечение се определя като "прилагането на цялостно оценени опиети агонисти; това се прави от опитни или акредитирани специалисти в рамките на призната медицинска практика за постигане на определени цели на терапията". Това лечение често се предоставя в съчетание с психосоциална помощ. Този показател ще помогне за по-добро определяне на нивото на достъпност на субституиращото лечение и предоставяне на информация за опиоидното субституиращо лечение през живота сред тези, започващи лечение за друга проблемна употреба на наркотични вещества.

Само клиенти, които са били лекувани преди това трябва да бъдат включени.

19. Възраст при първото опиоидно субституиращо лечение (в навършени години)

1. Възраст при първото опиоидно субституиращо лечение: / ____ /
99. Не е известна.

Методически спецификации

Тази променлива в съчетание с данните за възрастта при първа употреба на основното проблемно вещество и възрастта при първата инжекция ще допринесе за предоставяне на информация за опиоидното субституиращо лечение през живота сред тези, потърсили лечение за проблемна употреба на вещества, различни от опиоидите. Този елемент трябва да се попълва само от хора, които са били включени в OST преди започване на сегашното лечение.

20. Инжектиране някога в живота или към настоящия момент на някакво наркотик

1. никога не е инжектиран наркотик
2. някога е инжектиран наркотик
 - 2.1 инжектиран е, но не и през последните 12 месеца
 - 2.2 инжектиран е през последните 12 месеца, но не и през последните 30 дни
 - 2.3 инжектиран е през последните 30 дни
3. не желаят да отговорят
99. не е известно.

Методически спецификации

Тази променлива се отнася за поведение на инжектиране по отношение на всички наркотици, а не само на основното проблемно вещество. Този показател определя инжектиране на всяко наркотично вещество и дава добра индикация за рисково поведение. Това е от особено значение по отношение на предаването на инфекциозни болести (хепатит, HIV), както и на други заболявания и увреждания, и въпроси, свързани с намаляване на вредите. Инжектирането за медицински цели трябва да бъдат изключено (диабет и др.).

21. Възраст при първата инжекция (в навършени години)

Възраст: /_____/

99. не е известна.

Методически спецификации

Тази променлива трябва да се попълва само за лица, които някога са употребявали наркотик инжекционно. Ако никога не са употребявали наркотик инжекционно не се попълва.

22. Тестуване за HIV

1. досега не са тествани
 2. някога са тествани
 - 2.1 тествани, но не и през последните 12 месеца
 - 2.2 тествани през последните 12 месеца
 3. не желаят да отговорят
99. не е известно.

Методически спецификации

Показателят се отнася за дейностите по тестване и може да даде полезна информация, която да бъде сравнена с поведението на употреба на наркотици (инжектиране, споделяне на игли). Силно препоръчително е да се провери историята на тестванията, доколкото е възможно.

23. Тестуване за HCV

1. досега не са тествани
 2. някога са тествани
 - 2.1 тествани, но не и през последните 12 месеца
 - 2.2 тествани през последните 12 месеца
 3. не желаят да отговорят
99. не е известно.

Методически съображения

Показателят се отнася за дейностите по тестване и може да даде полезна информация, която да бъде сравнена с поведението на употреба на наркотици (инжектиране, споделяне на игли).

24. Споделяне на игли/спринцовки

1. никога не са споделяли игла или спринцовка
2. някога са споделяли игла или спринцовка
 - 2.1 споделяли са, но не през последните 12 месеца
 - 2.2 споделяли са през последните 12 месеца, но не и през последните 30 дни
 - 2.3 споделят през последните 30 дни

3. не желаят да отговорят

99. не е известно.

Методически съображения

Информация, за която се пита, само ако клиентът някога е употребявал наркотици инжекционно. Ако клиентите никога не са употребявали наркотици инжекционно, променливата не трябва да се попълва.

ГЛАВА ТРЕТА

3

Глава 3

Методически и етични въпроси

Освен общите принципи, разгледани в първата част на протокола, е необходимо да се обяснят специфични методически въпроси, които са важни за събирането и докладването на данните.

За изграждането на контекста на TDI данните, докладвани от всяка страна, е важно да се осигури достъп до методическа информация. За спецификациите на използваната методика за събиране и докладване на данни е отделено място във формуляра за докладване на данни на EMCDDA. Отделено е и специално място за коментари, използването на което ще бъде особено важно, когато данните от страната се различават от указанията на EMCDDA или имат специфични особености, които не могат да бъдат разбрани само от количествените данни.

Референтен период

Референтният период за целия протокол се отнася до настоящата ситуация на клиента през последните 30 дни (1 месец) преди да започне лечението. Това е общото правило за всички променливи, включени в протокола, освен ако не е приложимо по подразбиране или е различно указано. Ако не е посочено това означава, че не е приложимо, но обикновено това е разбираемо от контекста на всеки елемент (например употреба някога на наркотик инжекционно, възраст при първо опиоидно субституиращо лечение и т.н.). За аспектите, свързани с употребата на наркотици, както и в случай на клиенти, които са били включени в абстинентно лечение, не са употребявали наркотици или са били в място за лишаване от свобода преди получаване на лечение, референтният период се отнася за 30 дни преди тези събития (абстиненция, без наркотици или задържане).

Моделите на употреба на наркотици

Данните за моделите на употреба на наркотици – възраст при първата употреба, модел на употреба, честота на употреба – се отнасят за основното проблемно вещество. Показатели като “някога е инжектиран наркотик”, “възраст при първата инжекция” се отнасят за всяко наркотично вещество. Това, обаче, е конкретизирано за всеки показател.

Обхват

Информацията за обхвата на данните е необходима, за да се разбере контекста на TDI данните във всяка страна и нивото на представителност.

Първо, оценката на обхвата на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” следва да се позовава на тези центрове, които се очаква да докладват като част от системата за докладване на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици”. В допълнение, оценката, макар и приблизителна, трябва да бъде изработена въз основа на степента, с която системата за докладване на индикатора “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” обхваща всички лечебни заведения в страната. Това ще се влияе от наличието и организацията на националната система за лечение и на системата за насочване, както и от законодателството в областта на наркотиците.

Резултатите от анализите на TDI данните показват, че има както общи черти, така и значителни разлики между страните, които вероятно се дължат на националните различия в

характеристиките на проблема с наркотиците, в системите на лечение и в системите за докладване и качеството на данните в тях. Някои разлики се дължат на различията, свързани с вида на системите на лечение и/или клиентските групи, обхванати от националните системи. Конкретен проект на EMCDDA, изпълнен през 2007-2008 г. (Iversen, 2009 г.), относно обхвата на данните подчертава проблемите, които следва да се вземат предвид, когато се събират данни за търсенето на лечение. Едно проучване в някои от страните показва необходимостта от по-добра информация за наличието и капацитета на лечение, за да се разбере контекста на TDI данните. Тази информация е частично включена в методическата информация и отчасти докладвана чрез други инструменти на EMCDDA, фокусирани върху наличието на лечение/капацитет (Стандартна Таблица 24 и Структуриран въпросник 27). Финалните препоръки на проекта подчертаха необходимостта от:

- по детайлно включване на оценката на обхвата в системата за осигуряване на качеството на данните за индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици";
- насърчаване на страните да разработят системи за мониторинг на лечебните заведения и капацитета за лечение;
- насърчаване на страните да проектират системи със задължително докладване от агенциите за извънболнично и болнично лечение във връзка с употребата на наркотици (центрове/звена), включително докладване на данни за капацитета, както и съществуващите данни за индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици".

Качество на данните

Качеството на данните е от изключително значение за използването на данни, свързани с употребата на наркотици, особено в Европейския набор от данни, където информацията трябва да бъде възможно най-сравнима в различните страни и съвместима във времето. Но контролът върху качеството на данните е сложна дейност, особено когато обхваща данни от различни страни, докладвани в агрегирана форма.

Предоставените от страните данни за търсенето на лечение периодично се валидират, при докладване на EMCDDA. Основните процедури за валидиране се изпълняват редовно по отношение на пълнотата, съгласуваността и актуалността на данните, проблемите с числа и цифри, които се различават значително от общата картина в ЕС. Освен това, методическата информация редовно се проверява, за да се постигне по-задълбочено познание на информационната система и реалното изпълнение на методическите указания в докладваните данни.

Освен рутинен контрол на качеството на данните, извършван всяка година, през 2008 г. бе въведена специална система за оценка на качеството на данните за всички ключови индикатори. Системата се прилага за TDI данните и включва оценка на аспекти, свързани с две области на докладване на данните: процесът на докладване и качеството на данните. Оценката на качеството на данните се извърши посредством консултации с НФЦ и TDI специалистите.

Що се отнася до процеса, оценката касае следните аспекти: организация на системата за докладване, финансови и човешки ресурси, специализирани в събирането на данни, правно основание за събирането на данни, оценка на качеството на данните, осъществен напредък и основни пречки пред изпълнението на индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици". В областта на качеството на данните, оценката се фокусира върху наличието на данни на национално ниво и докладването на данните на европейско ниво, хармонизиране с указанията на EMCDDA, навременност, обхват и вътрешна съвместимост на данните.

Резултатите от тази оценка показваха, че повечето страни са постигнали значителен напредък в изпълнението на указанията за индикатора "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" през последните години и нивото на съпоставимост на данните значително се е подобрило; но въпреки това, някои области все още се нуждаят от подобряване, като например обхвата на данните и хармонизирането с европейските стандарти. Освен това, изпълнението на изискванията за качеството на данните в страните може да се ограничи поради недостатъчните финансови и човешки ресурси.

Двойно преброяване

В настоящия контекст "двойното преброяване" се отнася за факта, че клиентът може да бъде регистриран повече от веднъж в база данни за мониторинг на лечението в дадена година. Това може да се дължи на няколко причини, включително липса на комуникация между централните за лечение, липса на уникална система, за да се създаде възможност за кръстосана проверка, и др. Двойното преброяване причинява надценяване на общия брой на лекуваните лица.

Въз основа на ръководния принцип, че това, което следва да се отчита, са индивидите, а не епизодите, двойното преброяване, доколкото е възможно, трябва да се избягва на всяко ниво, от центъра за лечение до местно, регионално, национално или международно ниво. Разбира се, това правило ще се прилага, като се има предвид нивото на действителните възможности и ограничения на национално, регионално и местно ниво (технологични и методически инструменти, финансови и човешки ресурси, правна рамка, включително правни пречки, дължащи се на правилата за защита на данните).

В страните са въведени няколко техники (Origer, 1996 г.), от най-често срещаните, като например контрол за избягване на двойното преброяване в регистър чрез уникален идентификационен номер за физическите лица (обикновено се основава на алгоритъм, който използва името и датата на раждане) до някои доста сложни техники, като например използването на цифрови отпечатащи (например Холандия).

В идеалния случай, максималното ниво на контрол на двойното преброяване означава, че страните имат централен регистър, където те записват всички отделни индивиди, с някаква форма на уникален идентификационен номер, за да се избегне дублирането. Този регистър трябва да изпълнява всички изисквания, за да гарантира защитата на данните. Вторият най-добър вариант е наличието на регионална база данни, която може да контролира двойното отчитане в значителна степен. Ако не съществува централен или регионален регистър, или не е възможно да се осъществи по определени причини, включително правни, административни и финансови причини, организацията на лечението трябва да се опита да въведе методи за извършване на проверка на данните от предишните лечения (например по електронен път и/или питайки директно клиента дали някога е бил лекуван преди и/или питайки други центровете за лечение, които може да са имали предишни контакти с клиента).

Според ситуацията, актуализирана през 2008 г., е установено, че избягването на двойното преброяване е често срещано явление сред страните от ЕС и само две страни нямат никакъв или имат въведен ограничен контрол на двойното отчитане. От 26 страни, където съществува такъв контрол, в девет той се упражнява на регионално ниво или на нивото на център за лечение, а в 17 - на национално ниво.

Етични въпроси и защита на данните

Когато се извършва лечение за проблеми с наркотици се водят бележки за употребата на наркотици и за силните и слабите страни на клиентите. Стъпките на лечението обикновено

се планират въз основа на официална диагноза или преглед на проблемите, изискващи внимание, извършван от специалист или екип от специалисти. Целите се наблюдават непрекъснато по време на лечението и резултатът се оценява в края. Информацията предимно се събира за целите на подобряване на грижите за клиентите.

Събирането и докладването на данните, освен клиничните цели, позволява и да се получи основна информация за епидемиологичната ситуация в подкрепа на основаните на доказателства здравни интервенции и в подкрепа на ефективните и ефикасните начини за лечение на проблеми във връзка с употребата на наркотици.

За всяко ниво на информация (например клинично, регионално, национално, международно и др.) трябва да се вземат предвид националните и международните правила за поверителност и защита на данните, както и правата на клиентите, персонала и лечебните центрове. Това е особено вярно за специфична среда на лечение, като лечението в затвора, където голямо внимание трябва да се обръща на етичните въпроси (защита на данните и неприкосновеността на личния живот, правата на човека), когато се събират и докладват данни.

Тези указания следва да се придържат към приетите кодекси, които регламентират защитата на данните, неприкосновеността на личния живот и научните изследвания в различните страни. Достъпът до суровите (неагрегираните) данни трябва да бъде ограничен само за оторизирани специалисти. Използването на данните и процедурите, регламентиращи публикуването на резултатите, трябва да бъдат обсъдени и одобрени от участниците (доставчици на услуги, мениджъри, политици, изследователи и др.).

EMCDDA (с TDI протокол 3.0, какъвто бе и случаят с протокол TDI 2.0) не желае да създаде централна база данни на лицата, които започват или са в процес на лечение за употреба на наркотици на европейско ниво. Всички данни се събират, съпоставят и запазват от страните при стриктно придържане към приетите етични стандарти и само обобщените данни се обединяват и анализират за сравнителни цели на европейско ниво. Индивидуалните набори от данни, обаче, може понякога да бъдат необходими на EMCDDA, както и в други области на научни изследвания за специфични проучвания, но само при договаряне със страните.

Приложения

Приложение 1

| Таблица 1: Дефиниция за случай – графично описание | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------|------------------|---------------|-----------------|---|-------------------------|
| Клиент | Епизод на лечение/ дейност | Лечебен център | Предходна година | Текуща година | Следваща година | Спецификации | За докладване на EMCDDA |
| A | A1 | 1 | ----- | ----- | ----- | Клиент А е в продължително лечение, започнало през предходната година, продължаващо през текущата година и следващата година. Няма допълнителни лечения. Не се докладва лечение за текущата година. | |
| B | B1 | 1 | ----- | ----- | ----- | Клиент В е в продължително лечение, започнало през предходната година, продължаващо през текущата година и следващата година. Второ лечение протича през текущата година в същия лечебен център. Не се докладва лечение за текущата година. | |
| B | B2 | 1 | ----- | ----- | ----- | (Забележка: често B2 е терапевтична дейност – например краткосрочно консултиране – допълнение към лечението B1 – например дългосрочно OST – провеждано по план за същия проблем с наркотиците, който е предизвикал започване на лечението). | |
| C | C1 | 1 | ----- | ----- | ----- | Клиент С е в продължително лечение, започнало през предходната година, продължаващо през текущата година и следващата година. | |
| C | C2 | 1 | ----- | ----- | ----- | Три допълнителни лечения протичат през текущата година в същия и в два други лечебни центрове. Не се докладва лечение за текущата година. | |
| C | C3 | 2 | ----- | ----- | ----- | | |
| C | C4 | 3 | ----- | ----- | ----- | | |

| Таблица 1: (продължение) | | | | | | | За докладване на EMCDDA | |
|--------------------------|----------------------------|----------------|------------------|---------------|-----------------|---|-------------------------|---|
| Клиент | Епизод на лечение/ дейност | Лечебен център | Предходна година | Текуща година | Следваща година | Спецификации | | |
| D | D1 | 1 | ----- | ----- | | Клиент D е в лечение от предходната година, няма започнати лечения през текущата година, има лечение, което ще започне през следващата година в същия или в друг лечебен център. Не се докладва лечение за текущата година. | | |
| D | D2 | Всеки | | ----- | | | | |
| E | E1 | 1 | | ----- | | Клиент E започва лечение за първи път изобщо през текущата година. Лечението се докладва за текущата година като първо лечение изобщо. | X | |
| F | F1 | 1 | | ----- | | | | X |
| G | G1 | 2 | | ----- | | Клиент G започва лечение за първи път изобщо през текущата година, има последващи лечения през текущата година в рамките на същия и в други лечебни центрове. Само G1, първото лечение през текущата година, се докладва като първо лечение изобщо. | X | |
| G | G2 | 2 | | ----- | ----- | | | |
| G | G3 | 3 | | ----- | ----- | | | |
| H | H1 | 1 | ----- | | | Клиент H има лечение през предходната година, което е прекратено с края на лечението. Ново лечение започва през текущата година в същия или друг лечебен център и ще продължи през следващата година. Лечение през текущата година се докладва като лекуван преди това. | | |
| H | H2 | Всеки | | ----- | ----- | | | X |

| Таблица 1: (продължение) | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------|------------------|---------------|-----------------|---|
| Клиент | Епизод на лечение/ дейност | Лечебен център | Предходна година | Текуща година | Следваща година | За докладване на EMCDDA |
| I | I1 | 2 | ----- | | | Клиент I има лечение през предходната година, което е прекратено с края на лечението. Ново лечение започва през текущата година в същия лечебен център. Второ лечение започва през текущата година в друг лечебен център. Лечение I2 се докладва въз основа на това, че то е първото лечение през годината. Лечение I2 се докладва като лекуван преди това. |
| | I2 | 2 | _____ | | X | |
| | I3 | 3 | | ----- | | |
| J | J1 | 1 | ----- | --- | | Клиент J е започнал лечение през предходната година и лечението продължава и през текущата година. Впоследствие е започнато допълнително лечение през текущата година в същия лечебен център. При условие, че първото лечение приключва с официален край на лечението, лечението, започнато през текущата година, се докладва като лекуван преди това. |
| | J2 | 1 | | _____ | X | |
| K | K1 | 1 | ----- | --- | | Клиент K е започнал лечение през предходната година и лечението продължава и през текущата година. Впоследствие е започнато допълнително лечение през текущата година в същия лечебен център. При условие, че са минали 6 месеца без контакт между първото и второто лечение, лечението, започнато през текущата година, се докладва като лекуван преди това. |
| | K2 | 1 | | _____ | X | |

| Таблица 1: (продължение) | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------|------------------|---------------|-----------------|--|-------------------------|
| Клиент | Епизод на лечение/ дейност | Лечебен център | Предходна година | Текуща година | Следваща година | Спецификации | За докладване на EMCDDA |
| L | L1 | 1 | ----- | ----- | | Клиент L е започнал лечение през предходната година и лечението продължава и през текущата година. Впоследствие е започнато допълнително лечение през текущата година в друг лечебен център. При условие, че първата лечение приключва с официален край на лечението, лечението, започнато през текущата година, се докладва като лекуван преди това. | X |
| L | L2 | 2 | | ----- | | | X |
| M | M1 | 1 | ----- | ----- | | Клиент L е започнал лечение през предходната година и лечението продължава и през текущата година. Впоследствие е започнато допълнително лечение през текущата година в друг лечебен център. При условие, че са минали 6 месеца без контакт между първото и второто лечение, лечението, започнато през текущата година, се докладва като лекуван преди това. | X |
| M | M2 | 2 | | ----- | | | X |

Бележки

Случаите, които да бъдат включени или изключени от докладването на данни на ЕЦМНН, но не непременно от събирането на данни на национално или местно ниво.

Да бъде включен: |-----|

Да бъде изключен: |-----|

Случаи J, K, L и M могат да се разглеждат като варианти на подобна ситуация, за по-добра илюстрация. Те представляват клиенти, които са били в лечение в началото на годината, след това епизодът на лечение е приключен и нов епизод (подлежи на отбелязване) започва по-късно през годината. Случаите представляват съчетание от две възможности; когато епизодът на лечение е прекратен официално, и когато е отпадане (в този случай, клиентът трябва да има 6 месеца без контакт с лечебен център, и когато последващият епизод се провежда в същия център, и когато се провежда в друг център).

Приложение II

Таблица 2: Обобщена таблица за сравнение: елементи от версия TDI 2.0 и версия TDI 3.0

| Стари елементи | Нови елементи |
|--|--|
| Тип на лечебния център | Докладването на данни вече не е фокусирано върху типа на лечебния център |
| Дата и месец на лечението | Отпада на ниво EMCDDA |
| Година на лечението | Същото |
| Лекуван някога преди това | При повече от един епизод, трябва да бъде записан първият епизод на лечение |
| Източник на насочване | Незначителни изменения в категориите и реда |
| Пол | Същото (промяна на думи) |
| Възраст | Същото (промяна на думи) |
| Година на раждане | Отпада на ниво EMCDDA |
| Жилищен статус (с кого) | Изясняване на категориите, за да се избегне припокриване |
| Жилищен статус (къде) | Изясняване и малка промяна в една категория |
| Националност | Отпада на ниво EMCDDA |
| Трудов статус | Хармонизация с класификацията на Евростат |
| Най-високо завършено образователно ниво | Същото; по-подробно позоваване на класификацията ISCED |
| Основно проблемно вещество | Същото, с добавянето на няколко вещества, които са от значение за употребяващите наркотици в настоящата ситуация |
| Вече получава субституиращо лечение | Подобно, но опростено |
| Обичаен начин на употреба | Същото |
| Честота на употреба (основно проблемно вещество) | Изясняване на някои категории |
| Възраст при първата употреба на основното проблемно вещество | Същото |
| Инжекционна употреба някога/в момента (през последните 30 дни) | Спецификации на някои категории |
| Други (= втори) наркотични вещества, употребявани понастоящем | Същото, с добавяне на няколко вещества, които са от значение за употребяващите наркотици в настоящата ситуация |
| -- | Жилищен статус: с деца |
| -- | Възраст при първата инжекция |
| -- | Употреба на няколко вида наркотични вещества |
| -- | Възраст при първото OST |
| -- | Тестуване за HIV |
| -- | Тестуване за HCV |
| -- | Споделяне на игли/спринцовки |

Съкращения

| | |
|---------------|---|
| ASI | Индекс за оценка на степента на зависимост |
| CICAD | Интерамериканската комисия за борба със злоупотребата с наркотици |
| DRD | Смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици |
| DRID | Инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици |
| DSM-IV | Диагностичен и статистически наръчник на психичните заболявания, четвърто издание |
| EMCDDA | Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите |
| GBL | Гамма-бутиролактон |
| GHB | Гамма-хидроксибутирова киселина |
| HCl | Хидрохлорид |
| HCV | Вирус на хепатит С |
| HIV | Вирус на човешката имунна недостатъчност |
| ICD-10 | Международна класификация на болестите, 10-та ревизия |
| IDU | Употребяващ наркотици инжекционно |
| ISCED | Международна стандартна класификация на образованието |
| MDMA | Метилендиоксиметамфетамин |
| NFP | Национален фокусен център, институции и национални ведомства, които формират мрежата Reitox |
| OST | Опиоидно субституиращо лечение |
| PDU | Проблемно употребяващ наркотици |
| PG | Група "Помпиду" на Съвета на Европа |
| Reitox | Réseau Européen d'Information sur les drogues et les Toxicomanies (Европейска мрежа за информация в областта на наркотиците и наркоманиите) |
| SAMHSA | Агенция за психично здраве и злоупотреба с наркотични вещества |
| TDI | Индикатор "Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици" |
| UNODC | Служба на Организацията на обединените нации по наркотиците и престъпността |
| WHO | СЗО (Световна здравна организация) |

Библиография

- 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', *CORDROGUE 67*, Brussels.
- Donmall, M.** (2003), *Personal communication*. UNODC meeting to define a toolkit for collecting data on drug treatment demand, UNODC, Vienna, 2–3 December 2003.
- EMCDDA** (2010), *Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>
- EMCDDA Management Board** (2001), *EMCDDA recommendation on the 5 harmonised key indicators*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 1–13.
- European Union** (2003), 'Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence', *Official Journal of the European Union*, L 165, 3.7.2003.
- Hartnoll, R.** (1994), *Drug treatment reporting systems and the first Treatment demand indicator. Definitive Protocol*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Iversen, E.** (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator*, Bergen Clinics Foundation, Norway.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>
- Manchester University, D. N.** (2010), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009–31 March 2010*.
<http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>
- Origer, A.** (1996), *Procedures to avoid double counting in drug treatment-reporting systems*, Ministry of Health, Luxembourg.
- SAMHSA** (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights — 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
<http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>
- Simon, R.** (1999), 'Treatment Monitoring and reporting system', *European Addiction Research*, Vol. 5, N.4; special topic issue.
- 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*, Institut für Therapieforschung, Munich.
- Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Luckett, C. and Stauffacher, M.** (2000), *The Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 2.0*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 2–36.
<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.
- Treatment demand indicator (TDI) website:**
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>
- UNODC** (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand. Toolkit Module 8*, United Nations Office on Drugs and Crime, New York.



НАЦИОНАЛЕН ФОКУСЕН ЦЕНТЪР ЗА НАРКОТИЦИ И НАРКОМАНИИ
NATIONAL FOCAL POINT ON DRUGS AND DRUG ADDICTIONS

Превод на български: Бойка Атанасова
Редакция: Национален фокусен център за наркотици и наркомании, 2013 г.

За актуална и разнообразна информация
посетете интернет страницата на Национален
фокусен център за наркотици и наркомании
www.nfp-drugs.bg

Индикатор “Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици” (TDI)
Стандартен протокол 3.0

Насоки за събиране и предоставяне на данни за лицата, започващи лечение във връзка с употребата на наркотици в европейските страни

Оформление на корица: Калин Семерджиев
Печат: „СЕПА – ИНФОМА“ ООД – София
бул. „Цариградско шосе“ № 125, бл. 5

Тираж 150 бр.

За EMCDDA

Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) е една от децентрализираните агенции на Европейския съюз. Основан през 1993 г. със седалище в Лисабон. Центърът е основният източник на всеобхватна информация за наркотиците и наркоманиите в Европа.

EMCDDA събира, анализира и разпространява основани на факти, обективни, надеждни и сравними данни за наркотиците и наркоманиите. По този начин той осигурява за аудиторията си подкрепена с факти картина на явленията наркотици на европейско равнище.

Публикациите на Центъра са основен източник на информация за широк кръг лица, включително тези, отговорни за вземането на решения политици и техните съветници; специалисти и изследователи, които работят в областта на наркотиците; и в по-широк смисъл, медиите и широката общественост.

Наръчните на EMCDDA са практически пособия, насочени към специалистите и хората от практиката, работещи в областта на наркотиците.

● За НФЦ

● Националният фокусен център за наркотици и наркомании (НФЦ) е звено, създадено в началото на 2003 г. с решение на Националния съвет по наркотичните вещества и със заповед на Министъра на здравеопазването като част от изпълнението на Националната стратегия за борба с наркотиците 2003-2008 г.

● НФЦ е базиран в Националния център по наркомании и е официалния партньор на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) от страна на Република България, както и участник в Европейската мрежа за информация в областта на наркоманиите (REITOX).

● Съгласно чл. 80, ал. (3) от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) НФЦ изгражда и поддържа публична информационна система за наркотици и наркомании в България, както и информационна система за ранно предупреждение за нови наркотични вещества като част от Европейската система за ранно предупреждение. Звеното извършва информационна, аналитична, научно-изследователска, експертно-консултативна и издателска дейност.

● НФЦ поддържа и развива индикатора „Търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици“ за България, като данни по него се събират от 1994 г.



НАЦИОНАЛЕН ФОКУСЕН ЦЕНТЪР ЗА НАРКОТИЦИ И НАРКОМАНИИ
NATIONAL FOCAL POINT ON DRUGS AND DRUG ADDICTIONS