

3 Kezelés

A kezelési igény indikátor

(Treatment Demand Indicator – TDI)

Egységes protokol 2.0

14.03.2000

Magyar nyelvi lektorálás: Dr. Veress Katalin

Koordinátor

Roland SIMON, IFT, Németország
Tim PFEIFFER, IFT, Németország

EMCDDA Koordinátor

Richard HARTNOLL
Julian VICENTE

Pompidou-csoport Koordinátor

Christopher LUCKETT, főosztályvezető, Pompidou Csoport, Európa Tanács, Straßbourg
Michael STAUFFACHER, tanácsadó, Zürich

Irányítóbizottság

Michael DONMALL, Kábítószeres Visszaéléseket Kutató Egység, Manchester, Anglia
Anna KOKKEVI, Egyetemi Mentál-Egészségügyi Kutatóintézet, Athén, Görögország
Anton W. OUWEHAND, IVZ/IVV, Utrecht, Hollandia

Jelen protokoll kidolgozásában az alábbi szakértők vettek részt:

EU-tagállamok

Ana ALVAREZ, Junta de Castilla y Leon, Spanyolország
Patsy BAILEY, Statisztikai részleg 2D, Skipton House, Anglia
Luc BILS, CCAD, Belgium
Jean-Michel COSTES, OFDT, Franciaország
Lene HAASTRUP, Nemzeti Egészségügyi Bizottság, Dánia
Roger HOLMBERG, Nemzeti Egészségügyi és Népjóléti Bizottság, Svédország
Patrick LEURQUIN, Louis Pasteur Közegészségügyi Kutató Intézet (IPH), Belgium
Paula MARQUES, SPTT, Portugália
Giovanni NICOLETTI, Egészségügyi Minisztérium, Olaszország
Mary O'BRIEN, Egészségügyi Kutatási Bizottság, Írország
Alain ORIGER, Egészségügyi Minisztérium, Luxemburg
Christophe PALLE, OFDT, Franciaország
Airi PARTANEN, Stakes, Finnország
Vera SEGRAEUS, Nemzeti Intézményi Ellátás Bizottság, Svédország
Alfred UHL, LBI Függőségkutatás, Ausztria
Mark VANDERVEKEN, CTB-ODB, Belgium
Ari VIRTANEN, Szociális és Egészségügyi-ellátási Kutató Központ, Finnország

KKE országok

Ilona ADAMAITE, Lettország
Jan SEJDA, Cseh Köztársaság
Reet MALBE, Észtország
Katalin VERESS, Magyarország

Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ.....	V
1 BEVEZETŐ	1
1.1 KEZELÉS MONITOROZÁS EPIDEMIOLOGIAI CÉLBÓL	1
1.2 A KEZELÉSI IGÉNYEK DOKUMENTÁLÁSÁRÓL SZÓLÓ EURÓPAI SZABVÁNY KIDOLGOZÁSA	1
<i>A Pompidou Csoport (PG) Protokoll, mint az első európai szabvány</i>	<i>1</i>
<i>Korábbi tanulmányok és előző EMCDDA projektek.....</i>	<i>3</i>
2 A PG / EMCDDA KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTORA (TDI)	5
2.1 A TDI CÉLJA.....	5
2.2 A TDI KIDOLGOZÁSA: A TÉTELEK KIVÁLASZTÁSA	5
2.3 A TDI ÉS A NEMZETI MONITOROZÓ RENDSZEREK.....	6
2.4 ADATTOVÁBBÍTÁS A NEMZETI RENDSZEREKBŐL, ÁTVÉTELÜK A TDI RENDSZERBE	6
3 DEFINÍCIÓK ÉS MÓDSZERTANI IRÁNYELVEK	11
3.1 DEFINÍCIÓK 11	
<i>Mely „eseteket” tartoznak a TDI rendszerbe ?</i>	<i>12</i>
<i>Mi a „kezelés”?</i>	<i>14</i>
<i>A kezelőhelyek mely típusa tartoznak ide?</i>	<i>15</i>
<i>Mikor kezdődik a „kezelés”?</i>	<i>17</i>
<i>Mi az „első kezelés”?</i>	<i>18</i>
<i>Mely „kábitószereket” kell tükrözni?.....</i>	<i>19</i>
<i>Mit jelent a „kábitószer -használat”?</i>	<i>21</i>
3.2 A DUPLA NYILVÁNTARTÁS KIVÉDÉSE	22
3.3 AZ ADATOK MINŐSÉGELLENŐRZÉSE A FOLYAMAT EGÉSZÉBEN	22
3.4 ÉTIKAI KÉRDÉSEK	24
3.5 A KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR - TDI TÉTELEK TÖRZSLISTÁJA	26
<i>A kezelési kontaktusra vonatkozó adatok.....</i>	<i>26</i>
<i>Szocio-demográfiai információk.....</i>	<i>28</i>
<i>A használt kábítószerekkel kapcsolatos információk</i>	<i>31</i>
4 ÁTTÉRÉS A PG PROTOKOLRÓL A TDI-RE	35
5 BIBLIOGRÁFIA.....	39

Rövidítések

CCAD	Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues de la Communauté française de Belgique – a belga monitorozó rendszer (francia anyanyelvű közösség)
CEEC	Central and Eastern European Countries – Közép- és kelet európai országok
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Spanyolország
DMD	Drug Misuse Database – Kábítószeres visszaélés adatbázis, Egyesült Királyság
DSM	Diagnostic and Statistic Manual – Diagnosztikai és statisztikai kézikönyv
DTRS	Drug Treatment Reporting System – Kábítószerkezelés jelentőrendszer, Írország
EBIS	Németországi, járóbeteg ellátásra alapuló dokumentációs rendszer
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – A Kábítószerkezelést és Kábítószerfüggőséget Monitorozó Európai Központ
ICD	International Classification of Diseases – Betegségek Nemzetközi Osztályozása
IFT	Institut für Therapieforchung – Terápiás Kutató Intézet, München
ISCED	International Standard Classification of Education – Közoktatás Nemzetközi Egységes Klasszifikációja
IUS	Dán kábítószer nyilvántartás
IVV	A LADIS - Függőségek Kezelésével, Gondozásával kapcsolatos Információs Rendszert fenntartó Szervezet, IVZ osztály, Hollandia
IVZ	Intézményi kezelés - információs rendszer, Hollandia
KE.TH.E.A.	Görögországi kezelési szolgálat Athénban és környékén
LADIS	Kezelés alatt álló kábítószerhasználók adatait gyűjtő országos rendszer, Hollandia
LBI	Ludwig Boltzmann Intézet, Ausztria
NFP	National Focal Point – Nemzeti drogmonitorozási központ; mindazon intézmények és országos fennhatóságú szervek, amelyek a REITOX-hálózatot alkotják
NHS	National Health Service – Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, Egyesült Királyság
OFDT	Kábítószerkezelést és Kábítószerfüggőséget Monitorozó Központ, Franciaország
PG	Az Európa Tanács Pompidou Csoportja
REITOX	Reseau Europeen d'Information sur les drogues et les Toxicomanies, az EMCDDA kapcsolattartó nemzeti drogmonitorozási központjainak hálózata
RELIS-LINDDA	Luxembourgish Information Network on Drugs and Drug Addiction – Luxemburgi Kábítószeres- és Kábítószerfüggőségi Információs Hálózat
SEDOS	A fekvőbeteg ellátás dokumentációs rendszere, Németország
SEIT	Kábítószeres visszaélések állami információs rendszere, Spanyolország
S.P.T.T.	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência – Portugália egészségügyi és kábítószerfüggőséget szakosítottan kezelő szolgálata
STAKES	Nemzeti Népjóléti- és Egészségügyi Kutató- és Fejlesztő Központ, Finnország
TDI	Treatment Demand Indicator – Kezelési igény indikátor
VAD	Belga monitorozó rendszer (Flandria)

Előszó

A Kábítószereket és Kábítószer-függőséget Monitorozó Európai Központot 1993-ban hozták létre azzal a céllal, hogy az Európai Unió tagállamai, az Európa Parlament, valamint az Európai Bizottság számára megbízható, egyben összehasonlítható információkat nyújtson a kábítószerokról, illetve a velük kapcsolatos témakörökről. Bár sokirányú munka folyt ezen a területen már a Központ létrehozása előtt is, a kábítószerekre és kábítószer-használókra, valamint a keresletcsökkentési tevékenységre vonatkozó adatgyűjtés eszközei és módszerei csak nehezen voltak összehasonlíthatóak.

Az eltelt időben az EMCDDA, nemzeti partnereivel együtt, jelentős erőfeszítéseket tett a hiányosságok leküzdésére a kutatás, illetve az adatgyűjtés több területén. A munka az utóbbi néhány esztendő folyamán számottevően haladt, különösen a kezelés-monitorozás terén. Az Európa Tanács Pompidou Csoportja (PG) által elvégzett sokrétű munka, valamint az egyes országok szakértőinek számottevő hozzájárulásával számos projekt valósult meg, megcélózva egy, a kábítószer-használók kezelésére vonatkozó, egységes európai protokoll kialakítását. Ez az összegzés (szabványleírás) e bizonyos Kezelési igény indikátor (TDI) protokoll szélesebb közönség elé kerülő első változata. Alapul szolgál az EMCDDA, illetve nemzeti kapcsolattartó pontjai (a nemzeti drogmonitorozási központok) közötti harmonizációs folyamatnak azzal a céllal, hogy a kezelésekkel kapcsolatos, a különböző országokból az EMCDDA adatbázisába és jelentéseihez továbbított adatok jobban összehasonlíthatóak legyenek. A listában szereplő tételek az információs szükségleteket, az adatok jelentős számú az adott országon belüli hozzáférhetőségét, megbízhatóságát, és mindenekelőtt - összehasonlíthatóságukat szem előtt tartva lettek kiválogatva.

Szinte valamennyi EU-tagállam szakértői bekapcsolódtak már a munkába, és a következő fázisok során várható az egyre kiterjedtebb harmonizációs tevékenység, valamint a feladatok nemzeti szintű megvalósítása. A Pompidou Csoport készítette elő a TDI rendszert, amely immár a PG, valamint az EMCDDA közös szabványává vált, és a következő néhány év folyamán fokozatosan kiváltja majd a PG Definitív Protokollját. Annak érdekében, hogy könnyebbé tegyük az átállást erre az új protokollra, mellékeljük a PG protokollról a TDI-re való átállás konvertálási szabályait. A TDI emellett áthidalja a PG által szervezett, számos európai nagyváros részvételével folytatott vizsgálat (Multi-City-Study), valamint az EMCDDA munkája alapjául szolgáló nemzeti szint közötti távolságot is. Ily módon fokozhatók az együttműködés előnyei, és az egyes csoportok profitálhatnak egymás ismereteiből is, pl. a prevalencia (gyakoriság) becslése tekintetében.

A TDI képezi mindazon harmonizációs tevékenységek alapját, amelyek az EMCDDA munkatervének részei. Bizonyos időszak elteltével a folyamatot, a hozzá kapcsolódó új tapasztalatokkal együtt kiértékeljük és – amennyiben szükséges – a protokollt módosítjuk, kiegészítjük. Minthogy a kábítószer-használat, a kábítószer-használók, illetve a kezelések maguk is állandóan változnak, e jelen fázis nem a végső lesz. A protokollt szükség esetén ötévente felülvizsgáljuk és javítjuk. Ez az öt éves időszak arra is lehetőséget ad, hogy kialakuljon az adatgyűjtés rutinszerű módszere. Másfelől, lévén nem túl hosszú periódus, várhatóan nem okoz majd akkora késedelmet, hogy a valós körülményekben bekövetkezett változások ne tükröződhessenek a TDI-rendszerben is.

Igyekeztünk ezt a kiadványt kis terjedelművé, így könnyen használhatóvá tenni, ezért csak a TDI-rendszer leglényegesebb elemeit tartalmazza, így például a tételek törzslistáját, illetve az alapvető definíciókat. Külön adjuk ki a teljesebb technikai mellékletet.

Roland Simon

1 Bevezető

1.1 A kezelések epidemiológiai célú monitorozása

A kezelést monitorozó rendszerek jelentik a kábítószer epidemiológia, illetve a keresletcsökkentés egyik információ-forrását. Ezek a rendszerek értékes információkat biztosítanak a kábítószer-használat, mint jelenség mértékéről és jellegzetességeiről, valamint a foganatosított ellenintézkedésekről. Az adatok korlátozott anyagi erőforrások esetén is gyűjthetők a kezeléssel foglalkozó szolgálatok keretein belül, mivel a kezelt személyekre vonatkozó információk viszonylag könnyen hozzáférhetők, és azokat a kezelőhelyek egyébként is gyűjtik. Ez az információ elfogadható minőségű, hiszen a megfelelő kérdőíveket szakértők – szociális gondozók, terapeuták – töltik ki. A kezelés alatt álló kábítószer-használókra vonatkozó adatok már most is rendelkezésre állnak az Európai Unió sok országában, valamint néhány Közép- és kelet európai országban is. Egyes kezelésmonitorozó rendszerek már több, mint másfél évtizede léteznek, és akár az adott ország szakosodott járóbeteg kezelő központjainak 40% - 100%-át is lefedik. Az EMCDDA Kezelési igény indikátora (a továbbiakban TDI, az angol eredeti Treatment Demand Indicator-ból) fontos szerepet játszik az öt epidemiológiai kulcsindikátor között. Ezek biztosítják a kábítószer-használat, illetve következményei összehasonlíthatóságát az EU-tagállamaiban. A TDI egyike annak az öt járványügyi kulcsindikátornak, amelyek átfogóan mutatják be a kábítószer-használat helyzetét a EU-tagállamokban, valamint az etéren érvényesülő tendenciákat. Ezek a indikátorok tükrözik - az EMCDDA és partnerei által meghatározott módon tükrözik a *kábítószer-használat gyakoriságát* (elterjedtségét), azaz *prevalenciáját* (1. „a problematikus kábítószer-használati prevalencia becslése nemzeti szinten”, illetve 2. „lakossági felmérések”), továbbá az *egészségügyi következményeket* (3. „kábitószerrel kapcsolatos fertőző betegségek”, 4. „kábitószerrel kapcsolatos halálozások”, és 5. a „TDI”) (Hartnoll, 1998). E kulcsindikátorok bevezetése javítani fogja az adatok összehasonlíthatóságát és minőségét a meghatározások, módszerek, információforrások közvetítésén, valamint az adatkezelési eljárások elemzésén keresztül. A megvalósítás valószínűleg hosszabb időt vesz majd igénybe, ami alatt az indikátorok összevethetősége fokozatosan javulhat.

1.2 A kezelési igény dokumentálását szolgáló európai szabvány kidolgozása

A Pompidou Csoport Protokoll (PG Definitív Protokoll), mint az első európai szabvány

Az első, páneurópai kezelési jelentőrendszerekre vonatkozó protokoll célja az volt, hogy egységes módszertant biztosítson a kezelési szolgálatokkal kapcsolatba került kábítószer-használókat jellemző adatok gyűjtéséhez és jelentéséhez a szakmabeliek, illetve a kutatók számára (Stauffacher & Kokkevi, 1999). Ennek eredményeképpen egyszerűbbé vált a különböző kezelést nyújtó szolgálatok, városok és országok adatainak összehasonlítása. A protokoll végső verziójának kidolgozásához vezető legfőbb lépések az 1991-ben Dublinban és Londonban végrehajtott próbavizsgálat (pilot), a tizenegy város részvételével lezajlott fejlesztési projekt, valamint a szakértői csoport megbeszélései voltak, amelyeken sikerült megállapodni az egységes definíciókról, a modell kérdőíven szereplő alapadatok köréről, illetve az adatgyűjtési eljárásokról. A protokollt 1994-ben véglegesítették (Hartnoll, 1994).

A PG protokoll egyre több nyugat-, valamint kelet-európai nagyvárosban került bevezetésre. Több, mint húsz város és számos nemzeti rendszer alkalmazza ezt a protokollt részben (pl. a Cseh Köztársaságban, Dániában, Belgiumban), vagy teljes egészében (pl. Írországon, Görögországban). 1997 folyamán 23 ország szolgáltatott kezelési igényre vonatkozó adatokat, amelyeket a projekt zárójelentésében gyűjtöttek, elemeztek és foglaltak össze (Stauffacher, 1999).

A PG elősegítette a kezelési jelentő-rendszerek kifejlesztését Közép- és Kelet Európa több

városában. Egy új PG projekt részeként ezeket a csak egyes városok jelentésén alapuló rendszereket a jövőben továbbfejlesztik országos szintűre. Egy további, folyamatban levő új projekt egy 'kezelési zárójelentés' formanyomtatvány megszerkesztésén dolgozik, amely majd csatolható a már meglévő kezelési igény információhoz.

Korábbi vizsgálatok és előző EMCDDA projektek

Az utóbbi években a TDI kidolgozásához alapvetően három tényező járult hozzá: a PG által elvégzett fejlesztő munka, az országok tapasztalatai, illetve az EMCDDA által végrehajtott projektek sorozata (lásd még Simon et al., 1999).

A fent említett PG Definitív Protokoll (Hartnoll, 1994) kifejlesztése mellett a PG egy további fontos lépése a minőségellenőrzés rendszerének kidolgozása volt. Ez a PG protokoll több tételével kapcsolatosan a 'hiányzó értékek'-re, illetve az 'inkonzisztenciák' kiiktatására vonatkozó az eljárást foglalta magában (Kokkevi, 1997). Néhány nemzeti rendszert (pl. Németországban, Hollandiában és Spanyolországban) a PG protokolltól függetlenül fejlesztettek ki, így amikor a PG Protokoll használata elkezdődött, ezen országok már meglehetősen hosszú múltra tekinthettek vissza (Simon & Hoch, 1999; Ouwehand & van Alem, 1999; Alvarez-Requejo et al., 1999; Donmall, 1999). A TDI protokoll már csak ezért sem lehetett a PG protokoll egyszerű másolata. A PG protokoll mégis alapvető referencia, vitaindító anyag, illetve a fejlesztés kiindulópontja volt. A különböző európai országok nemzeti, vagy kvázi-nemzeti rendszereiből nyert tapasztalatokat szintén figyelembe vettük.

Az EMCDDA, szoros együttműködésben valamennyi EU-tagállam szakértőivel, a fenti alapokból kiindulva állította össze az első általános tétel-listát, amely szükségesnek, hasznosnak, illetve elégségesnek bizonyult: a) az EU-ban a kábítószer problémákkal kezelt személyek jellemzőinek, valamint b) a szakterületen utóbb bevezetett fejlesztéseknek a leírására (Simon & Tauscher, 1997). Külön vizsgálatok foglalkoztak a definíciókkal, valamint a tételek módszertani aspektusaival, össz-európai, és nemzeti szinten egyaránt. Feltétlenül megemlítené az egyes esetek dupla nyilvántartásának elkerülését célzó, egyben – a kezelt személyek személyiségi jogait, illetve az adatvédelmi követelményeket is kielégítő eljárásokat ajánló vizsgálat (Origer, 1996). A Simon és Pfeiffer (1998) által készített megvalósíthatósági tanulmány (feasibility study) áttekintést nyújtott a kezelés(i igény) monitorozásának fejlettségi állapotáról az EU-tagállamaiban, ezen kívül alapul szolgál az indikátor harmonizációjához. A tételek közös EMCDDA/PG törzslistáját végül 1999-ben a PG és az EMCDDA szakértői együttesen véglegesítették (Pfeiffer & Simon, 1999).

A metodológiai megfontolásokra összpontosító további részletek a külön kiadású technikai mellékletben olvashatók.

2 A PG/EMCDDA Kezelési Igény Indikátora (TDI)

2.1 A TDI célja

Az EMCDDA által koordinált adatgyűjtések alapjául szolgáló kezelési igény indikátor, célja az, hogy összehasonlítható, megbízható, illetve anonim információt biztosítson az EU-tagállamokban kábítószer-használat miatt kezelésbe került személyek számáról és jellemzőiről. A problematikus kábítószer-használat gyakoriságára, a használati mintákra (injekciós használat, többfajta drog együttes használata, stb) vonatkozó, és a használók leírását szolgáló (profil) információk nagy segítséget jelenthetnek az igénybevett ellátási formák feltérképezésében, a költségigények felmérésében, valamint a kábítószer-használóknak szánt ellátás tervezésében és értékelésében. Ez az információ a problematikus kábítószer-használat trendjeire nézve is jelzésértékű, és a problematikus kábítószer-használat prevalenciájának további, részletesebb értékelését is lehetővé teszi (Hartnoll, 1998).

Ennek a protokollnak az a célja, hogy meghatározzon egy minimális adatkészletet (a TDI alaptételek törzslistáját), amelyet mindegyik nemzeti kezelés-monitorozó rendszer képes lesz felvenni minden egyes kezelt személyről. A nemzeti szabványok a következő években lépésről-lépésre ez alapján kerülnek harmonizálásra, ezáltal elvezetve az európai szinten összehasonlítható adatokhoz. Ez segíti majd a nemzeti egészségügyi rendszerek javítását és továbbfejlesztését azáltal, hogy képes lesz a tapasztalatok szélesebb körének figyelembe vételére. Ugyanakkor adaptálja is őket a növekvő európai perspektíva szerint változó igényekhez.

A TDI tételei a szükséges információk tekintetében a legkisebb közös nevezőnek számítanak, a nemzeti rendszerek szabadon gyűjthetnek bármely egyéb információt is, amelyet idevágónak, vagy nemzeti szinten fontosnak tartanak. A jelen protokollban található tételeket nem feltétlenül kell ugyanabban a formában, pontosan ugyanazokat a kategóriákat használva gyűjteni, mint ahogyan azt a protokoll meghatározza. Viszont minden tagállamnak képesnek kell lennie a törzslista szerinti adatok kinyerésére (is) nemzeti adatkészletéből, hogy azokat az EMCDDA-nak továbbítani lehessen európai célokra. Precízen részletezett eljárásra van szükség nemzeti szinten ahhoz, hogy világos legyen az illető feldolgozás és az adatok átalakításának mikéntje (lásd később).

A TDI törzslista nem egy felhasználásra kész tételkészlet. A listázott tételek legfőbb célja, hogy keretet adjanak minimális egységesített információ gyűjtéséhez. Ettől függetlenül egynémely tételt adott, alapformájában is lehetséges használni egy új kezelés-monitorozó rendszer kialakításánál, avagy meglévő rendszerek felújításánál/felülvizsgálatánál. Megint más TDI tételeket a nemzeti körülményekhez kell igazítani úgy, hogy az egyes tételek átalakítására vonatkozó leírások közérthető meghatározásokat tartalmazzanak.

2.2 A TDI kifejlesztése: A tételek kiválasztása

Az egyes tételek relevanciáján túl a legfontosabb szempont a kulcsinformációk adott pillanatbeli és/vagy jövőbeni rendelkezésre állása a meglévő monitorozó rendszereken belül. Azt a gyakorlatias megközelítést tettük magunkévá, amelyben egy adott tétel törzslistára kerülésében az volt a meghatározó, hogy 'rendelkezésre állt'-e vagy sem. A tételek sorát a jövőben tovább lehet finomítani, bővíteni, de e folyamat legelején - a tapasztalatok igazolták -, a tételek körének korlátozása indokolt annak érdekében, hogy a lehető legtöbb országban sikeres lehessen magának a rendszernek a bevezetése.

A TDI kiindulópontjának a PG protokollban már szereplő európai törzslistát, illetve a nemzeti monitorozó rendszerekben használt különféle tétellistákat tekintettük. Összességében véve több, mint 50 különböző tételt vitattunk meg a fejlesztés ezen fázisában. A nemzeti

szakértők és az EMCDDA képviselői, illetve a PG szakértőinek vitáit és a kiválasztás folyamatát követően alakult ki a 20 tételt tartalmazó törzslista. Azokat a tételeket szűrtük ki, amelyek nem álltak rendelkezésre a résztvevő országok nemzeti rendszereinek több mint 50%-ában. A véglegesített törzs(tétel)lista három különböző területet fed le:

- A kezelésbe (kezelőrendszerrel való kapcsolatba) kerülést indikáló adatok
- Szocio-demográfiai információk
- A használt kábítószerre vonatkozó információk

A további, releváns, mégis vagy az országok többségében jelenleg nem elérhető, vagy a nemzeti rendszerekből az európai rendszerbe való átváltáskor potenciálisan problémákat okozó tételeket egy „kívánság listára” vettük fel, amely megtalálható jelen protokoll technikai mellékletében. Ezek a tételek ez idő szerint **nem** képezik a TDI protokoll részét, de a jövőbeli bővítést célzó megbeszélések, a fejlesztések szempontjából relevánsnak tekintendők.

2.3. A TDI és a nemzeti monitorozó rendszerek

A közös törzslista kifejlesztése *előtti* egyik legfontosabb feladat az volt, hogy tisztázzuk és megértsük a monitorozó rendszerek *tárgyának*(az *általuk lefedett témakörök*) *különböző* meghatározásait, illetve a rendszert alkotó *tárgyak*, témák kezelésének *módszereit*. Ez a fogalmak tisztázását célzó, összességében 'megértési' folyamat alapvető fontosságú volt a kábítószer-kezelési adatok értelmezésében és a különböző országok adatainak összehasonlításához.

Számos nemzeti monitorozó rendszer olyan további (többség) információt is használ, amelyet a TDI nem tükröz. Minden ország számára fennáll a teljesebb körű, vagy konkrétabb (szűken specifikus) adatok gyűjtésének lehetősége, amennyiben emellett képes a TDI tételekben szereplő adatok szolgáltatására. Az országok egy-egy tételre nézve tetszésük szerinti számban alkalmazhatnak kategóriákat, ez esetben is feltétel azonban, hogy azoknak konvertálhatóaknak kell lenniük az európai egységes kategóriákra. Szükségessé válik egy megbízható módszer kialakítása mindezen törzsadatok rutinszerű kivonására az egyes nemzeti forrásokból. A csak helyi, vagy nemzeti szervezeti célokhoz igazodó tételeket (kezelő központ kódszáma, kezelt kódja, stb.) nem tárgyaljuk ehelyütt.

Egy nemzeti kezelés-monitorozó rendszer beindításának gyakorlati konkrétumait nem áll módunkban e helyen tárgyalni. Technikailag egy ilyen rendszer alapulhat formanyomtatványok, kartotékok kitöltésén, napjainkban azonban sokkal valószínűbb az elektronikus adatfeldolgozást használó megoldás. A gyakorlati megvalósítás milyensége az adminisztratív elvárásoknak, a személyzet technikai felkészültségének, valamint a finanszírozás rendszerének függvénye. Megemlítendő, hogy a jogi korlátozások a mai napig Európa-szerte eltérők, ennek azonban a jövőben – az adatvédelem európai szabályozását (95/46/EG irányelv) követően –, egységesebbé kell válnia. Ez a szabályozás 1998-ra bekerült minden EU tagállam nemzeti joggyakorlatába. Jelen pillanatban még csak néhány ország folytat a dupla nyilvántartást effektíven kivédeni képes, egyéni adatokon alapuló anonim adatgyűjtést, az aggregált adatok felhasználása helyett, országos, esetleg regionális szinten. Különböző módszerek alkalmazhatók a dupla nyilvántartás elkerülésére, vagy legalább csökkentésére. Bármely ország egyéni helyi törvényhozási gyakorlata alapján az alább felsorolt különböző lehetőségek közül választhat (lásd a 3.2 fejezetet a 22., illetve a 3.4 fejezetet a 24. oldalon).

2.4 Adattovábbítás a nemzeti rendszerekből, átvételük a TDI rendszerbe

A TDI bizonyos tételeit csak megközelítőleg, átmeneti szinten sikerült definiálni, ami azt jelenti, hogy a nemzeti adatokat erre a szintre kell átalakítani. Ezekben az esetekben nagyon egyértelművé válik, hogy a TDI egyelőre nem egy „használatra kész” kérdőív, hiszen minden egyes országnak kicsit magára kell azt szabnia.

Példa:

Jó példa lehet erre az „iskolai oktatás”: Minden ország sajátos oktatási rendszerrel rendelkezik. A TDI éppen ezért az „alapfokú iskola”, „középiskola”, illetve „harmadfokú-/felsőfokú iskola” kategóriákat használja. Minden országnak konvertálnia kell a saját oktatási rendszere szerinti kategóriákat a fenti kategóriáknak megfelelően, hogy a kábítószer-használók iskolázottságára vonatkozó adatok átdadhatóakká váljanak a TDI rendszerébe. Ehhez az Egységes Nemzetközi Oktatási Klasszifikációt (International Standard Classification of Education – ISCED) kell használni. Az ISCED arra is jó példa, hogy már meglévő szabványok miként segíthetik egyes TDI tételek nemzeti szintű bevezetését, majd olyan információkká alakításukat, amelyek már nemzetközi szinten is összehasonlíthatóak.

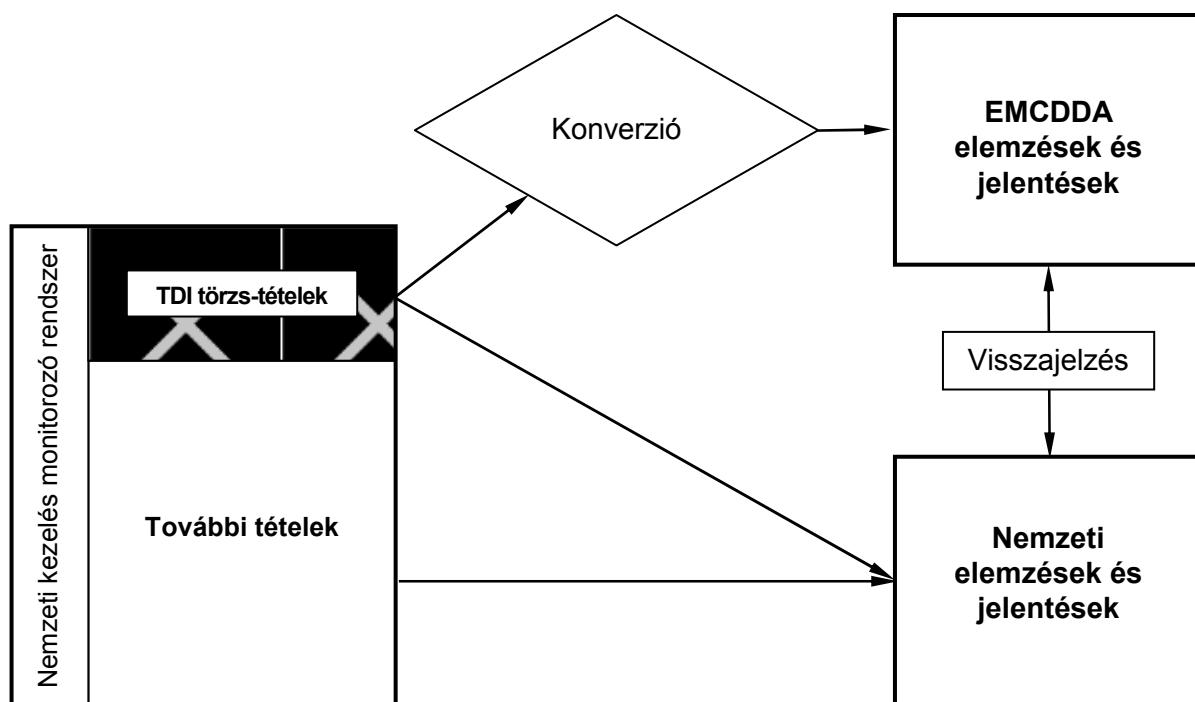
További tételeket, illetve konkrét kérdőíveket bemutató példákat találhatunk, pl. Hollandia, Németország nemzeti rendszerében, ill. a PG protokollban (lásd a technikai mellékletet).

A TDI bevezetések az egyik legfontosabb feladat az összes bekért információ elérhetőségének következetes ellenőrzése. Emiatt minden országnak meg kell határoznia a nemzeti ekvivalenciákat, tehát mindazokat a szabályokat, amelyekkel a nemzeti szintű adatgyűjtés információt át lehet alakítani TDI tételeknek megfelelően. Ezek a szabályok hivatottak megszabni azt, hogy miként kell az adatokat a nemzeti jelentő-rendszerből és/vagy forrásokból a TDI-alapú jelentésbe átvezetni, amely ezt követően az EMCDDA-hoz kerül. A szabályok lehetővé teszik a különböző alapszintű információk mélyebb értelmezését, így segítve a tételek egységesebb kezelését az országokban.

Alapvető fontosságú, hogy a kezeléssel kapcsolatos adatokat a származási helyüknek és gyűjtési módjuknak megfelelő kontextusban értelmezzük. Amint már említettük, a definíciókkal kapcsolatosan mindig előfordulnak értelmezésembeli eltérések (pl. a részmunkaidős foglalkoztatás meghatározása tekintetében, vagy a „stabil” kontra „instabil” életkörülmények definícióját illetően), így tehát a jövőben is figyelembe kell vennünk ezeket az eltéréseket.

Ezen túlmenően a rendelkezésre álló ellátások (szolgáltatások) mennyisége, illetve típusai, jellege nyújt fontos háttér-információkat.

1. ÁBRA Az adatgyűjtés és az információ-áramlás



Az 1. ábra illusztrálja, hogy a TDI tételek miként ágyazódnak be a nemzeti adatgyűjtési folyamatba. Amint itt is látható, a TDI tételek használata nem kizárólag az EMCDDA céljaira történő adatgyűjtés szempontjából előnyös. Felhasználhatók ezen kívül nemzeti szintű elemzések és jelentések készítésére is. A „konverzió” oválisa jelzi, hogy az információk gyűjtése lehetséges nem szabványos formátumban is, de azt is, hogy a nem szabványos formátum további, egyértelmű szabályok alapján történő adatfeldolgozás (-átalakítás) kell kövesse, az adatok EMCDDA felé történő továbbítását megelőzően.

Sok országban a TDI tételek az országban gyűjtött összes információnak csak kisebb részét képezik. Figyelembe véve azt, hogy a TDI tételek javarészt a nemzeti célokra szükséges, leginkább alapszintű információk bázisoznak, e tételek bevezetése nem okozhat komolyabb problémát. Az EMCDDA, illetve a nemzeti rendszerek közötti folyamatos visszacsatolás „teszi az i-re a pontot”, biztosítva az állandó értékelést, értelmezést és a módszerek továbbfejlesztését.

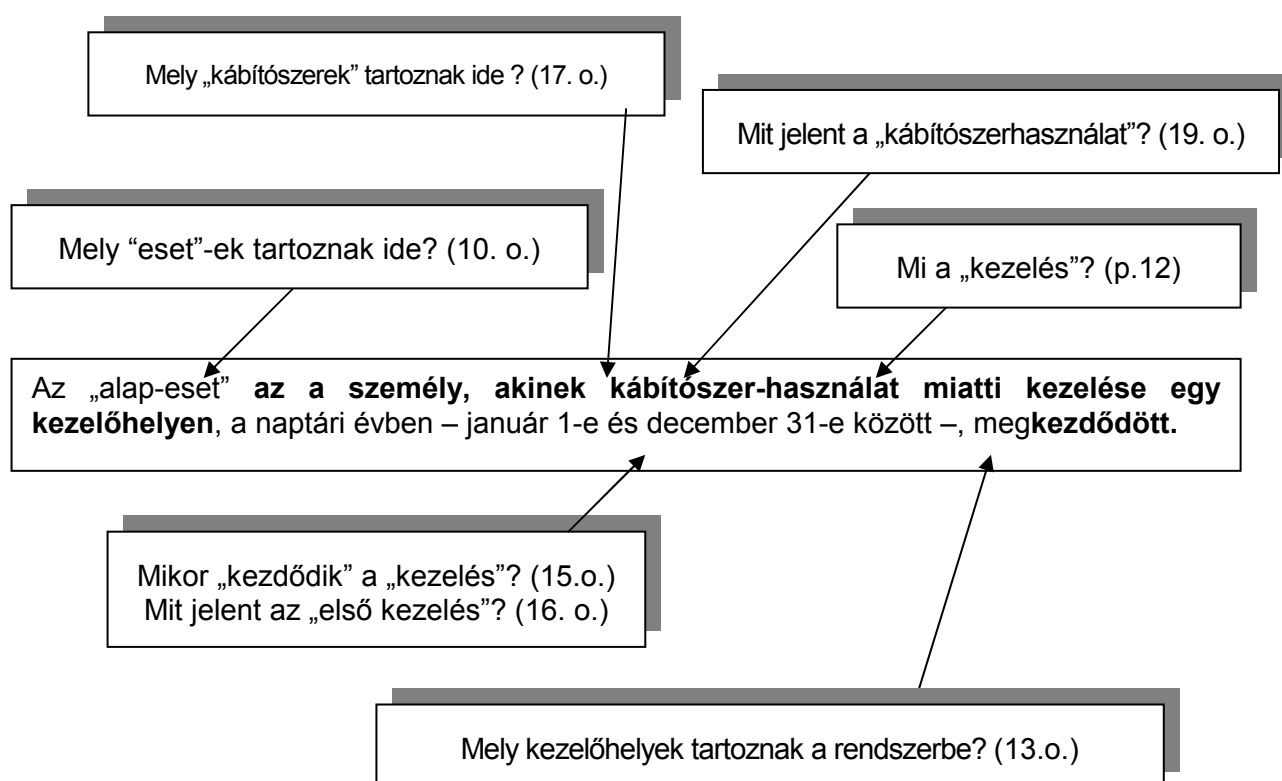
3 Definíciók és módszertani irányelvek

3.1 Definíciók

Ez a fejezet tartalmazza a legfontosabb szakkifejezések meghatározásait (definícióit), emellett útmutatást nyújt az adatok gyűjtéséhez, feldolgozásához, valamint továbbításához az EU szint felé. Annak érdekében, hogy a TDI- és PG protokollok kompatibilitását fenntarthatassuk, vagy akár növelhessük, a PG protokollban szereplő megfogalmazásokat alkalmaztuk a lehető legtöbb helyen (Hartnoll, 1994).

Egyetlen 'eset-definíció'-n alapulva, (amely már önmagában számos magyarázatra szoruló szakkifejezést tartalmazhat), nehézségekbe ütközne a módszertani szempontok és meghatározások megfelelő sorrendben való bemutatása. A 2. ábra azt foglalja össze, hogy az alap 'eset-definíció' különböző elemeinek meghatározásai hol találhatók a szövegben. Mindezen kérdéseket, és még néhány további szempontot a következő fejezet megfelelő részei tárgyalják.

2. ÁBRA Módszertani aspektusok összefoglalója



Az kulcsfontosságú 'eset-definíció' az alapja a 2. ábrán bemutatott számos, további tisztázást igénylő részfogalomnak. A következő fejezet pontosan ezekkel a részletekkel foglalkozik, a TDI-rendszerben alkalmazandó definíciókat sorolja fel. Emellett olyan kiegészítésekkel is szolgál, amelyek célja, hogy az olvasó számára lehetővé tegye az egyes definíciók értenyeinek, illetve korlátainak részletesebb megismerését.

Mely „eset”-eket kell a rendszerbe beiktatni, ill. Kik lesznek a TDI rendszer alanyai/„alap-eset”-ei ?

Definíció

A kezelési igény jelentések céljára az alapeset **az a személy, akinek kábítószer-használat miatti kezelése egy kezelőhelyen**, az adott naptári évben – január 1-e és december 31-e között –, megkezdődött.

Módszertani kiegészítések

Amennyiben egy személy egynél több alkalommal kezd kezelést egy adott év folyamán, ugyanabban a kezelő intézményben, vagy bármely más kezelőhelyen, akkor **kizárólag** az adott év **utolsó kezelése** számít. Ha egy személy bármely előző évben megkezdett kezelését **folytatja, akkor őt nem számoljuk újra**. Itt merül fel az a szükségszerűség, hogy ugyanazt a személyt **ne** vegyük újólag nyilvántartásba („dupla nyilvántartás”!). A dupla nyilvántartás problémáit, illetve elkerülésének néhány alapvető megközelítési módját a 3.2. fejezet tárgyalja.

A 3. ábrán látható egy táblázatos összefoglaló arról, hogy mely „eset”-ek tartoznak a rendszerbe, és melyek nem (a módosított ábra forrása: Stauffacher, 1999):

/A TDI metodika megközelítésében - adott „kezelt” (személy) „kezelés”-i folyamata a kezelőhely(ek)en történő (újra)jelentkezésé(ei)től függően kezelési „epizód(ok)”-ra bomlik (beszúrás a lektortól)/.

3. ÁBRA A kezelés igény „eset-definíció”-ja a TDI és PG metodológiának megfelelően

Kezelt (személy)	Kezelési epizód	Kezelő intézmény	Előző év	Adott jelentési év	Következő év
A	A1	1	◆.....◆	◆	◆
A	A2	2		◆.....◆	
A	A3	2		◆.....◆	
A	A4	3		◆.....◆	◆
B	B1	1	◆.....◆		
B	B2	1			◆.....◆
C	C1	1		◆.....◆	◆

Az fenti „eset-definíció”-ból kiindulva csak az A3-as, illetve C1-es kezelési epizódot kell jelenteni az adott, jelentett évre vonatkozóan.

- **A kezelt:** Az A1-es epizód az előző évben kezdődött, emiatt tehát nem kell (újra)regisztrálni a jelentett évre. Az A2-es epizód akkor volna regisztrálandó és jelentendő, ha az adott évben nem került volna sor további kezelésre. Az A3-as epizód jelentendő még akkor is, ha nem csak az A3-as az egyetlen kezelési epizód, amelyet a jelentett évben kezdtek el. Mégis ezt kell bejelenteni, hiszen abban az évben ez a legutóbbi epizód, így ez jelenti a kezelt személyre vonatkozóan a legfrissebb információt. Mivel az A4-es epizódhoz képest az A3-as epizód az év folyamán később kezdődött, így az A4-es epizód a kezelt személyre vonatkozóan nem a legfrissebb információt képviseli. Az eset-definíció értelmében tehát az A4-est nem, viszont az A3-as epizódot be kell a TDI

rendszerbe léptetni.

- *B kezelt:* A B1-es epizódot nem kell jelenteni, hiszen a kezelt személy a kezelést nem a jelentéstétel évében kezdte. „Régi” eset tehát, nem pedig új kezelés. A B2-es epizód nem a jelentéstétel évében történik, emiatt nem kerül még továbbításra az EMCDDA felé ebben az adott jelentési évben.
- *C kezelt:* A C1-es epizódot TDI-nyilvántartásba vesszük, mert a kezelés a jelentéstétel évében kezdődött. Maga a tény, hogy a kezelés nem fejeződött be ugyanebben az évben nincs kihatással a kezelt személy ezévből megejtendő regisztrációjára.

Az alap ‘eset-definíció’-hoz közvetlenül kapcsolódik az a kérdés, hogy vajon mikor tekinthető egy kezelés befejezettnek, illetve mikor kell kezdeményezni egy **újabb (rákövetkező) kezelés** nyilvántartásba vételét.

Fontos, hogy ne kizárólag az első kezelési igényekre vonatkozó információkat gyűjtsük, hanem a folyamatosan kezelésekre járó személyek leírását is (újából) megadjuk, hiszen elképzelhető, hogy változtak kábítószer-használati szokásaik, vagy személyes jellemzőik a két időpont között. A legtöbb nemzeti rendszer követi ezt a koncepciót. Általában véve „a kezelés vége”-t a kezelési kontaktus intenzitása és minősége, vagy adminisztratív szabályok határozzák meg (pl. amennyiben a kezelési folyamat tovább tart 6 hónapnál, úgy automatikusan regisztrálásra kerül egy új „epizód”). Ezidáig nem létezik egységesített szabvány. Minden egyes nemzeti rendszernek meg kell próbálnia egy olyan **definíciót adni az egyéni „kezelés vége”-re, ami a lehető legegységesebb és legoperatívabb**, megfogalmazva azokat a feltételeket, amelyek mellett az ismételt kezelést igénylő személyt ‘új eset’-ként (és nem az adott kezelt személy új kezelési epizódjaként) kell nyilvántartásba venni. Mindaddig, amíg nem alakul ki egy közös definíció, a nemzeti szinten nyilvántartott esetek teljes számát erősen befolyásolni fogják ezek a szabályok. A nemzeti szabályok egyértelmű megfogalmazása segíti az általuk bevitt „torzítás” mértékének becslését, ezáltal pedig javítja az adatok összehasonlíthatóságát.

Annak érdekében, hogy az egyes országok összevethetőségét optimális szintre fejlesszük, legalább a kezelési epizódok elejét, és végét egymáshoz hasonló módon kell viszont meghatározni. Ebben a legnagyobb nehézséget bármely adott egyetlen kezelési epizód befejezésének (végpontjának) meghatározása jelenti. Erre nézve eltérő megközelítések léteznek, például:

- A kezelést folyamatos, életre szóló folyamatnak tekintik, amely során a személyt mindvégig ugyanaz a kezelőhely kezeli; ennek megfelelően csak az első kezelést dokumentálják – *vagy*
- a kezelés monitorozó rendszer szabályainak megfelelően valamennyi kezelési epizód előre meghatározott időszak elteltével befejeződik, amely után automatikusan regisztrálnak egy újabb kezelési epizódot.

Az eltérő megközelítések különböző kép kialakulásához vezetnek az adatok gyűjtése, elemzése során.

Ez a probléma szorosan kapcsolódik az esetek dupla nyilvántartásából adódó gondokhoz a monitorozó rendszerekben. Az egyes kezelések kezdési, illetve befejezési időpontjának nem egyértelmű meghatározása emellett akkor is problémát okoz, amikor egy személy ismételt nyilvántartásba kerül ugyanabban a jelentési tárgyévben.

Mi a „kezelés”?

Definíció

A „kezelés” bármely olyan tevékenység, amely **közvetlenül célozza meg a kábítószer-használatból eredő problémákkal küzdő személyeket**, és amely javítani kíván a kábítószer problémáik miatt segítséget keresők lelki, egészségi, vagy szociális állapotán. Ez a tevékenység gyakran a kábítószer-használók kezelésére szakosodott létesítményekben zajlik, de megvalósulhat általános ellátási formákban is, ahol a kábítószer problémával küszködő emberek számára orvosi / pszichológiai segítséget kínálnak.

Módszertani kiegészítések

A fenti meghatározás meglehetősen összetett, **magában foglalva:**

- mindazon intervenciókat, amelyek célja a kábítószer-használattal kapcsolatos ártalmak csökkentése az aktív droghasználók körében, valamint
- mindazon intervenciók, amelyek elsődleges célja a detoxikálás és absztinencia;
- ideértve a nem-egészségügyi jellegűeket, és
- az egészségügyi intervenciókat;
- az informális információ- és tanácsadáson, vagy támogatáson alapuló programokat, illetve
- a szűkebben szakosított / strukturált hosszú-távú programokat

Nem tartoznak azonban a „kezelés” fogalmába:

- az olyan ‘kontaktus’-ok az általános ellátást nyújtó intézményekkel, amelyek csak szociális segítség igénylésére vonatkoznak;
- az olyan kontaktusok, amelyeknél nem a kábítószer-használat az oka a segítségkérésnek;
- önmagában a jogerős szabadságvesztés ténye, (habár a börtönön belüli kábítószer kezelési programokba, vagy kezelésbe – mint a szabadságvesztés alternatívája – utalás idetartozik);
- a kizárólag a kábítószer használat orvosi komplikációival foglalkozó intervenciók (pl. a túladagolás vagy fertőzőes állapothok ellátása kórházban);
- a csak telefonos kontaktus, vagy levél útján történő megkeresés;
- a csak a kábítószer-használó családjával történő kapcsolattartás.

Ez a meghatározás tudatosan terjed ki a lehetséges opciók ilyen széles körére, éppen annak érdekében, hogy a kábítószer-használók lehető legszélesebb körét tudja felölelni. Ehhez legfőképpen epidemiológiai megfontolások szolgálnak alapul, orvosi megfontolások nem játszanak különösebben fontos szerepet ebben a kontextusban.

Összességében, egy adott kábítószeres kezelés iránti ‘igény’ számos, a kezeltet érintő, különböző tényezőt tükröz. Ezen kívül – óhatatlanul - jelenti a kezelési statisztikát is. Az utóbbi által lefedett kör: a kábítószer-használó, valamilyen kezelési kínálat, valamint az erre a kínálatra irányuló igény.

Mindez egyértelművé teszi, hogy a kínálatban szereplő (pl. a magas-küszöbű kábítószermentes(séget biztosító), vagy a kizárólag metadon fenntartáson alapuló programok), illetve regisztrált kezelések típusa különbséget jelenthet pl. a kezelés alatt álló kábítószer-használók összlétszáma tekintetében, sőt még a kezelt kábítószer-használók típusát illetően is (pl. valamely újonnan kínált kezelési mód, amely vonzó lehet a régebbi, korábban nem kezelt kábítószer-használók számára is). A közölt adatoktól elváratik, hogy a lehető legteljesebb körűek legyenek, tehát ideális esetben le kell fedniük az adott országban kínált valamennyi kezeléstípust.

A kezelőintézmények mely típusai tartoznak a TDI rendszerbe?

Definíció

A „kezelőhely” bármely olyan **intézmény/ szolgálat, amely a fenti meghatározás szerinti „kezelés”-t kínál** a kábítószer problémákkal küszködők számára. A kezelőhelyek működhetnek akár egészségügyi, akár nem-egészségügyi, állami, vagy civil kezdeményezésű, közszolgálati, vagy magán, szakosított, vagy nem-szakosított struktúrákban. Közéjük tartozhatnak a fekvőbeteg detoxikáló egységek, a járóbetegellátás egységei, a kábítószer szubsztitúciós programok (fenntartás, vagy rövid-távú), terápiás közösségek, segítő- és tanácsadó központok, alacsony-küszöbű 'utcai szolgálatok', krízis központok, a büntetésvégrehajtás rendszerén belüli kábítószer kezelési programok, valamint az általános egészségügyi vagy szociális ellátó rendszeren belül a kábítószer-használóknak kínált szakellátások.

Módszertani kiegészítések

Habár a kezelőközpontok többsége képzett szakemberekkel dolgozik, a „kezelés”, ebben a kontextusban, tartalmazza mindazon személyek által nyújtott ellátást is, akikről feltételezhető, hogy rendelkeznek a megfelelő terápiás ismeretekkel, még ha formális kvalifikációval nem is. **Nem** tartoznak ide a kórházi sürgősségi-, vagy traumatológiai osztályok, illetve azon általános egészségügyi-/szociális létesítmények, amelyeket a kábítószer-használók azért keresnek fel, mert ott elsősorban a *nem a kábítószer-használatukkal összefüggő gondjaik* megoldásában számítanak segítségre (lásd még fent, a „kezelés” meghatározásánál).

Minden országban a lehető legtöbb kezelést biztosító létesítményt, szövet kell bevonni a TDI rendszerébe. A jelentést adó kezelőhelyek kiválasztását befolyásoló egyik tényező azok részvételi hajlandósága, ill. olyan gyakorlati szempontok mint például a rendelkezésre álló erőforrások. Nagyon fontos azonban, hogy kellőképpen ügyeljünk a rendszerbe bevont kezelőhelyek eloszlására, hogy ezek mennyire reprezentálják a rendelkezésre álló kezelési kínálatot, ill. megoszlásukra földrajzi elhelyezkedésük, és illetékességi körük (beutalási körzetük) szerint. Amennyiben nincs mód a kezelési kapacitás átfogó lefedésére, a cél a kezelések meghatározó többségét biztosító kezelő létesítményekre vonatkozó keresztmetszet kialakítása kell legyen.

A résztvevő kezelőhelyek egyértelmű meghatározása létfontosságú az országok közötti adat-összehasonlíthatóság javítása érdekében. Minthogy nem egy Európában, illetve az Egyesült Államokban megvalósított projekt dacára a mai napig nem áll rendelkezésre a kezelőhelyek teljesebb és használhatóbb besorolási rendszere, így e helyen inkább egy viszonylag egyszerű besorolást alkalmazunk. Ez az egyszerű kategorizálás olyan kompromisszum, amelyet mindaddig kívánunk egységesen alkalmazni, amíg a klasszifikáció egy tökéletesítettebb verziója el nem készül. Az adatgyűjtés és adattovábbítás szempontjából a nemzeti jelentőrendszerek által minél tökéletesebben lefedendő öt kezelőhelyi alaptípus: a „*járóbeteg*”, „*fekvőbeteg vagy bentlakó*”, „*alacsony küszöbű szolgáltatás*”, a *háziiorvosi ellátás* által kínált kezelés, valamint a *büntetésvégrehajtási rendszer kezelő egységei*.

A börtönökben, illetve a házi orvosok által nyújtott kezelés - különleges ellátási formák. Mind a kettő fontos, de jellemzően csak korlátozott információ áll ezekről rendelkezésre. Az erőfeszítéseknek a jövőben arra kell irányulniuk, hogy azokon a helyeken, ahol a kábítószer-használók kezelésében fontos szerepet játszanak (pl. metadon felírásával), bevonjuk a rendszerbe a házi orvosokat is. A házi orvosok bevonása a rutinszerű kezelés-monitorozásba felvethet néhány gyakorlati problémát (sok házi orvos, alacsony esetszám házi orvosonként). Előfordulhat tehát, hogy ezesetben a kezeltekről csupán a legalapvetőbb adatok gyűjthetők, például egy metadon nyilvántartó rendszerből.

A „kezelőhely” definíció problémát okozhat 'tűcserehely'-eknek és területi 'elérési projektek'-

nek a TDI jelentőrendszerbe történő bevonását illetően. A kizárólag a fecskendő-tű hozzáférhetővé tételével, vagy tájékoztatással foglalkozó programokat általában nem tekintjük kezelőhelynek. Akkor azonban bevonhatóak a rendszerbe, ha ezek a tevékenységek az általuk nyújtott ellátások szélesebb skálájának – tanácsadás, egészségügyi ellátás, más, a kábítószer problémákkal küzdőket segítő programok –, egy részét képezik. Az adatgyűjtés folyamán felmerülhetnek gyakorlati problémák, minthogy ezek a projektek igyekeznek a lehető legjobban elfogadtatni magukat - 'a segítséget kínáló hivatalos szervek'-kel szemben általában gyanakvó - ügyfelek körében. Így nehézséget jelenthet számukra a statisztikai adatok rendszeres rutinban történő felvétele, ezért vonakodhatnak a jelentési rendszerben való részvételtől. A legkézenfekvőbb megoldás az ilyen projektektől/ szolgálatoktól csak a legalapvetőbb adatokat gyűjteni.

Mikor kezdődik a „kezelés”?

Definíció

Bármely adott kezelőközpontban abban a momentumban kezdődik a kezelés, amikor a kezelt személy **megkezd** egy többé-kevésbé **szabott keretek közé szorított, személyes megjelenést igénylő kapcsolattartást** egy olyan kezelőhellyel, amely szolgáltatásaival megfelel a „kezelés”-i kritériumok fent meghatározott körének.

Módszertani megfontolások

Operatív szempontból az illetőt a terapeutánál, vagy kezelő létesítményben történt második (személyes) megjelenése után (mint legkésőbb) kell nyilvántartásba venni. Ennek az eljárásnak az a célja, hogy teljesebbkörű és megbízhatóbb adatokhoz jussunk, hiszen az első találkozás gyakran nem biztosít megfelelő alkalmat az adatgyűjtésre. További lehetséges megoldás lehet, ha az első találkozáskor csak a legalapvetőbb (neme, életkora, stb.) adatokat vesszük fel, míg a bősegebb információgyűjtés valamely későbbi kontaktus alkalmával történik.

Csakis azokat a kezeléseket tekintjük „megkezdettnek”, amelyeknél legalább egy alkalommal előfordult közvetlen találkozás. Kizárandók a kezelés megkezdésére irányuló, de pusztán igénybejelentésként megmaradt kéréseket.

Amint már említettük tehát, ez a definíció nem tartalmazza:

- a csak telefonon történő kapcsolatfelvételt,
- a kábítószerfüggő személy nevében jelentkező rokonokat,
- (továbbá lásd a „kezelés” definíciójánál).

Szintén rögzíteni kell azon személyek összlétszámát, akik mindössze egyszer jelentek meg. Az erre a csoportra vonatkozó minimális adatkészlet, amit ha csak lehetséges, gyűjteni kell, az életkort, a nemet, illetve az elsődlegesen használt kábítószer tartalmazza.

Az eredmények országok közötti összehasonlíthatósága érdekében létfontosságú, hogy kialakuljon egy közös álláspont a nyilvántartandó „eset”-ekre vonatkozóan.

Mi az „első” kezelés?

Definíció

A **legelső alkalom**, amikor valaki bármely kezelőhelyen megkezdí a (fentiekben meghatározott) kezelést **kábítószer problémák miatt**.

Módszertani megfontolások

Adott személy életében a legelső alkalom, amikor kábítószer-használat vagy azzal kapcsolatos probléma miatt kezelésre jelentkezik a kezelési incidenciá számítására alkalmas. A kezelési incidenciá - egy meghatározott időszak alatt előforduló új kábítószer-kezelési esetek számát jelenti. Ebben a szituációban azonban egyazon személy azonos időszakon belüli, több kezelőegységben történt kezelési /epizódjainak (*beszúrás a lektortól*)/ többszöri nyilvántartásba vétele - nem szabadna előforduljon.

Ennek az információnak az alapját a kezelt kábítószerfüggők központi nyilvántartása képezi, amennyiben ez az egyes országok jogi, valamint technikai körülményeitől függően rendelkezésre áll. Csak azokról az esetekről beszélhetünk „első kezelésként”, amelyek még nem szerepelnek egy ilyen nyilvántartásban.

Azokban az országokban, ahol ez a nyilvántartási rendszer még nem létezik, a kezelőhely személyzete ellenőrizheti (adott kezelőhelyen belül), hogy vajon előfordult-e már korábbi kezelés. A korábbi kezelések kiszűrését szolgáló legegyszerűbb módszer azonban még mindig az, hogy megkérdezzük a kábítószer-használót: volt-e már valaha kezelésben.

Az „újabb (soronkövetkező) kezelés” definiálásához - lásd az esetek definíciójáról szóló fejezetben (123. oldal)!

Mely „kábitószerek” tartoznak a rendszerbe?**Definíció**

Az 1. táblázat sorolja fel a TDI protokollban használatos legfontosabb kábitószereket és kategóriáikat:

1. táblázat Használt kábitószerek

Szercsoport	Szerek
Alkohol	Csak másodlagos (szekunder) kábitószerként
Ópiumszármazékok	Heroin Metadon Egyéb ópiátok (pl. codein)
Kokain	Kokain crack kokain
Élénkítőszerek (stimulánsok)	amfetaminok MDMA és egyéb származékok más élénkítőszerek
Altatók és nyugtatók	barbiturátok benzodiazepinek egyéb
Hallucinogének	LSD egyéb
Inhalánsok	
Cannabis	
Egyéb anyagok	nem definiált szerek

Módszertani megfontolások

Nem tartozik ide:

- Dohánykészítmények elsődleges (primer kábitószerként való) használata.
- Az alkohol nem tartozik a rendszerbe primer kábitószerként. Azon kezelt személyek, akiknél az alkohol a primer kábitószer, kizárandók.
- Bármely felsorolt kábitószer jóhiszemű orvosicélú felhasználása a kábitószer-függőségtől, vagy kábitószer-használatától eltérő szervi, vagy pszichés panaszok kezelésére.

Bizonyos esetekben (pl. Közép- és Kelet Európa egyes országaiban) különbséget kell tenni a házilag előállított ópium-, vagy mákkészítmények („máktea”, stb.), az importált heroin, illetve a szintetikus ópiumszármazékok között.

A metadon, illetve a többi ópiát-helyettesítő szer különleges elbírálást élveznek. A TDI tétellistára bevezettünk egy speciális tételt, annak tisztázására szolgál, hogy vajon a kábitószer-használó a metadont arra hivatott kezelési program – metadon fenntartás vagy detoxicatio – keretében használja-e. Besorolásuk akár fő-, vagy szekunder kábitószerként a kezelt személy fogyasztási szokásaitól függ. Ha arra a megállapításra jutunk, hogy a használt metadon az illető kábitószer-használó számára a fő (primer), vagy szekunder kábitószer, akkor a szubsztitúciós szerek és más illegális kábitószerek között nem szükséges különbséget tenni.

A „speedball” (heroinból és kokainból álló keverék) használóknál a heroint kell rögzíteni, mint fő (primer) kábitószert, míg a kokaint szekunder kábitószerként vesszük fel. Amennyiben nem ismeretes pontosan a használt anyag (pl. amfetaminok, vagy MDMA és származékai), a generikus kategóriát kell rögzíteni (pl. mint élénkítőszerek (összes)).

A legtöbb országban hozzáférhetők a jellemzően használt pszichotróp anyagokra vonatkozó

konkrét információk. Az ecstasy esetében azonban nem mindig áll rendelkezésre részletes információ.

Abban az esetben, ha egy kezelőhely egyaránt nyújt kezeléseket kábítószer-, illetve alkohol problémákra, különösen fontos, hogy kizárólag azokat a személyeket szerepeltessük, akik elsődlegesen kábítószeres problémával küszködnek.

Mit jelent a „kábitószer-használat”?

Definíció

Kizárólag magára a kábitószer(ek)e)t használó személyre vonatkozó információk relevánsak.

Módszertani kiegészítések

Nem tartozik ide információ olyan személyekről:

- akik egy kábitószer-használó nevében vannak kapcsolatban egy kezelőhellyel, de saját maguk nem kábitószer-használók.
- akiknek azért vannak problémáik, mert egy kábitószer-használóval állnak kapcsolatban, de saját maguk nem kábitószer-használók.

Amikor az illető kábitószer-használata miatti kezelését kéri, feltételezzük, hogy ez a kábitószer-használat sajátmaga számára problémát jelent. Az értékelésünk alapja az érintett személy, vagy a szociális környezetében előforduló más személyek egyéni megítélése lehet.

Az egészségügyi rendszer, amely magában foglalja a pszichoterápia szakterületét is, a kezelt személy problémáját egy terapeuta által megállapított explicit diagnózis formájában határozza meg. A nemzetközi szabványosztályozások (pl. ICD 10, vagy DSM IV) egyre nagyobb szerepet kapnak ebben. Ezeknek nem feltétlenül szükséges azonosaknak lenniük a szociális ellátási rendszerben használt definíciókkal. Habár a gyakorlatban a kezelésre jelentkezők közül sokaknál helyénvaló lenne a 'kábitószerfüggés' diagnózisának felállítása, bizonyos statisztikai torzulások mégis előfordulhatnak a különböző országokban, rendszerekben használt eltérő eljárások miatt. A TDI számára a legfontosabb szempont az **egyértelmű és érthető eset-definíció nemzeti szinten**, amely megszabja, hogy milyen adatokat kell gyűjteni és nyilvántartásba venni a kezelés -monitorozó rendszerben.

3.2 A dupla nyilvántartás kivédése

Jelen szövegkörnyezetben a „dupla nyilvántartás” kifejezés arra a tényre utal, hogy egy kezelés-monitorozó adatbázisban bármely adott évben előfordulhat egy adott személy egynél többszöri nyilvántartása. Ez adódhat abból, hogy kétszer/többször rögzítik a kábítószer-használót, mert az adatgyűjtő nem tudja, hogy vajon a kábítószer-használót már kezelték vagy regisztrálták-e a jelentéstétel évében. Alaposabb vizsgálat után két alapvető problémát identifikálhatunk:

- Ugyanazt az ügyfelet egy adott év folyamán egynél többször is lehet kezelni eltérő kezelőhelyeken, amelyeknek nincs tudomása a másiktól.
- Ugyanazon kezelőhelyen is előfordulhat egynél több kezelés. Ezt a témakört már érintettük az eset-definícióról szóló részben.

A két probléma összefügg egymással és hasonló következményekkel járnak. Ettől függetlenül különbségek merülnek fel, amikor a) a belőlük adódó nehézségeket, továbbá b) a problémák lehetséges megoldási módjait vitatjuk meg. A dupla regisztráció azt eredményezi, hogy túlbecsüljük a kezelt személyek számát. Elméletben egy személy akár számos alkalommal is a nyilvántartásba kerülhet ugyanabban az évben, ez pedig erősen torzított adatokhoz vezet, ami lehetetlenné teszi a megbízható számításokat, ill. valós (valid) prevalencia és incidencia értékek számítását.

Az 'egyedi azonosító'-k társítása az egyes kezelt adataihoz segíthet ezen probléma megelőzésében. A hasonló problémákat látott központi AIDS, illetve daganatos megbetegedés adatbázisoknál már alkalmazzák ezt a stratégiát. Az ilyen egységesített, algoritmus-alapú (nemzeti) azonosítók (pl. AIDS azonosító) kialakítása, és annak az adattárolás során a kezelt személyek adatsorához történő társítása a 'nemzeti kezelési adatbázis'-on belül adekvát módszer a dupla nyilvántartás kivédésére - nemzeti szinten. A személyiségi jogok védelmére vonatkozó nemzeti törvények okozta problémák miatt azonban nagyon sokáig elhúzódott az ilyen azonosítók, valamint központi AIDS-, vagy rákbeteg adatbázisok létrehozása. Valószínűleg még több időbe fog telni, amíg valamennyi EU-tagállam ehhez hasonló eljárásokat vezet be a dupla nyilvántartást elkerülendő.

Mindenesetre a dupla nyilvántartást a legtöbb esetben, ha másként nem, kezelőhelyi szinten lehetséges szabályozni. Ugyanazon személy kezelése ugyanazon a helyen évente egynél több alkalommal elsődlegesen attól függ, hogy sikerül-e megfelelően meghatározni a kezelési epizódokat, (kezdet és végpont). Ezt a témakört lásd korábban is (az eset-definíciónál a 13. oldalon).

Bizonyos mértékig valamennyi rendszerben kivédhető a dupla nyilvántartás, ennek módszerei azonban eltérőek lehetnek. 1998-ban például országos szintű ellenőrzést hajtottak végre Luxemburgban, Dániában, illetve Hollandiában az egységes személyi kódok alapján. Ezzel a módszerrel sikerült kizárni szinte valamennyi dupla regisztrációt, amely az előző évben fordult elő. Csak a hibás azonosítóval fémjelzett eseteknél fordult egyszer elő dupla regisztráció. Belgium flamand részén, Franciaországban, illetve Németországban a kezelőhelyek szintjén avatkoznak be korlátozott eljárással. Spanyolországban, valamint az Egyesült Királyságban regionális szinten képesek a dupla regisztráció kiszűrésére. Mindezek a példák jól mutatják a nemzeti különbségeket, amelyek részben a nemzeti törvényekből, részben pedig a kezelés-monitorozó rendszerek, azok szervezeti struktúrájának különbözőségeiből adódnak.

Origer (1996) írta le és elemezte a különböző országokban a dupla nyilvántartás elkerülésére szolgáló módszereket. A jelentés rövidített változata megtalálható jelen protokoll technikai mellékletében, amelyben a személyi azonosítók kialakítására vonatkozó különböző módszerek is áttekinthetők.

3.3 Az adatok minőségellenőrzése a folyamat egészében

Amikor a kezelési adatok nemzetközi összehasonlítása, illetve a TDI, valamint más

epidemiológiai kulcsindikátorok célja kerülnek szóba, tudomásul veendő, hogy ennek a projektnek az eredménye is, valamint az adatok későbbi felhasználhatósága is alapvetően a gyűjtött adatok minőségétől függ.

Csak akkor tudjuk eldönteni, hogy milyen lépéseket kell tenni az adatok átfogó minőség, ill. a belőlük nyert információ javítására, ha ismerjük az adatok forrását, azok információ tartalmát, korlátait és erőnyeit. A kezelési szakterületen a rendszer bevezetésével egyidejűleg, folyamatosan végzett (epidemiológiai) vizsgálatok és a gyűjtött információ értékelése (evaluáció) segítheti elő ezt a folyamatot. Ez a fejezet néhány rövid példát nyújt arra, hogy mit lehet tenni az adatminőség folyamatos javítására, illetve szabályozására:

Mindenek előtt rendkívül fontos az összes érintett féltől származó visszajelzés, a közöttük megvalósuló tapasztalat- és információcsere. Ez egyaránt érvényes a kezelőhelyekre helyi szinten, a nemzeti drogmonitorozó központokra, a kettőt összekötő adatkezelő és továbbító intézményekre, valamint mindazokra az európai, illetve nemzeti intézményekre, amelyek az adatokat hasznosítani kívánják. Az információs igények állandó cseréjére, az adatgyűjtés hiányosságainak kiküszöbölésére, és az eltérő szemszögű, javító szándékú javaslatokra igény is van, ezért szükségszerűek.

Ezen túlmenően az önálló projektek (pl. kisebb validitási vizsgálatok, vagy a kezelések kimenetelének regionális szintű értékelése) hasznosak lehetnek a fejlesztések és/vagy a szakterületen végbemenő változások nyomon követése szempontjából.

Egy másik minőségellenőrzési szempont, hogy a TDI rendszer mennyire fedi le az egyes „eset”-eket, a monitorozó rendszereket, illetve a kezelőhelyeket. A nemzeti kezelés-monitorozásnak igyekeznie kell a lehető legtöbb kezelőhelyet és létesítményt bevonni a rendszerbe. Fontos, hogy amennyire lehet, reprezentatív maradjon az 'együttműködői minta' (a TDI rendszerben jelentést tevő intézmények összessége) */beszúrás lektortól/*, mert valamely kezelőhely-típus alul-reprezentáltsága szisztematikus torzuláshoz vezethet az adatokban. Az adatgyűjtés nemzeti rendszerében részt vevő kezelőhelyek mintájának tehát a lehetőségekhez képest maximálisan reprezentatívnak kell lennie. Ugyan egy adott országban működő, valamennyi kezelőhely részvétele gyakran lehetetlen (gyakorlati, pénzügyi okokból kifolyólag), mégis a lefedettség arányának növelésére, illetve a megfelelő reprezentativitás tekintetében ez lenne a legjobb megoldás.

Amennyiben sikerült a kezelőhelyek nagyarányú részvételét elérni, a második fontos szempont, magukban a kezelőintézményekben biztosítani a teljeskörű jelentésre törekvést, ami által a lehető legtöbb kezelt adatai kerülnek be rutinszerűen a jelentőrendszerbe.

Azért, hogy minden szinten javítani lehessen az adatminőséget, szükséges az adatgyűjtés folyamatában érintett szakemberek képzése, ideértve az adatgyűjtés céljának megértetését. Emellett segítséget nyújt, mi több szükséges is, az etikai kérdések megvitatása (lásd később), valamint hasznos és szükséges, hogy időről-időre az adatbázist kezelő vagy szociális/egészségügyi ellátó területi 'felügyelők' ellenőrizzék a minőséget.

Kezelőhelyi szinten az adatgyűjtés az átfogó kezelési folyamat létfontosságú részévé kell váljon. Ezáltal az alapszinttől felfelé végig csökkenni fog az adatvesztés. A regionális és/vagy nemzeti szint felé történő rutinszerű jelentéstétel, valamint az utólagos minőségellenőrzések elősegítik a problémák, hiányosságok, vagy éppen a továbbfejlesztési szükségletek feltárását. A regionális, vagy nemzeti szinten végrehajtott minőségellenőrzések feltételezik, hogy a minőségellenőrzés alapvető lépéseit már elvégezték (kezelő)helyi szinten. Az ilyen helyiszintű minőségellenőrzések sorába tartozik az adatok monitorozása egyezőségi problémák (ellentmondások, inkonzisztenciák), vagy a hiányzó adatok szempontjából.

A nemzetközi szintű optimális összehasonlíthatóság biztosítása megköveteli, hogy egyértelmű és átfogó konverziós szabályokat alakítsunk ki a nemzeti adatok TDI információvá történő átalakítására. A konverziós szabályokat alkalmazva arra a következtetésre juthatunk, hogy egyik-másik kategória nem illeszkedik tökéletesen egy adott nemzeti rendszerhez, viszont ezáltal lehetővé teszik számunkra, hogy felfedjük ezeket az

inkonzisztenciákat, és így elősegítik a megoldások keresését. A konverziós szabályokban lefektetett nemzeti ekvivalenciák meghatározása - az adott tétel kategóriáiban rejlő információ-tartalom jellegének jobb megértését szolgálja.

Általában véve elmondható, hogy valamennyi EU-tagállamban a gyűjtött adatok minősége a különböző szinteken végzett munka függvénye:

- A lehető legtöbb kezelőhelynek kell bekapcsolódnia az adatszolgáltatásba,
- Amennyiben bizonyos kezelőhely-típusok alulreprezentáltak, az esetleges statisztikai torzítás mértéke felméréndő és jelentendő
- A kezelőhelyeken az adatgyűjtés legyen teljes körű, alapos, megbízható és folyamatos,
- Az adattovábbításnak azonnal, és jól szervezett módon kell történnie.

Az adatgyűjtés megszervezése minden országban a nemzeti struktúráról, az érintett intézményektől, továbbá a rendelkezésre álló technikai és pénzügyi lehetőségektől függ. Mivel a részletek nagymértékben eltérőek, ehelyütt csak azt a nagyon általános kérést lehet megfogalmazni, hogy nemzeti szinten minden lehető történjen meg:

- az adatgyűjtés és adatbevitel lehető legegyszerűbbé tételére,
- a hibák elkerülését segítsék elő képzések, kézikönyvek, felhasználó-barát szoftverek, illetve más támogatások nyújtásával,
- az adatelemzésekből származó részösszesítéseket (output) próbálják hasznosítani,
- ahol csak lehet, visszajelzés biztosítására, és
- felelősségteljes gondolkodásra, viselkedésre ösztönözve ezzel az adatgyűjtési folyamat valamennyi részvevőjét.

3.4 Etikai kérdések

Amennyiben 'kábitószer-használat miatti kezelés'-ről beszélünk, úgy az a kezelt személyek 'erényeiről és esendőségeiről' feljegyzések készülnek azokon a helyeken, ahol a kábítószeres problémákat kezelik. A kezelés lépéseit explicit diagnózis, vagy a figyelmet követelő gondok áttekintése alapján tervezik meg. A célokat folyamatosan figyelemmel kísérik a kezelés idején, a kezelés eredményét pedig annak lezárultával értékelik. Mindezek az eljárások, amelyek nemcsak a kezeltet – hanem magát a kezelési folyamatot is leírják –, minden egyes kezelt személy, terapeuta, és kezelőhely esetén különbözőségeket mutathatnak. Az összehasonlíthatóságot csak úgy lehet megvalósítani, ha az adatgyűjtés folyamán egységes szabványok/szabályok szerint járunk el.

Az összehasonlíthatóság kulcsfontosságú az egyéni kezeléseket, a kezeléstípusok és szervezésük, végül a kábítószer politika/*stratégia* értékeléséhez. A kezelés-monitorozás folyamata, amely magában foglalja mindezeket a tevékenységeket, és amely nem egyszerűen csak egy adminisztratív aktivitás, elősegítheti a 'evidencia- alapú egészségügyi intervenciók' kidolgozását. Az elvégzett kezelésekről szóló folyamatos visszajelzés segíthet az ellátások megváltoztatásában, 'finomra hangolásában' azáltal, hogy a kábítószer probléma kezelésének hatásosabb és hatékonyabb módjaira mutat rá. Ugyanez igaz a politika/*stratégia* szintjén valamennyi tervezési, illetve célzott közegészségügyi tevékenység tekintetében is. A kezelés-monitorozás tehát nem egyszerűen csak a közigazgatási tevékenység egy fajtája, hanem abból az alapelvből indul ki, hogy a kábítószer-használóknak nyújtott ellátást és segítséget folyamatosan kell fejleszteni. Az egyértelmű azonban, hogy mindez sokkal részletesebb információkat követel az ellátás szintjéről, mint amit a TDI epidemiológiai célokból gyűjt. Ugyanakkor mégis fontos lehetőség, amivel esetleg ki lehet egészíteni a nemzeti monitorozó rendszert.

A szándékunk nem az egyéni kezeléseket európai szintű központi adatbázisának létrehozása. Valamennyi adatot maguk az országok gyűjtik, elemzik és kezelik, szigorúan ragaszkodva az elfogadott etikai normákhoz, tehát csak az aggregált statisztikai adatok kerülnek közös gyűjtőbe európai szintű összehasonlítás céljából, egy európai szabvány létrehozása érdekében. Az egyéni adatsorokra azonban esetenként itt is szükség lehet – más kutatási területekhez hasonlóan –, szűken specifikus vizsgálatok végzése céljából.

Létfontosságú, hogy az egyes országokban a jelentő rendszerek bizonyíthatóan egyértelműen megfogalmazott irányelvek szerint működjenek a bizalmas adatkezelés, illetve a kezelt személyek személyiségi jogai, valamint a munkatársak és a kezelőhelyek védelme tekintetében. Ezeknek az irányelveknek követniük kell az adatvédelemről, a személyiségi jogok védelméről, valamint a tudományos kutatásról rendelkező, elfogadott törvényi előírásoknak az egyes országokban. A nyers adatokhoz való hozzáférést korlátozni kell az erre jogosult munkatársak körére. Az adatok felhasználását, valamint az eredmények nyilvánosságra hozatalát szabályozó eljárásokat meg kell vitatnia az érintett feleknek (az ellátást nyújtóknak, vezetőknak, határozathozóknak, kutatóknak, stb.) az ezekre vonatkozó megállapodások előzetes létrejötte érdekében,

3.5 A kezelési igény indikátor tételeinek TDI-rendszerű törzslistája

Kezelési kapcsolatfelvételre vonatkozó adatok

1 Kezelőhely típus

1. Járóbeteg ellátóhelyek
2. Fekvőbeteg ellátóhelyek
3. Alacsony küszöbű /drop-in/ utcai szolgáltatások
4. Házi orvosok
5. Kezelő egységek a büntetés-végrehajtásban

Az érintett kezelőhelyek típusainak egyértelmű meghatározására van szükség, hogy javíthassuk az adatok összehasonlíthatóságát az országok közötti. Jelenleg az adatokat különböző fajta kezelőhelyek gyűjtik, ennek megfelelően az általuk „lefedett” kábítószer-használói minták is eltérőek.

A kezelési adatok országok közötti összevethetőségének jelenlegi szintjét javítandó, valamennyi kezelőhelyi alaptípus megkülönböztetendő és elkülönítetten jelentendő.

A házi orvosoktól származó adatok fontosak, különösen ha jelentős a szerepük a szubsztitúciós kezeléseknél. A legtöbb országban azonban meglehetősen korlátozott ez a statisztikai terület.

2 Kezelés dátuma – hónap

3 Kezelés dátuma – év

A kezelés megkezdésének dátuma létfontosságú a trend analízisvizsgálatokhoz, valamint az időszakok (kezelési epizódok) elkülönítéséhez jelentés készítés céljából. Ez lehetővé teszi a kezelési adatok dinamikus elemzését.

4 Állt-e már korábban bármikor kezelés alatt?

1. Soha
2. Korábban már kezelték
0. Nem ismert

Ez a tétel lehetővé teszi az incidenciát, valamint a kezelőhelyi ‘betegforgalom’ becslését.

A „soha” kategória olyan személyre vonatkozik, aki kábítószer használata miatt korábban soha, sehol, egyetlen kezelőhelyen sem kapott kezelést. Tehát az illető a legelső ízben igényel kezelést. A „korábban már kezelték” olyan személyekre vonatkozik, akik valamikor a múltban már kaptak kezelést kábítószer-használatuk miatt, vagy a jelenlegi vagy egy másik kezelőhelyen.

5 Beutaló szerv

1. Saját maga
2. Családi- / baráti kör
3. Másik kábítószer-kezelőhely
4. Házi orvos
5. Kórház / egyéb egészségügyi intézmény
6. Szociális ellátás
7. Bíróság / feltételes szabadlábra helyezés / rendőrség
8. Egyéb
0. Nem ismert

A beutaló szerv kiléte bizonyos mértékű betekintést enged arra nézve, hogy az ügyfelet mi készíti a kezelésre, valamint a különféle ellátóhelyek szerkezetére, továbbá együttműködésük szintjére. A beutaló szervre vonatkozó adatok lehetővé teszik a dupla nyilvántartás mértékének becslését, amely az egyének szintjén lehetetlen. Így a mindkét kezelőhelyen fellelt, közös ügyfelek számát ismerve, korrigálhatjuk a nyilvántartásba vett össz esetszámot */kiigazítás a lektortól/*.

A „Beutaló szerv” bármely kezelt személy esetében a legfontosabb adatforrást jelöli.

Szocio-demográfiai információk**6 Nem**

1. Férfi
2. Nő
0. Nem ismert

Alapvető epidemiológiai információ.

7 Életkor / 8 Születés éve

Alapvető epidemiológiai információ, amely a kábítószer probléma epidemiológiai vizsgálatán belül a kohorsz-specifikus és a kalendáriumi időben érvényesülő effektusok elemzéséhez szükségesek.

Egyes országokban a kezelt személyek egyedi kódot kapnak, hogy elkerülhető legyen az adott évben kétszer is kezelt személyek dupla regisztrációja. A kód kialakításához a születési dátumot használják (a nap, és hónap, mint legtöbb - felhasználásával) .

Ezt a két tételt egymást helyettesítve is lehet alkalmazni.

9 Életviteli státusz (kivel él) – /Családi állapot/

1. Egyedül
2. Szülőkkel
3. Gyermekét egyedül nevelő
4. Élettárssal (kettesben)
5. Élettárssal és gyermek(ek)kel
6. Barátokkal
7. Egyéb
0. Nem ismert

Az életviteli státusz a kezelésre jelentkező személy jelenlegi helyzetére vonatkozik (értsd: 30 nappal a kezelés kezdetét megelőzően). Amennyiben a helyzet a kezelést közvetlenül megelőző 30 napban megváltozott, akkor a kezelésre jelentkezést közvetlenül megelőző életviteli státuszt kell felvenni.

Az életviteli státusz „kivel él” aspektusa kikérdezésének elsődleges célja a kábítószer-használó társadalmi környezetének/kontaktusainak, illetve szociális beilleszkedésének értékelése. Nem foglalkozik a lakhatási körülmények kérdéskörével (lásd a 10. tételt).

10 Életviteli státusz (hol él) – /Lakhatási körülmények/

1. Rendezett szállás-körülmények
2. Rendezetlen szállás-körülmények
3. Intézményben (börtön, klinika)
0. Nem ismert

Az életviteli státusz a kezelésre jelentkező személy jelenlegi helyzetére vonatkozik (30 nappal a kezelés kezdetét megelőzően). Amennyiben a helyzet az ezt megelőző 30 napban megváltozott, akkor a kezelésre jelentkezést közvetlenül megelőző életviteli státuszt kell felvenni.

Az életvitel státusz „hol” aspektusa a lakhatási körülmények rendezettségére fektet hangsúlyt. Az eltérő kulturális, politikai és adminisztratív kontextus miatt Európa különböző országaiban - ennél a tételnél nem lehetett precízebb kategória megfogalmazásokkal élni. Fontos a részletes szabályok meghatározása annak leírásához, hogy nemzeti szinten *mi* tartozik az *egyes kategóriák körébe*.

11 Állampolgárság

1. Ennek az országnak állampolgára
2. EU-tagállam állampolgára
3. Egyéb országok állampolgára
0. Nem ismert

Ez a tétel a nemzeti, illetve az európai adatok vonatkozásában egyaránt releváns, mivel a kábítószerrel kapcsolatos problémák számos helyen gyakoribbak a kisebbségek körében. Mivel a kisebbségek meglehetősen változatos képet mutatnak az egyes országokban (előfordul, hogy az állampolgárság, máskor az etnikai hovatartozás, vagy az anyanyelv tér el a többségtől), itt csak a leginkább alapszintű kategóriákat használjuk.

12 Munkaügyi státusz

1. Rendszeresen foglalkoztatott
2. Tanuló / hallgató
3. Gazdaságilag inaktív (nyugdíjas, háztartásbeli, rokkantnyugdíjas)
4. Munkanélküli
5. Egyéb
0. Nem ismert

A foglalkoztatottsági státusz lényeges információt biztosít a kezelt személy gazdasági, illetve szociális integráltságáról, és mindennapi életéről. Meglehetősen nehéz feladat szabványosítani a különböző európai országokban előforduló eltérő alkalmazási formákat. Különösen nehéz azokkal a kategóriákkal foglalkozni – pl. a rendszertelen, illegális, vagy egyéb foglalkoztatási formák –, amelyek ritkán fordulnak elő a szokványos (társadalmi) statisztikákban, de egyáltalán nem rendkívüliek a kábítószerfüggők körében. Emiatt tehát csak tág kategóriákat használunk, így a nem szabályszerű foglalkoztatási típusba tartozó személyeket vagy a munkanélküli (4), vagy az egyéb (5) besorolásba kell felvenni.

13 Legmagasabb befejezett iskolai végzettség

1. Soha nem járt iskolába / nem fejezte be az alapfokú iskolát
2. Alapfokú iskolai végzettség
3. Középfokú iskolai végzettség
4. Felsőfokú iskolai végzettség
0. Nem ismert

Az iskolai végzettség szintén fontos társadalmi-gazdasági adatkategória. Az EU-tagállamokban az egyén foglalkoztatási lehetőségei nagyban függnék az iskolai végzettség szintjétől.

A Nemzetközi Egységes Oktatási Klasszifikációt (ISCED) kell használni a nemzeti klasszifikáció konvertálásával az (1) - (4) kategóriákba (lásd a technikai mellékletet).

A használt kábítószerekkel kapcsolatos információk**14 Elsődleges (primer) kábítószer****1. Ópiumszármazékok (összes)**

- 11 heroin
- 12 metadon
- 13 egyéb ópiátok

2. Kokain (összes)

- 21 kokain
- 22 crack kokain

3. Élénkítőszer (összes)

- 31 amfetaminok
- 32 MDMA és egyéb származékok
- 33 egyéb stimulánsok

4. Altatók és nyugtatók (összes)

- 41 barbiturátok
- 42 benzodiazepinek
- 43 egyebek

5. Hallucinogének (összes)

- 51 LSD
- 52 egyebek

6. Inhalánsok**7. Cannabis (összes)****9. Egyéb szerek (összes)**

Ez a tétel kiemelt fontosságú. A fő(képpen használt)/elsődleges/primer kábítószer - definíció szerint - az a kábítószer, amely **a legtöbb problémát okozza a kezelt személynek**. Megjegyzendő, hogy a különböző rendszerek eltérő módon határozhatják meg ezt a kategóriát. A kezelt által meghatározott problémákra ugyanúgy alapulhat (pl. NL és UK), mint az ICD10-ből kiinduló rövid diagnózisokra(D). Mivel ebben a tárgyban még mindig hiányosak az empirikus kutatási eredmények, nem tisztázott, hogy ez a felfogás valóban biztosítja-e az egyes országok elégséges szintű összehasonlíthatóságát.

Az alkohol nem szerepelhet elsődleges kábítószerként. Azokat a kezeltet, akiknek az alkohol az elsődleges kábítószer, kihagyandók ebből a protokollból.

A „speedball” használóknál a heroint kell rögzíteni, mint fő kábítószer, míg a kokaint szekunder szerként vesszük fel.

Amennyiben nem ismeretes pontosan a használt szer (pl. amfetaminok, vagy MDMA és származékai), a generikus kategóriát kell rögzíteni (pl. élénkítőszer (összes)).

Ha ebben a kategóriában orvos által felírható szereket szerepeltettünk, ott alapvető fontosságú, hogy a szer pszichés, szociális vagy egészségügyi problémák okozója legyen.

15 Már szubsztitúciós kezelés alatt áll

- a Heroin**
- b Metadon**
- c Egyéb ópiátok**
- d Egyéb szerek**

Ez a tétel segít meghatározni a metadonnal és más (szubsztitúciós) kezelésre használatos szerekkel történő visszaélést, vagy ilyen függőséget.

Lehetővé teszi egyfelől a szubsztitúciós kezelés alatt álló kábítószer-használók azonosítását, másfelől a 14- és 19-es tételek helyes értelmezését.

- 1. Igen
- 2. Nem
- 0. Nem ismert

Valamennyi al-tétel megválaszolendő.

16 Szervezetbe juttatás leggyakoribb módja (Elsődleges kábítószer)

- 1. Injekció
- 2. Füst / inhaláció
- 3. Evés / ivás
- 4. Szippantás
- 5. Egyéb
- 0. Nem ismert

A kábítószeres injekciózása első helyen áll a kábítószer-használók körében a veszélyeztető viselkedési formák között. Különösen fontos a fertőző betegségek (hepatitis, HIV) terjesztése, valamint más betegségek és sérülések szempontjából, ezért sok ártalom-csökkentésre irányuló program elsősorban az injekciós szerhasználat visszafogására irányul. A „Szervezetbe juttatás leggyakoribb módja” az elsődleges kábítószer szervezetbe juttatására vonatkozik.

17 Használat gyakorisága (elsődleges kábítószer)

- 1. Az elmúlt hónapban nem használt / alkalmoszerű
- 2. Hetente egyszer, vagy ritkábban
- 3. 2-6 nap / hét
- 4. Naponta
- 0. Nem ismert

Az elsődleges kábítószer használatának gyakorisága a kábítószer-használat súlyosságára vonatkozó indikátor.

A kezelést megelőző 30 napra vonatkozik. Amennyiben a kezelésbe menő személy hosszabb ideje 'tisztá', vagy nem használta elsődleges kábítószerét a legutóbbi 30 napban, akkor az „elmúlt hónapban nem használt / alkalmoszerű” kategóriába kell sorolni.

18 Életkor az elsődleges kábítószer első használatakor

A kábítószer használat negatív hatásai gyakran fokozódnak az idő múlásával. A kábítószer-használat időtartamát az első használatkori életkor, illetve a kezelés kezdetkori életkor alapján lehet kiszámítani. Epidemiológiai szempontból az első használatkori életkor annak indikátora, hogy vajon mely életkorban a legnagyobb a kockázata a kábítószer használat elkezdésének (adott szerre). A tendenciák hosszú-távú nyomon követése segít a megelőző tevékenységek tervezésében.

**19 Egyéb, jelenleg is használt
(=másodlagos) kábítószer****1. Ópiumszármazékok (összes)**

- 11 heroin
- 12 metadon
- 13 egyéb ópiátok

2. Kokain (összes)

- 21 kokain
- 22 crack kokain

3. Élénekítőszer

- 31 amfetaminok
- 32 MDMA és egyéb származékok
- 33 egyéb stimulánsok

4. Altatók és nyugtatók (összes)

- 41 barbiturátok
- 42 benzodiazepinek
- 43 egyebek

5. Hallucinogének (összes)

- 51 LSD
- 52 egyebek

6. Inhalánsok**7. Cannabis (összes)****9. Egyéb anyagok (összes)**

Ez a tétel kiemelt fontosságú. Legfeljebb négy, **a kezelt személy számára problémákat okozó** kábítószer lehet megjelölni, az elsődleges kábítószer mellett (lásd a 14-es tételt). Ez az információ képes realisan tükrözni többféle kábítószer használatát.

Megjegyzendő, hogy az egyes rendszerekben fontos különbségek vannak e kategória definícióját illetően. A kezelt személyek által megjelölt problémákra ugyanúgy alapulhat (pl. NL és UK), mint az ICD10-ből kiinduló rövid diagnózisokra (D). Mivel e tárgyban az empirikus kutatási eredmények nem kielégítőek, nem tisztázott, hogy e tételre vonatkozóan mennyire összehasonlíthatatlanok az egyes országok adatai .

Az alkohol másodlagos (szekunder) szerként felvehető.

A „speedball” használóknál a heroint kell rögzíteni, mint fő kábítószer, míg a kokaint szekunder kábítószerként vesszük fel.

Amennyiben nem ismeretes pontosan a használt anyag (pl. amfetaminok, vagy MDMA és származékai), a generikus kategóriát kell rögzíteni (pl. élénkítőszer (összes)).

Ha ebben a kategóriában orvos által felírható szereket szerepeltettünk, ott alapvető fontosságú, hogy az adott szer pszichés, szociális vagy egészségügyi problémák okozója legyen.

20 Valaha injekciózta /jelenleg (az elmúlt 30 napban) injekciózta magát

1. Előfordult már, de jelenleg nem
2. Jelenleg is injekciózta magát
3. Sohasem injekciózta be magát
0. Nem ismert

Itt az összes kábítószerre vonatkoztatva kell figyelembe venni az injekciózást, **függetlenül attól, hogy vajon elsődleges, vagy másodlagos kábítószerrel van szó.**

Ez, illetve a 16-os tétel azonosítja a fő kábítószerrel eltérő drogok injekciózását, ezáltal jól tükrözik a veszélyeztető magatartásformát. A kábítószeres injekciózása első helyen áll a kábítószerhasználók körében a veszélyeztető viselkedési formák között. Különösen fontos a fertőző betegségek (hepatitis, HIV) terjesztése, valamint más betegségek és sérülések, valamint az ártalomcsökkentésre irányuló programok szempontjából. Az orvosi célú injekciók nem említendőek itt (cukorbetegség, stb.). A „jelenleg is injekciózta magát” kategóriát akkor kell megjelölni, ha a kezelt személy bármilyen kábítószer beadott magának injekcióban, legalább egy alkalommal az elmúlt 30 nap folyamán.

A 30 napos időszak kiindulási pontja a kezelés tényleges elkezdésének napja, tehát az első személyes találkozása.

4 Áttérés a PG Protokollról a TDI-re

Azoknak az országoknak, amelyek eddig a PG protokollt, vagy a PG protokollra épülő saját rendszert használták, az alábbiakban részletes konverziós szabályokat adunk, hogy az ilyen rendszerekben szereplő tételeket át lehessen alakítani a TDI számára. Néhány esetben a tételek közvetlen 'lefordítása' nem lehetséges, így a nemzeti szakértőknek kell majd a meglévő rendszert a TDI követelményeihez igazítani.

Szem előtt kell tartani, hogy ezek az átalakítási szabályok **csak az egyik irányban** működnek: - a PG protokollból a TDI tételeibe viszonylatban.

PG Protokoll tételkód	⇒ mely TDI tételkódba kerül
(2) Kezelőhely TYPE 21, 22, 23, 25, 32, 35, 37 11, 12, 14, 31, 34, 36 24 33 41	1. Kezelőhely típus 1. Járóbeteg kezelőhelyek 2. Fekvőbeteg kezelőhelyek 3. Alacsony küszöbű /drop-in/ utcai hivatal 4. Házi orvosok 5. Kezelő egységek a büntetés-végrehajtásban
(4) Kezelés igénylésének napja DATEMNT	2. Kezelés dátuma – hónap
(4) Kezelés igénylésének napja DATEYEAR	3. Kezelés dátuma – év
(6a) Volt-e már korábban bármikor kezelve TREATED 1. Soha 2. Korábban már kezelték 9. Nem ismert	4. Volt-e már korábban bármikor kezelve 1. Soha 2. Korábban már kezelték 0. Nem ismert
(7b) Beutalás forrása REFERRAL A mintanyomtatványon található első 2 lehetőség között szükséges döntést hozni. 3. Másik kábítószer-kezelőhely 4. Házi orvos 5. Kórház / egyéb egészségügyi forrás 6. Szociális ellátás 7. Bíróság / feltételes szabadlábra helyezés / rendőrhatalóság 8. Egyéb 9. Nem ismert	5. Beutalás forrása 1. Saját maga 2. Családi- / baráti kör 3. Másik kábítószer-kezelőhely 4. Házi orvos 5. Kórház / egyéb egészségügyi forrás 6. Szociális ellátás 7. Bíróság / feltételes szabadlábra helyezés / rendőrhatalóság 8. Egyéb 0. Nem ismert
(8) Neme GENDER 1. Férfi 2. Nő 9. Nem ismert	6. Neme 1. Férfi 2. Nő 0. Nem ismert
(9a) Életkor AGE	7. Életkor
(9b) Születés dátuma	8. Születés éve

PG Protokoll tételkód	⇒ mely TDI tételkódba kerül
YEARBORN	
(10a) Életviteli státusz LIVING Ezt a tételt nem lehet közvetlenül átvinni. A gyermekekre vonatkozó további információkra van szükség.	9. Életviteli státusz (kivel él) 1. Egyedül 2. Szülőkkel 3. Gyermekeit egyedül nevelő 4. Élettárssal (kettesben) 5. Élettárssal és gyermek(ek)kel 6. Barátokkal 7. Egyéb 0. Nem ismert
(10a) Életviteli státusz LIVING Ezt a tételt nem lehet közvetlenül átvinni. Az 1-4-es PG kódokra vonatkozó további információkra van szükség.	10. Életviteli státusz (hol él) 1. Rendezett szállás körülmények 2. Rendezetlen szállás körülmények 3. Intézményben (börtön, klinika) 0. Nem ismert
(12a) Állampolgárság NATIONAL 1. Ennek az országnak állampolgára Egyéb kódokat kell kombinálni a NATION változóval, hogy a TDI 2-es és 3-as kódját ki lehessen fejezni.	11. Állampolgárság 1. Ennek az országnak állampolgára 2. EU-tagállam állampolgára 3. Egyéb országok állampolgára 0. Nem ismert
(13) Munkaviszony EMPLOY 1. Rendszeresen foglalkoztatott A többi kódot nem lehetséges közvetlenül átvinni.	12. Munkaügyi státusz 1. Rendszeresen foglalkoztatott 2. Tanuló / hallgató 3. Gazdaságilag inaktív (nyugdíjas, háztartásbeli, rokkantnyugdíjas) 4. Munkanélküli 5. Egyéb 0. Nem ismert
(14a) Legmagasabb elért iskolai végzettség EDLEVEL Ezt a tételt nem lehet közvetlenül átvinni, mert a legmagasabb elért, illetve a legmagasabb befejezett szint eltérhet egymástól.	13. Legmagasabb befejezett iskolai végzettség 1. Soha nem járt iskolába / soha nem fejezte be az alapfokú iskolát 2. Alapfokú szintű iskolai végzettség 3. Középfokú szintű iskolai végzettség 4. Felsőfokú iskolai végzettség 0. Nem ismert
(15a) Elsődleges (primer) kábítószer PRIMDRUG 111, 164 161, 144 - minden egyéb ópiát-típusú kábítószer, 820 210, 211, 213, 820 212	14. Elsődleges (primer) kábítószer 1. Ópiumszármazékok (összes) 11 heroin 12 metadon 13 egyéb ópiátok 2. Kokain (összes) 21 kokain 22 crack kokain 3. Élénkítőszer (összes)

PG Protokoll tételkód	⇒ mely TDI tételkódba kerül
220-228 240, 410 200, 230-233, 288 311 320-328 300, 310, 312-318, 330, 331, 388, 411 400, 414, 418, 420, 421, 422, 428, 488 500-588 600-688 700 800, 830, 840, 888	31 amfetaminok 32 MDMA és egyéb származékok 4. Altatók és nyugtatók (összes) 41 barbiturátok 42 benzodiazepinek 43 egyebek 5. Hallucinogének (összes) 51 LSD 52 egyebek 6. Illékony inhalánsok 7. Cannabis (összes) 8. Alkohol (kizárólag másodlagos kábitószerként) 9. Egyéb anyagok (összes)
(15a) Elsődleges (primer) kábitószer PRIMDRUG 164 161 160, 162, 163, 168, 188	15. Már kap szubsztitúciós kezelést a Heroin b Metadon c Egyéb ópiátok d Egyéb anyagok 1. Igen 2. Nem 0. Nem ismert
(15b) Szervezetbe juttatás leggyakoribb módja (Elsődleges kábitószer) PRIMRTE 1. Injekció 2. Füst 3. Evés / ivás 4. Szippantás 9. Nem ismert	16. Szervezetbe juttatás leggyakoribb módja (Elsődleges kábitószer) 1. Injekció 2. Füst / belégzés 3. Evés / ivás 4. Szippantás 5. Egyebek 0. Nem ismert
(15c) Elsődleges kábitószer használatának gyakorisága PRIMFREQ 4. Az elmúlt hónapban nem használt 1. Hetente egyszer, vagy ritkábban 2. Hetente 2-6 napon 3. Naponta 9. Nem ismert	17. Használat gyakorisága (elsődleges kábitószer) 1. Az elmúlt hónapban nem használt 2. Hetente egyszer, vagy ritkábban 3. Hetente 2-6 napon 4. Naponta 0. Nem ismert
(15d) Életkor az elsődleges kábitószer első használatakor PRIMAGE	18. Életkor az elsődleges kábitószer első használatakor
(16a) Másodlagos kábitószer (1) SECDRUG (1) lásd (15a)	19. Egyéb, jelenleg is használt (=másodlagos) kábitószer
(17a) Másodlagos kábitószer (2) SECDRUG (2)	

PG Protokoll tételkód	⇒ mely TDI tételkódba kerül
lásd (15a)	lásd 14.
(19a) Jelenleg injekciózza magát CURRINJ (20a) Valaha injekciózta magát INJECTED (19a)≠1 AND (20a)=1 (19a)=1 (20a)=2 (19a)=9 OR (20a)=9	20. Valaha injekciózta / jelenleg (az elmúlt 30 napban) injekciózza magát 1. Előfordult már, de jelenleg nem 2. Jelenleg is injekciózza magát 3. Sohasem injekciózta be magát 0. Nem ismert

5 Bibliográfia

- Alvarez-Requejo, A., Suelves, J.M., Brugal, M.T., Correa, J.F. (1999). *Monitoring Treatment Demand for Drug Abuse in Spain: Perspective over a Decade*. European Addiction Research, 5(4), 179-184
- Donmall, M. (1999). *UK Monitoring of Problem Drug Users: The Drug Misuse Database – A System Based on Regional Centres*. European Addiction Research, 5(4), 185-190
- Hartnoll, R. (1994). *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*. Pompidou Group, Strasbourg: Council of Europe Press.
- Hartnoll, R. (1998). *Epidemiological Key-Indicators*. Epidemiological Department, EMCDDA, Lisbon
- Origer, A. (1996). *EMCDDA Epidemiology Work Programme 1996. Procedures to Avoid Double Counting in Drug Treatment Reporting Systems*. Ministere de la Sante, Grand-Duchy of Luxemburg, Luxemburg
- Kokkevi, A. (1997). *REITOX Sub-Task 3.1. To Improve the Reliability of Data Collected by Treatment Demand Reporting Systems. Final Report*. Greek REITOX Focal Point, University Mental Health Research Institute, Athens
- Ouwehand, A.W., van Alem, V.C.M. (1999). *The Dutch National Alcohol and Drugs Database: Progress in Monitoring, Monitoring in Progress*. European Addiction Research, 5(4), 173-178
- Pfeiffer, T., Simon, R. (1999). *Field Trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final Report on behalf of the EMCDDA*. Munich: IFT
- Simon, R., Hoch, E., Holz, A. (1999). *The German Monitoring and Reporting System for the Treatment of Substance-Related Problems: A National System on the Basis of Aggregated Data*. European Addiction Research, 5(4), 167-172
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M., Vicente, J. (1999). *The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting*. European Addiction Research, 5(4), 197-207
- Simon, R., Pfeiffer, T. (1998). *Feasibility Study on the Implementation of the Proposals given in the final Reports of REITOX Sub-tasks on improving the Quality and Comparability of Treatment Reporting Systems. Development of a Core Item List for monitoring the Treatment of Drug Misusers. Report on behalf of the EMCDDA*. Munich: IFT
- Simon, R., Tauscher, M. (1997). *REITOX Sub-Task 3.2. Improvement of Comparability Between Established National Treatment Reporting Systems. Development of a Core Item List for Monitoring the Treatment of Drug Misusers. Final Report*. REITOX Focal Point Reports Germany No.4, Munich: IFT
- Stauffacher M. ed. (1999). *Pompidou Group Project on Treatment Demand: Final report. Treated drug users in 23 European cities, Data 1997, Trends 1996-97*. Strasbourg: Council of Europe Press.
- Stauffacher M., Kokkevi, A. (1999). *The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field*. European Addiction Research, 5(4), 191-196