



Qendra Evropiane e Monitorimit të  
Drogave dhe varësisë ndaj tyre

# DRAFT

**Treguesi i nevojshëm për trajtim (TDI)\***

---

**Protokolli Standart 3.0**

**2011**

**\*TDI – akronimi i titullit në gjuhën origjinale “Treatment demand Indicator”**

## **DRAFT – Treguesi i nevojshëm për trajtim (TDI) Protokollit Standart Versioni 3.0**

### **Credits**

#### **EMCDDA**

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

#### **Konsulentë të jashtëm**

Michael Donmall, Mbretëria e Bashkuar  
David Best, Mbretëria e Bashkuar  
Colin Taylor, Mbretëria e Bashkuar

#### **Ekspertët e TDI-së të cilët kontribuan në zhvillimin e këtij protokollit me pjesmarrje në grupe pune në vitet 2008, 2009 dhe 2010 në lidhje me rishikimin e protokollit të TDI-së.**

Elena Alvarez,	Spanjë
Sharon Arpa,	Maltë
Martin Busch,	Austri
Erik Iversen,	Norvegji
Johann Kerschbaum,	Austri
Suzi Lyons,	Irlandë
Etienne Maffli,	Zvicër
Viktor Mravcik,	Republika Çeke
Lubomir Okrulica,	Sllovaki
Anton W. Ouwehand,	Hollandë
Christophe Palle,	Francë,
Tim Pfeiffer,	Gjermani
Janusz Sieroslowski,	Poloni,
Marcis Trapencieris,	Letoni
Momtchil Vassilev,	Bullgari

#### **Ekspertët e vendeve të TDI-së (nga viti 2010 mbledhjet e ekspertëve të TDI-së)**

(për tu kontrolluar nga ekspertët kombëtarë dhe pikat kryesore kombëtare si dhe për tu konfirmuar nëse ekspertët kanë marrë pjesë në mbledhjet e ekspertëve të TDI-së në vitet 2008 dh 2009 dhe shtimi i tyre në listë)

Johan Van Bussel,	Belgjikë
Momtchil Vassilev,	Bullgari
Vlastimil Necas,	Republika Çeke
Bela Studnickova,	Republika Çeke
Claudia Ranneries,	Danimarkë
Tim Pfeiffer,	Gjermani
Ingo Kipke,	Gjermani

Elena Alvarez,	Spanjë
Kaire Vals,	Estoni
Delphine Bellerose,	Irlandë
Anastasios Fotiou,	Greqi
Christophe Palle,	Francë
Tanja Bastianic,	Francë
Bruno Genetti,	Itali
Ioanna Yasemi,	Qipro
Marcis Trapnecieris,	Letoni
Ernestas Jasaitis,	Lituani
Sofia Lopes Costa,	Luksenburg
Anna Peterfi,	Hungari
Tamás Koós,	Hungari
Roberta Gellel,	Maltë
Chirstine Marchand-Agius,	Maltë
Martin Busch,	Austri
Anton W. Ouwehand,	Hollandë
Wil Kuijpers,	Hollandë
Janusz Sieroslowski,	Poloni
Marta Struzik,	Poloni
José Padua,	Portugali
Aurora Lefter,	Rumani
Ana Maria Teodorescu,	Rumani
Lubomir Okrulica,	Sillovaki
Romana Stokelj,	Silloveni
Tuulma Väänänen,	Finlandë
Roger Holmberg,	Suedi
Bert Green,	Suedi
Michael Donmall,	Mbretëri e Bashkuar
Grethe Lauritzen,	Norvegji
Dragica Katalinic,	Kroaci
Mehmet Akgun,	Turqi

## Shkurtime

ASI	Indeksi i Vrazhdësisë së Varësisë
CICAD	Komisioni ndër-Amerikan për kontrollin e abuzimit me drogat
DRD	Vdekjet si pasojë e përdorimit të drogës
DRID	Sëmundjet infektuese të lidhura me drogën
DSM-IV	Manuali Diagnostik dhe Statistik i Çregullimeve mendore, botimi katërt
EMCDDA	Qendrës Evropiane e Monitorimit të drogave dhe varësisë ndaj tyre
GBL	Gamma-Butyrolactone
GHB	Acid Gamma-Hydroxybutyric
HCl	Hidroklorid
HCV	Virusi Hepatitit C
HIV	Virusi i Pamjaftueshmërisë së Imunitetit Human
ICD-10	Klasifikimi ndërkombëtar i Sëmundjeve, inspektimi i dhjetë
IDU	Përdoruesit e drogës me injeksion
ISCED	Klasifikimi Standart Ndërkombëtar i Edukimit
MDMA	Methylenedioxymethamphetamine
NFP	Pikat kryesore kombëtare, institucionet dhe departamentet kombëtare të cilat formojnë rrjetin Reitox
OST	Trajtimi i zëvendësimit të narkotikëve
PDU	Përdoruesit problematik të drogës
PG	Grupi Pompidou i Këshillit të Evropës
Reitox	Réseau Européen d'Information sur les drogues et les Toxicomanies (Rrjeti Evropian i Informacionit mbi drogat dhe varësinë ndaj tyre)
SAMHSA	Abuzimi i Substancave dhe Shërbimi Administrativ I Shëndetit Mendor
TDI	Treguesi i nevojshëm për trajtim
UNODC	Zyra e Kombeve të Bashkuara për Drogat dhe Krimin
ËHO	Organizata Botërore e Shëndetit

## Treguesi i nevojshëm për trajtim (TDI) Protokoli Standart Versioni 3.0

### Përmbajtja

<b>HYRJE</b> .....	<b>3</b>
<b>1.PARATHËNIE</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 HISTORI</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 IMPLEMENTIMI OBJEKTIV, RËNDËSIA DHE METODOLOGJIA</b> .....	<b>4</b>
<i>Pse TDI?: kush është objektivi i saj?</i> .....	<b>4</b>
<i>Përse mbledhet informacioni: kush është qëllimi?</i> .....	<b>5</b>
<i>Si realizohet qëllimi i TDI?</i> .....	<b>5</b>
<i>Çfarë sfidash shtesë ja hasur TDI në vitet e fundit?</i> .....	<b>6</b>
<b>1.3 IMPLEMENTIMI TDI</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 PARIMET E PËRGJITHSHME TË PROTOKOLLIT 3.0 TË TDI</b> .....	<b>7</b>
<i>(a) Monitorimi përballë kërkimit studime /ad-hoc</i> .....	<b>7</b>
<i>(b) Hierarkia e të dhënave që nevojtennga të dhënat klinike të informacioni relevant i rregullores Evropiane</i> .....	<b>7</b>
<i>(c) Raportimi i të dhënave përballë mbledhjes së të dhënave</i> .....	<b>8</b>
<i>(d) Individët përballë ngjarjes së trajtimit</i> .....	<b>8</b>
<i>(e) Incidenca e Trajtimit përballë Prevalencës së Trajtimit</i> .....	<b>9</b>
<i>(f) Ndryshime në përcaktimin dhe implementimin e të dhënave të kaluara</i> .....	<b>9</b>
<b>2. DIREKTIVAT</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1PËRCAKTIMET</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.1 Përcaktimi i çështjes</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.2 Trajtimi i drogës</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1.3 Fillimi i trajtimit</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1.4 Përfundimi i trajtimit</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1.5 Ngjarja e trajtimit</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1.6 Qendra/program i trajtimit</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1.7 Droga primare</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.8 Droga sekondare</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.9 Problemi i përdorimit të shumë drogave</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.10 Ngritja e testeve HIV ose HCV</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.11 Ndarja e gjilpërave/shiringave</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.12 Trajtimi I zëvendësimit të narkotikëve (OST)</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 LISTA E ARTIKUJVE</b> .....	<b>19</b>
<b>3. ÇËSHTJET METODOLOGJIKE DHE ETIKE</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 REFERENCA E KOHËS PERIUDHA</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2 MODELET E PËRDORIMIT TË DROGËS: DROGA SI REFERENCË</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3 MBULIMI</b> .....	<b>31</b>
<b>3.4 CILËSIA E TË DHËNAVE</b> .....	<b>32</b>
<b>3.5 NUMËRIMI I DYFISHTË</b> .....	<b>32</b>
<b>3.6 ÇËSHTJET ETIKE DHE MBROJTJA E TË DHËNAVE</b> .....	<b>33</b>
<b>4. PËRSHKRIMI I RASTIT : PËRSHKRIMI GRAFIKË</b> .....	<b>34</b>
<b>5. REFERENCAT</b> .....	<b>44</b>
<b>6. FORMULARI I RAPORTIMIT TË TË DHËNAVE</b> .....	<b>45</b>

<b>7. SHTOJCA.....</b>	<b>52</b>
<b>7.1 TABELË PËRMBLEDHËSE PËR KRAHASIMET: ARTIKUJT E VJETËR DHE TË RINJ.....</b>	<b>52</b>
<b>7.2 MODULI I PREVALANCËS SË TRAJTIMIT. ....</b>	<b>53</b>
<b>7.2.1 Definime specifike për Modulin e prevalancës së trajtimit .....</b>	<b>54</b>
<b>7.2.2 Lista e artikujve .....</b>	<b>54</b>
<b>7.2.3 Metodologjia për mbledhjen e të dhënave .....</b>	<b>55</b>

## Parathënie

Qendra Evropiane e Monitorimit për Drogat dhe Varësisë nga Drogat (EMCDDA) është themeluar në vitin 1993 për t'i siguruar Bashkimit Evropian dhe Shteteve të tij Anëtare informacion faktik, objektiv, të besueshëm dhe të krahasueshëm në nivel evropian në lidhje me drogat dhe varësinë ndaj tyre si dhe pasojat e tyre (Bashkimi Evropian, 2003).

Ndër instrumentet kryesore të EMCDDA janë pesë treguesit kryesorë epidemiologjike, të cilët japin informacion mbi epidemiologjinë e përdorimit të drogës dhe pasojat e saj në Evropë. Treguesit mbulojnë konsumin e drogës ndërmjet popullatës së përgjithshme dhe nxënësve të shkollave, nivelin e përdorimit problematik të drogës, pasojat shëndetësore të përdorimit të drogës, duke përfshirë sëmundjet infektive dhe vdekjet e lidhura me drogën si dhe kërkesat për trajtim të drogës.

Treguesi i Kërkesës për Trajtim (TDI) është themeluar në vitin 2000, e ndërtuar mbi punën e Këshillit të Evropës për të luftuar përdorimin e drogës dhe trafikeve të paligjshme (Grupi Pompidou), me qëllim mbledhjen e informatave të krahasueshme dhe të besueshme mbi numrin dhe karakteristikat e përdoruesve të drogës të paraqitur për trajtim në Shtetet Anëtare të BE. TDI siguron një masë të kërkesës së trajtimit dhe është një tregues i tendencave në përdorimin problematik të drogës, dhe identifikon modelet në përdorimin dhe marrjen e objekteve të trajtimit.

Ky publikim paraqet një version të rishikuar të protokollit 2,0 të TDI. Pas 10 vitesh të mbledhjes së të dhënave në nivel Evropian, është bërë e nevojshme për të ndryshuar protokollin TDI versionin 2,0 në mënyra të ndryshme, në mënyrë që të pasqyrohen më mirë ndryshimet që kanë ndodhur gjatë kësaj kohe jo vetëm në situatën e përdorimit të drogës, por edhe në sistemin e trajtimit, si dhe në sistemet kombëtare dhe ndërkombëtare.

Protokolli është strukturuar në shtatë seksione :

1. Parathënie (histori, objektivat, implementimi, principet e përgjithshme)
2. Udhëzimet (përcaktimet dhe artikujt)
3. Çështjet metodologjike (vërejtje të përgjithshme, cilësia e të dhënave, mbulimi, numërimi I dyfishtë, çështjet etike)
4. Përcaktimi i rastit: përshkrimi grafik
5. Referencat Bibliografike
6. Shablloni Fonte
7. Shtojcat:
  - 7.1 Tabelë përmbledhëse për krahasimin mes artikujve të vjetër dhe të rinj
  - 7.2 Moduli mbi “ Prevalencën e Trajtimit”

Wolfgang Götz  
Drejtor i EMCD

## 1. Parathënie

### 1.1 Historia

Historia e Treguesit të Kërkesës për Trajtim TDI shkon prapa gati 20 vjet kur u përcaktua harmonizimi i parë i të dhënave. Qëllimi i protokollit ishte që tu siguronte profesionistëve dhe hulumtuesve një metodologji të përbashkët Evropiane për mbledhjen dhe raportimin e të dhënave bazë në profiling e përdoruesve të drogës në kontakt me qendrat e trajtimit.

Të dhënat kryesore të ndërtuara mbi ekpserienat kombëtare të mbledhjes së të dhënave në sistemin e trajtimit të drogës, shpesh kanë qënë egzistuese para themelimit të TDI-së. Në vendet ku nuk egzistonte një system kombëtar për mbledhjen e të dhënave, TDI u adoptua në mënyrë frekvente duke marrë informacionet minimale për një system më të zgjeruar monitorimi kombëtar për trajtimin e përdoruesve të drogës (Kërkimi Evropian mbi Varësinë 1999).

Aktori i parë i cili përcaktoi një protokoll të përbashkët për mbledhjen e të dhënave për njerëzit që hynin në trajtime ishte Grupi Pompidou (PG) i cili koordinoi studime në nivel qyteti (në Dublin dhe Londër në vitin 1991) dhe një project i zhvillimit në 11 qytete si dhe krijimi i grupit të ekspertëve Evropian të cilët u takuan disa herë për të diskutuar dhe rënë dakort për udhëzimet metodologjike. Protokollin PG u publikua në 1994 (Hartnoll, 1994; Stauffacher and Kokkevi, 1999) dhe u implementua për herë të parë në nivel qyteti në vendet e Evropës perëndimore; në një fazë të dytë u implementua në Evropën qendrore dhe lindore.

Në vitin 1994 u themelua Qendra Evropiane e Monitorimit për Drogat dhe Varësinë ndaj tyre (EMÇDA) dhe po ajo ka marrë përsipër përgjegjësinë e mbledhjes së të dhënave evropiane mbi trajtimin.

EMCCDA/ Treguesi i Kërkesës për Trajtim i PG versioni 2.0 (Simon et al., 2000) u publikua duke u bazuar në një rishikim të protokollit të parë të Grupit Pompidou. Ajo u parapri nga një vlerësim paraprak në lidhje me metodologjinë dhe grumbullimin e të dhënave (Origer, 1996) dhe nga një vlerësim i përvojave kombëtare për raportimin e të dhënave duke përdorur TDI-në (Simon and Pfeiffer, 1999).

Që nga viti 2000, EMCCDA ka implementuar të dhënat e raportimit nga Shtetet Anëtare të BE-së dhe ka miratuar marrëveshje formale me Shtetet Anëtare për të nxitur dhe lehtësuar mbledhjen e të dhënave dhe për raportimin e tyre nga niveli kombëtar në atë Evropian.

Pesë treguesit kryesorë epidemiologjik të EMCDDA, duke përfshirë TDI, u miratuan zyrtarisht nga Bordi Drejtues i EMCDDA (Bordi Menaxhues EMCDDA, 2001) dhe nga Këshilli i Bashkimit Evropian në vitin 2001 (CORDROGUE 67 Këshilli i Bashkimit Evropian, 2001). Në ato dokumente zyrtare, "Shtetet Anëtare të BE (...) janë të inkurajuar për të siguruar disponueshmërinë e informacionit mbi pesë treguesit kryesorë epidemiologjikë dhe të identifikojnë dhe adresojnë problemet e mundshme në prodhimin dhe shpërndarjen e këtij informacioni, - Këshilli i bën thirrje Shteteve Anëtare që ti japin prioritet prodhimit dhe



shpërndarjes së informacionit mbi pesë treguesit kryesor epidemiologjik në një formë të krahasueshme; (...) për ti siguruar EMCDDA-së informacione mbi pesë treguesit kryesorë epidemiologjike sipas udhëzimeve të EMCDDA (...), në fund - Këshilli fton Shtetet Anëtare dhe Komisionin, në bashkëpunim të ngushtë me EMCDDA, për të shqyrtuar mënyrat dhe rrugët më të mira, në veçanti të një instrumenti të natyrës financiare, për të mbështetur zbatimin e pesë treguesve epidemiologjike (...)" .

Pesë treguesit kryesorë epidemiologjik të EMCDDA, duke përfshirë TDI, janë miratuar zyrtarisht që nga viti 2001, mbledhja e të dhënave dhe raportimi janë implementuar dhe përmirësuar në shumicën e vendeve anëtare të BE-së, dhe të dhënat TDI tanimë përdoren në mënyrë rutinore në analizat e EMCDDA mbi situatën e drogës në Evropë ([http://and.eëë.emcdda.europa.eu / themes / kyç-tregues / TDI](http://and.eëë.emcdda.europa.eu/themes/kyç-tregues/TDI), 2011).

## **1.2 Objektivat, qëllimi dhe nënkuptimi metodologjik**

### ***Pse TDI: cili është objektivi i saj?***

Objektivi i Treguesit së Kërkesë për Trajtim është mbledhja e informacionit në një mënyrë të harmonizuar dhe të krahasueshme në të gjitha shtetet anëtare mbi numrin dhe profilin e popullit që hyjnë në trajtimet e drogës (klientët) gjatë secilit vit kalendarik.

Edhe pse emri i Treguesi është "Treguesi I Kërkesës për Trajtim", treguesi mbledh informacion për njerëzit që hyjnë në trajtim. Ky emër do të mbahet meqenëse TDI është i njohur gjerësisht si instrument për mbledhjen dhe raportimin e të dhënave për njerëzit që hyjnë në trajtim për përdorimin e drogës brenda dhe jashtë Evropës, si një tregues indirekt i nivelit të pavrojtuar të njerëzve që janë potencialisht në nevojë për të kërkuar trajtim kundër drogës.

Protokolli TDI përshkruan cilët klientë duhet të raportohen në nivel Evropian, dhe minimumi i artikujve të përbashkët që duhet të jetë në gjëndje të raportojë çdo sistem kombëtar tek EMCDDA për çdo klient.

Çdo sistem monitorimi kombëtar për trajtimin e drogës mund të përfshijë më shumë artikuj se ato që janë përcaktuar në protokollin TDI EMCDDA, sipas nevojave kombëtare dhe lokale të informacionit. Gjithashtu kategoritë e artikujve të mbledhura në nivel kombëtar mund të jenë të ndryshme nga ato të kërkuara në protokollin TDI, aq sa është e mundur për të kryer një konvertim të besueshëm për kategoritë TDI (shih më poshtë "Hierarkia e të dhënave të nevojshme: nga të dhënat klinike në informata me rëndësi të politikës Evropiane").

### ***Për çfarë duhet informacioni i mbledhur: cili është qëllimi i tij?***

Qëllimi primar i informatave të mbledhura nga treguesi TDI është për të fituar njohuri në karakteristikat, sjelljet e rrezikshme dhe modelet e përdorimit të drogës tek njerëzit me probleme droge në komunitet, dhe për të ndihmuar në vlerësimin e trendeve në masë (prevalencën dhe incidencën) dhe modelet e përdorimit problematik të drogave, në mënyrë ideale në kombinim me treguesit e tjerë të drogës. Ky qëllim është thelbësor, pasi ai përcakton përfshirjen / përjashtimin e kriterit për përcaktimin e rastit TDI:

rastet (klientët drogës), të cilët duhet të raportohet në EMCDDA duhet të reflektojnë sa më shumë karakteristika të përdoruesve të drogës në komunitet.

Kjo mund të arrihet më së miri duke regjistruar informacionin menjëherë pas kontakteve me përdoruesit, zakonisht në momentin e pranimit / hyrjes në trajtim, pas vlerësimit profesional të karakteristikave të klientit. Për qëllim të treguesit, të dhënat e mbledhura nga klienti duhet të reflektojnë sa më shumë të jetë e mundur modelin e tij / saj të përdorimit të drogës para se hynte në trajtimin kundër drogës; ndërhyrjet e trajtimit të klientit para regjistrimit duhet të kenë ndikim të kufizuar në informacionin e regjistruar (p.sh. një person që vjen për trajtim, sepse ai / ajo po injekton heroinë, mund të regjistrohet si jo përdorues heroine dhe në qoftë se mbledhja e të dhënave dhe raportimi është bërë kur klienti tashmë merr disa ndërhyrje terapeutike). Raportimi i pranimit të trajtimit të parë në vit në përgjithësi do të ndihmojë për të përmbushur qëllimin e treguesit të. Përveç kësaj, informacioni i mbledhur nga treguesi TDI mund të ndihmojë (së bashku me treguesit e tjerë dhe burimet e informacionit) për të vlerësuar disa parametra të trajtimit të drogës në vetvete (dispozitë, aspirator, mbulim). Këto aspekte janë duke u zhvilluar aktualisht në kuadrin e një strategjie të monitorimit të trajtimit të drogës.

### ***Si është arritur qëllimi TDI***

Qendrat e trajtimit të drogës zakonisht mbledhin një sasi të konsiderueshme të informacionit mbi klientët e tyre. Ky informacion është mbledhur nga profesionistë kryesisht për të lehtësuar procesin terapeutik, por edhe për arsye administrative dhe menaxhuese në nivel lokal, dhe për qëllime epidemiologjike në nivel lokal, kombëtar apo ndërkombëtar. Disa nga informacionet e mbledhura nuk do të vihen në dispozicion jashtë qendrës së trajtimit, disa do të kalojnë në organet rajonale ose kombëtare, dhe në fund, një pjesë e kufizuar e informacionit do të sistemohet në nivel evropian, duke ndjekur procedurat dhe përcaktimet e protokollit të EMCDDA TDI.

Qendrat e trajtimit të drogës përfaqësojnë një burim themelor informacioni për të fituar njohuri mbi përdorimin e drogës dhe problemeve që lindin nga përdorimi i drogës, pasi këto të fundit janë të vështira të përcaktohen në sasi dhe përshkrim. Problematika e përdorimit të drogës ka një përhapje relativisht të ulët në shumicën e Shteteve Anëtare të BE-së dhe shpesh është stigmatizuar shoqërisht dhe, për këtë arsye është e vështirë për të kapur.

Megjithatë, duhet të kihet parasysh se jo të gjithë përdoruesit problematikë të drogës janë në kontakt me qendrat e trajtimit. Disa përdorues mund të mos jenë në kontakt me ndonjë shërbim (p.sh. disa përdorues kokaine apo heroine të integruar në shoqëri, disa përdorues heroine shumë të marginalizuar), ose mund të jenë në kontakt me shërbimet që, për arsye të ndryshme, nuk mund të mbledhin informacion nga klientët e tyre, ose nuk e raportojnë atë tek sistemi kombëtar i monitorimit (p.sh. psikiatër private, programe në rrjet interneti ose, në disa vende mjekë të përgjithshëm apo agjenci ....).

Prandaj, përfundimet mbi përdorimin e drogës në komunitet bazuar në të dhënat e mbledhura nga TDI duhet të nxirren me kujdes, në mënyrë të veçantë kur ndryshimet janë të vogla dhe / ose në bazë të numrit të kufizuar të klientëve. Përveç kësaj, disponueshmëria e shërbimeve, ndryshimeve në sigurimin e shërbimeve dhe mbulimi i sistemit të raportimit, pra

duhet të merren parasysh të gjitha mundësitë. Për më tepër, interpretimi i informatave TDI do të përfitojë në mënyrë të konsiderueshme nga miratimi i tërthortë me treguesit e tjerë (p.sh. vdekje – në lidhje me drogën, treguesit e zbatimit të ligjit) dhe studimet ad hoc studime (psh studime cilësore në mostrat e rrugëve, studime dhe raporte të tjera nga shërbimet e drogës që nuk mbulojnë).

Pavarësisht nga gjithë këto paralajmërime, në shumë vende të BE-së raportojnë informacion TDI nga një numër i konsiderueshëm i përdoruesve të drogës (në disa raste mbi 50% të numrit të përgjithshëm të vlerësuar PDUs). Kjo e bën treguesin më të fortë dhe shpesh kryesor atë të burimit të informacionit mbi popullsinë e përdoruesve të drogës. Në vendet ku një pjesë e konsiderueshme e popullsisë PDU është kapur nga raportimi TDI dhe modelet e përdorimit dhe rrezikun e atyre që nuk raportohet të mos devijojnë në thelb nga ata që janë raportuar, gjetjet themelore të treguesit mund të konsiderohen të fuqishëm, në veçanti nëse vëzhgimet janë në përputhje me kalimin e kohës. Ku dihet se ekzistojnë nëngrupe përdoruesish problematik të drogës dhe rrezikojnë modele që devijojnë në mënyrë dramatike nga modelet e vërejtura nga treguesit TDI, prandaj duhen studime lokale për të treguar sjelljen e tyre. Për më tepër, në qoftë se disponueshmëria e shërbimit dhe politikat e trajtimit mbeten pa ndryshime thelbësore gjatë një periudhe kohore, tendencat e vërejtura në TDI mund të sinjalizojnë zhvillime të rëndësishme në përdorimin problematik të drogës (p.sh. ndryshimet në sjelljet e injeksionit, zgjerimi i përdorimit të krak-ut, etj).

Së fundi, të dhënat e marra nëpërmjet treguesit TDI janë një komponent thelbësor i metodologjive të ndryshme për të vlerësuar përhapjen e përdorimit të drogave problematike, zakonisht i bazuar në kombinimin e bazave të të dhënave të krijuara nga shërbimet e ndryshme duke përdorur metoda të ndryshme llogaritje.

### ***Çfarë sfidash të reja ka hasur TDI në vitet e fundit?***

Në 10-15 vitet e fundit, trajtimi i zëvendësimit të narkotikut është zgjeruar në mënyrë dramatike në shumë vende të BE-së, edhe pse jo në të gjitha ato vende. Trajtimi i popullsisë në këto vende përfshin një pjesë në rritje të klientëve që kanë hyrë për trajtimin e problemeve të heroinës dhe kanë mbetur në trajtimin e zëvendësimit të narkotikut (OST) për një periudhë të gjatë kohore. Prandaj, ekziston një numër i konsiderueshëm i klientëve në trajtim të vazhdueshëm afatgjatë të zëvendësimit, të cilët nuk ri-hyjnë përsëri në trajtim. Klientët e kokainës, amfetaminës ose kanabis janë më pak të prekur nga kjo situatë, por disa prej tyre mund të jetë edhe në forma të tjera të trajtimit afat-gjatë.

Prandaj është bërë gjithnjë e më e nevojshme vlerësimi i numrit të atyre njerëzve dhe moduli i “Prevalencës së Trajtimit” i cili është konceptuar dhe testuar në të kaluarën për të vlerësuar numrin dhe karakteristikat themelore të këtij grupi të klientëve. Ky informacion do të mblidhet në një modul të veçantë vullnetar dhe është ende në fazë zhvillimi në kuadrin e një strategjie të re për mbledhjen e të dhënave për trajtimin, i cili do të përfshijë disponueshmërinë për trajtimin, organizimin dhe cilësinë (Strategjia e monitorimit të trajtimit EMCDDA do të finalizohet nga fundi i vitit 2012). Disa vende nuk janë aktualisht në gjendje për të llogaritur të dhënat që do të përfshihen në këtë modul, pasi ajo kërkon një sistem të përcjelljes që lejon statusin e secilit klient si “duke qenë në trajtimin ose jo” për t’u përcaktuar, ndërsa TDI vetë është projektuar vetëm për të numëruar hyrjet në trajtim. Në të njëjtën kohë, klientët në trajtim të

vazhdueshëm (shumica e të cilëve janë përdorues të narkotikëve) janë në një situatë të veçantë, pasi shumë prej tyre nuk janë më përdorues të narkotikëve të paligjshëm, edhe pse mund të jenë duke përdorur droga të tjera. Interpretimi i këtij informacioni në lidhje me vlerësimin e prevalencës dhe modelet e përdorimit të drogave është veçanërisht kompleks. Por edhe duke pasur parasysh rëndësinë e kësaj sfide të re, objektivat kryesore të TDI mbeten të njëjta, dhe kryesisht kanë të bëjnë me vlerësimin e numrit dhe karakteristikat e njerëzve me probleme që lidhen me përdorimin e drogës të cilët hyjnë në shërbimet e trajtimit të drogës gjatë vitit kalendarik.

### **1.3 Zbatimi I TDI**

Të dhënat e TDI janë mbledhur në nivel kombëtar, shpesh pas një procesi të gjatë nga qendra trajtimi në nivel rajonal dhe nga rajonale në nivel kombëtar. Pastaj të dhënat transmetohen me pikat fokale kombëtare (NFP), të cilat janë agjencitë kombëtare të propozuara nga secila qeveri si organet përgjegjëse për ofrimin e informatave më përditësuara përsa I përket drogës dhe varësisë ndaj saj. Të dhënat kombëtare TDI janë dërguar pastaj në formë të përmbledhur të EMCDDA, sipas të dhënave të formularëve të raportimit të rënë dakord nga NFPs dhe EMCDDA.

Nga fundi i viteve 1990 deri në vitin 2011, sigurimi i të dhënave të trajtimit të kërkuara nga EMCDDA është zbatuar në shumicën e vendeve Evropiane. Në vitin 2000, 15 vende që kanë qenë anëtare të Bashkimit Evropian raportojnë TDI te EMCDDA, por të kompletimidhe cilësia e të dhënave ishte i ndryshëm. Që atëherë, raportimit i të dhënave është zgjeruar në mënyrë progresive dhe cilësia e tyre është përmirësuar dukshëm. Në vitin 2010, EMCDDA ka marrë të dhënat nga 29 vende (27 shtete anëtare të BE + Turqia dhe Kroacia) dhe që nga viti 2011 Norvegjia do të dërgojë të dhënat e saj për EMCDDA. Të dhënat raportohen në bazë të Protokollit 2,0 TDI dhe mblidhen duke përdorur mjetin 'Fonte' i disponueshëm në internet.

Të dhënat e raportuara deri në vitin 2011 kryesisht mbulojnë shërbimin ambulator dhe qendrat e trajtimit të pacientit. Në 10 vjet që nga zbatimi i saj, ajo ka hasur vështirësi në shumicën e vendeve për të mbledhur informacione nga qendrat e llojeve të tjera të trajtimit.

Shumica e vendeve dërguan pothuajse të gjitha të dhënat e kërkuara nga EMCDDA, por disa kufizime ende mbeten sidomos në lidhje me variablat specifike, të cilat mund të ndryshojnë në varësi të vendit. Të dhënat akoma mbledhen nga llojet e tjera të qendrave të trajtimit, dhe do të bëhen përpjekje për të zgjeruar mbledhjen e të dhënave ku është e mundur për shërbime të tjera, ku përdoruesit e drogës përfaqësojnë një grup përkatës të klientëve.

Niveli i harmonizimit është mjaft e mirë për të mundësuar krahasimin midis vendeve, edhe pse duhet patur kujdes në interpretimin e të dhënave, për shkak të dallimeve të vendit në sistemet e trajtimit të drogës dhe të ndryshueshmërisë në zbatimin e disa përkufizime TDI.

Në vitin 2009, u miratua nga Shtetet Anëtare Evropiane një sistem i veçantë për të vlerësuar cilësinë e të dhënave të treguesit kyç EMCDDA, duke përfshirë TDI, dhe zbatohet në bazë të të dhënave të raportuara për vitin 2006. Sistemi ka treguar përparim thelbësor në zbatimin TDI dhe krahasueshmërinë e të dhënave, edhe pse se disa zona ende kanë nevojë për përmirësime të

mëtejshme.

Në vitin 2006, është testuar një modul i veçantë të fushës TDI për të raportuar të dhëna për njerëzit "në trajtim të vazhdueshëm". Mbledhja e të dhënave është ruajtur si një plan pilot i grumbullimit të të dhënave, gjatë disa viteve, por tanimë ajo është përfshirë në versionin e tanishëm të protokollit TDI, për shkak të vlerës së të dhënave të mbledhura edhe pse ende në baza vullnetare dhe në një fazë zhvillimi.

TDI ka qenë gjithnjë e më e përdorur gjatë 10 viteve të fundit si një shembull dhe pikë referimi për vendet dhe organizatat ndërkombëtare jashtë Europës, nëpërmjet prezantimeve dhe trajnimeve, në disa raste, instrumentet janë miratuar si mjet kryesor për mbledhjen e të dhënave mbi trajtimin e drogës. Kjo veçanërisht për vendet në procesin e anëtarësimit në Bashkimin Evropian, vëndet në kufi të BE-së, organizatave të tjera ndërkombëtare (p.sh. CICAD).

Një bashkëpunimi i rregullt është ruajtur me organizatat botërore që punojnë në fushat e drogës (UNODC dhe OBSH). Një botim i përbashkët për mbledhjen e të dhënave për trajtimin e kërkesës për drogë u nis në vitin 2006, si pjesë e serisë UNODC (UNODC, 2006). Edhe pse janë bërë shumë përparime, disa kufizime në cilësinë e të dhënave ende ekzistojnë dhe përmirësimi duhet të bëhet në mbledhjen e kërkesës për drogë, të dhënave dhe të raportimit, sidomos nga një perspektivë Evropiane

#### **1.4 Parimet e përgjithshme të protokollit TDI 3.0**

Protokolli TDI 3,0 është i bazuar në disa parime të përgjithshme, të cilat duhet të udhëheqin të dhënat e raportimit nga vendet drejt EMCDDA dhe analizimin e të dhënave në nivel Evropian. EMCDDA dhe ekspertët Evropian ranë dakord mbi parimet e mëposhtme si bazë për zbatimin e protokollit TDI 3,0.

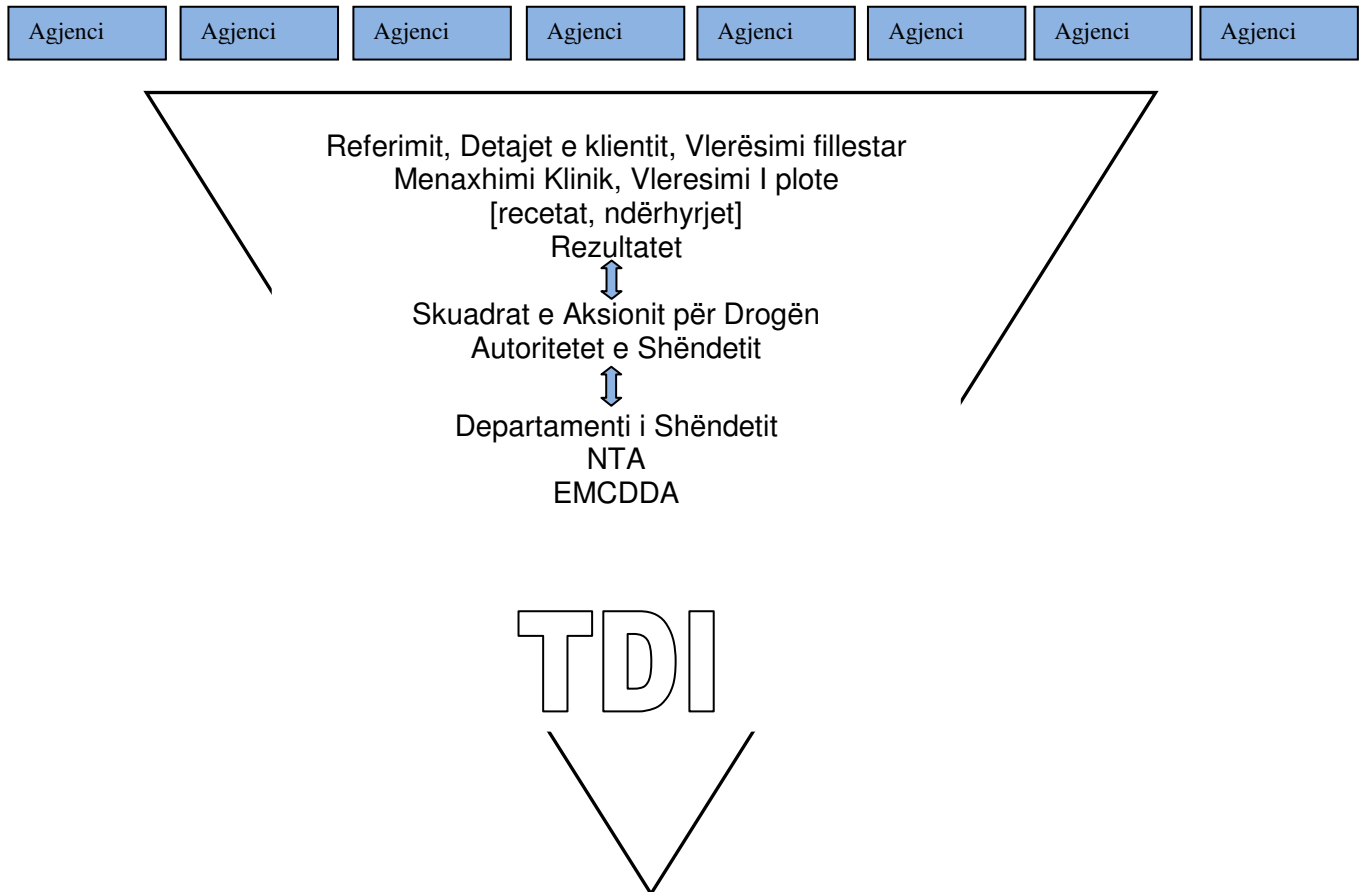
##### **(a) Monitorimi kundrejt kërimit / studime ad-hoc**

Monitorimi i të dhënave ndryshon nga hulumtimet dhe studimet ad hoc. Monitorimi nënkupton mbledhjen e të dhënave nga një grup i kufizuar informacioni në një mënyrë të rregullt dhe sistematike, duke lejuar identifikimin e ndryshimeve me kalimin e kohës. Nevoja për më shumë informata specifike është adresuar më mirë nëpërmjet projekteve ad-hoc dhe kërtimeve. TDI mundet vetëm të eksplorojnë të dhëna bazë dhe të drejtojnë hetime të mëtejshme në bazë të përfundimeve të përgjithshme (p.sh. përjashtimi social, modelet e përdorimit të drogës, vlerësimi i rezultatit). Projektet kërkimore mund të bazohen mbi çështjet që rrjedhin nga TDI, por do të ndërtohen në vended he formate të ndryshme dhe vetëm nga ata ekspertë të interesuar në një analizë më të thellë.

**(b) Hierarkia e të dhënave të nevojshme: nga të dhënat klinike te informacioni relevant i politikave Evropiane**

Është gjithmonë e rëndësishme të bëhet dallimi i qartë ndërmjet nevojave për mbledhjen e të dhënave në nivele të ndryshme: lokale, rajonale, kombëtare dhe Evropiane. Nevojat për informacion janë të ndryshme, dhe ndryshon që nga niveli i detajeve të nevojshme në nivele të tjera të ndryshme, ajo fillon nga informacione të detajuara të mbledhura për qëllime klinike, për informata të dobishme, për të planifikuar dhe për të vlerësuar ndërhyrjet në qendrat e nivelit të trajtimit të të dhënave për planifikimin, qendrat e trajtimit në nivel lokal, për më shumë informacion të përgjithshëm për planet rajonale, kombëtare dhe Evropiane për drogë dhe për vlerësimin e rezultateve afatgjate: (Donmall, 2008).

## Informacioni i duhur



Nevoja për informacion EMCDDA siguron emëruesin minimal të përbashkët të raportimit për të gjitha vendet. Të dhënat e mbledhura dhe / apo raportuar mund të ndryshojnë në nivele të ndryshme sipas nevojave të ndryshme.

### **(c) Raportimin e të dhënave kundrejt mbledhjes së të dhënave**

Grumbullimi i të dhënave dhe raportimi i të dhënave janë dy veprime të ndryshme, që kanë ndodhur në nivele të ndryshme dhe për qëllime të ndryshme.

Të dhënat e raportimit nga secili vend në nivel Evropian është një grup i para-përcaktuar i rezultateve të marra nga bazat e të dhënave kombëtare të trajtimit TDI. Rezultatet zakonisht mund të merren duke modifikuar të dhënat e nxjerrjes dhe kërkimet rutinë mund të bëhen pa ndryshuar protokollin e TDI dhe duke shtrirë edhe modifikimet themelore kombëtare, rajonale, bazat e të dhënave lokale, zakonisht nëpërmjet modifikimit nxjerrjes të të dhënave rutinë. Megjithatë përshtatja e formës së raportimit mund të kërkojë kohë dhe disa ndryshimetë “programesh” në një proces të përbashkët me partnerët e përfshirë. Fokusi i raportimit të EMCDDA nën Protokollin 3,0 TDI është larguar nga dallimi në bazë të llojit të qendrës së trajtimit; ky ndërrim në parim nuk duhet ketë pasoja për mbledhjen e të dhënave dhe raportimin në nivel kombëtar ..

### **(d) Individët kundrejt episodit të trajtimit**

Një sistem i raportimit të të dhënave të trajtimit mund të bazohet në numrin e episodeve të trajtimit të një individi gjatë një periudhe të caktuar kohe ose për numrin e individëve që hyjnë në trajtime të drogës gjatë një periudhe të caktuar kohe. Sistemi Amerikan i Monitorimit të trajtimit mbi drogat (SAMHSA), për shembull, regjistron të dhënat e episodeve të trajtimit që një individ ka nisur gjatë një viti.

Nga ana tjetër, Protokollin 3.0 TDI është i bazuar në raportimin e informacionit në çdo trajtim individual gjatë vitit kalendarik, dhe nuk llogarisin më shumë se një herë për person gjatë asaj periudhe kohore. Nëse një person ka ndjekur më shumë se një episod të trajtimit gjatë një viti të raportimit, vetëm një rast është raportuar.

Një episod trajtimi ka qenë i përcaktuar si "Periudha e shërbimit në mes të fillimit të trajtimit për një drogë (...) problemin dhe përfundimin e shërbimeve për planin e trajtimit të përshkruara (SAMHSA, 2009) ose' një klient mund të marrë pjesë një ose më shumë modalitete të / ndërhyrjeve (ose llojeve) të trajtimit gjatë episodit të njëjtë të trajtimit. Një klient mund të ketë më shumë se një episod në një vit "(Universiteti i Mançesterit, 2010). Si rrjedhim, protokollin 3.0 TDI përcakton atë që është konsideruar si një "episod trajtimi 'në seksionin mbi' rastin e përkufizimit" (shih më poshtë).

Ky parim ka implikime në nivel kombëtar dhe Evropian. Në nivel kombëtar, metodat për kontrollin dhe shmangien e numërimit të dyfishtë duhet të zbatohen brenda vendit në sistemin e informacionit të drogës. Në nivel Evropian, kjo nënkupton se të dhënat i referohen grupeve të ndryshme të klientit e cila do nxjerri shumën në një numër të vetëm të përgjithshëm.

### **(e) Incidenca e Trajtimit kundrejt Prevalencës së Trajtimit**

TDI ka për qëllim për të kapur gjendjen e klientëve në momentin e hyrjes së tyre në trajtim, si përfrimin më të mirë të karakteristikave të përdoruesve të drogës.

Gjatë dy dekadave të fundit, numri i klientëve të cilët qëndrojnë vazhdimisht në trajtim gjatë disa viteve, sidomos në kontekstin e trajtimit afat-gjatë të mirëmbajtjes narkotike, është rritur vazhdimisht në Evropë. Në vitin 2006, puna ka filluar për të dokumentuar këtë nëpërmjet zhvillimit të një moduli në "përhapjen e trajtimit".

Puna në modul është duke vazhduar në kuadrin e strategjisë së përgjithshme të EMCDDA për grumbullimin e të dhënave të trajtimit dhe analizimit, që do të përfundojë deri në fund të vitit 2012.

Moduli është i ndarë nga mbledhja e të dhënave rutinë TDI dhe nuk ka implikime praktike për regjistrimin e shënimeve të trajtimit TDI. Moduli është në zhvillim e sipër dhe i paraqitur në aneks. Ai do të finalizohet në kontekstin dhe në bashkëpunimin me Strategjinë e Monitorimit të Trajtimit të EMCDDA deri në fund të vitit 2012.

### **(F) Ndryshimet në përcaktimin dhe implikimet për të dhënat e fundit**

Ndryshimet në disa përkufizime në protokollin 3.0 TDI mund të kenë disa efekte mbi të dhënat e raportuara. Lidhur me të dhënat e fundit, vendet nuk janë kërkuar të raportojnë të dhëna të reja për vitet e mëparshme. Nga analiza që tanimë është kryer gjatë procesit të konsultimit, ndikimi i ndryshimeve në rezultatet përfundimtare nuk duket të jetë thelbësor në shumicën e vendeve, por efektet e ndryshimeve do të shqyrtohen dhe analizohen me kujdes. Në parim, vendet nuk janë të detyruara për të raportuar mbi bazën e udhëzimeve të reja për vitet e mëparshme, edhe pse disa të dhëna në shënjestër mund të kërkohen në një bazë vullnetare.



## **2. Udhëzimet**

### **2.1 Përkufizimet**

#### **2.1.1 Përkufizimi i rastit**

Një rast është një klient i cili fillon një seancë trajtimi të drogës (1) në një qendër trajtimi (2) për probleme të krijuara nga përdorimi e tij / saj i drogës gjatë vitit kalendarik 1 janar-31 dhjetor.

Një klient duhet të raportohet vetëm një herë gjatë vitit kalendarik: nëse, për ndonjë arsye, klienti është regjistruar më shumë se një herë në nivel kombëtar, duplikimet duhet të hiqen sa më shumë të jetë e mundur sipas mjeteve ekzistuese teknike në nivel kombëtar për raportim të EMCDDA. Seanca e parë e trajtimit në vit duhet të raportohet.

#### Qëllimi

Të identifikojë në një mënyrë të besueshme njerëzit me probleme të drogës që fillojnë trajtimin dhe të vlerësojë problemet e tyre, modelet e përdorimit të drogës ,rreziqet shëndetësore dhe rreziqet sociale, me qëllim përdorimin e informacionit si një tregues të modeleve dhe prirjeve të përdorimit të drogave

#### Kriteret e përfshirjes:

1. Një person i cili ka filluar një trajtim të drogës (siç përcaktohet më poshtë në përcaktimin e trajtimit) midis 1 Janar dhe 31 dhjetor.
2. Nëse një person ka filluar më shumë se një herë gjatë vitit raportues vetëm seancën e parë të trajtimit (shih më poshtë përkufizimi i seancës së trajtimit) duhet të raportohet në EMCDDA.

#### Kriteret e përjashtimit:

1. Një person i cili kontakton një qendër trajtimi në emër të një përdoruesi droge, por që nuk është një përdorues droge.
2. Një person me probleme të shkaktuara nga marrëdhënia e tij / saj personale me një përdorues të drogës, por që nuk është vetë një përdorues droge.
3. Një person i cili ka qenë raportuar një herë në të njëjtën qendër apo në një tjetër qendër gjatë vitit kalendarik.
4. Një person i cili fillon trajtimin / procedurën në mënyrë paralele me një trajtim të filluar. Ky mund të jetë një komponent i trajtimit që tashmë është raportuar (në vitin actual ose në vitet e mëparshme), të tilla si një psikoterapi paralele me trajtimin e vazhduar të terapisë zëvendësuese të narkotikut , apo të një trajtimi shtesë.
5. Një person që fillon trajtimin / procedurat si një vazhdim i një trajtimi ekzistues që është

raportuar (vitin aktual ose në vitet e mëparshme), të tilla si për shembull një detoksifikim i pacientit i kërkuar pas një terapie zëvendësuese dy vjecare.

### Konsiderata metodologjike

Rekomandohet që numërimi i dyfishtë i të njëjtit klient të shmanget kur të jetë e mundur në nivele të ndryshme dhe sipas mjeteve ekzistuese teknike në nivel kombëtar: midis rajoneve apo zonave gjeografike / juridike të të njëjtin vend, midis qendrave të trajtimit, përfshirë qendrat e trajtimit të natyrave të ndryshme dhe brenda të së njëjtës qendër. Një zgjidhje teknike ideale në mënyrë që të shmanget numërimi i më shumë se një herë i të njëjtit klient gjatë vitit raportues do të ishte një regjistër qendror i klientëve të drogës: ku çdo klient do të ketë një identifikues unik që do të lejonte shmangien e kopjeve identike kur raportohen. Por zgjedhja teknike nuk është e mundur në një numër vendesh për arsye administrative ligjore apo ekonomike. Në ato vende duhen përdorur procedurat e mundshme për të minimizuar numërimin e dyfishtë të rasteve. Mundësia bazë është që organizata e trajtimit duhet të kryejë një kontroll të brendshëm (brenda të së njëjtës qendër trajtimi) për të parë nëse ka trajtime më të hershme. Përveç kësaj mund të jetë e nevojshme për të pyetur klientin nëse ai / ajo ka qenë ndonjëherë në trajtime të tjera si këto, pasi mund të kenë qenë kuruar në qendra të tjera në të njëjtën periudhë. Një mundësi shtesë në disa vende është të kontrollojnë në nivel rajonal nëpërmjet numërimit të dyfishtë të sistemeve rajonale të raportimit dhe bazave të të dhënave. Kjo mund të shmangë numërimin e dyfishtë pasi në shumë vende organizatat administrative të shëndetit dhe shërbimet sociale e bëjnë të vështirë trajtimin në të njëjtën kohë në rajone të ndryshme. (Shih gjithashtu "numërimi i dyfishtë" sipas nenit 3).

Një paraqitje grafike është dhënë në nenin 4 - përkufizimi i rasteve - përshkrimi grafik

#### **2.1.2 Trajtimi i drogës**

**Trajtimi i drogës është përcaktuar si një aktivitet (aktivitete) që synon drejtpërdrejt njerëzit që kanë probleme me përdorimin e drogës dhe synon të arrijë qëllime të përcaktuara në lidhje me zbutjen dhe / ose eliminimin e këtyre problemeve, i ofruar nga profesionistë me përvojë ose të akredituar brenda kuadrit të praktikave të ndihmës mjekësore, psikologjike apo sociale.** Ky aktivitet shpesh bëhet në ambiente të specializuara për përdoruesit e drogës, por gjithashtu mund të zhvillohet në shërbimet e përgjithshme që ofrojnë ndihmë mjekësore / psikologjike për njerëzit me probleme të drogës (shih gjithashtu 'Qendra e Trajtimit').

## Qëllimi

Ky përkufizim është i gjerë, në mënyrë që të përfshijë një gamë të gjerë të përdoruesve të ndryshëm me probleme që lidhen me përdorimin e tyre të drogës; duhet të kujtojmë se qëllimi i TDI është kryesisht epidemiologjik, me qëllim të mbledhë informacion mbi njerëzit me probleme të rëndësishme të drogës.

## Kritere Përfshirëse:

- Ndërhyrje më qëllim kryesor detoksifikimin
- Ndërhyrje me qëllim kryesor mungesën e trajtimit të zëvendësimit
- Programet afatgjata të specializuara/strukturuara të drogës
- Ndërhyrje që synojnë reduktimin e dëmeve të lidhura me drogën nëse ato janë të organizuara në kuadër të programeve të planifikuara (p.sh. Programet e shkëmbimit të gjilpërave, dhomave të konsumit, etj. si pjesë e një programi të strukturuar i cili përfshin objektivat, ndërhyrje të përcaktuara, kohën, vlerësimin)
- Psikoterapi / Këshilla
- Trajtimi i strukturuar me një komponent të fortë social
- Trajtime të ndjekura mjeksore
- Ndërhyrje jo-mjekësore të futura në programet e planifikuara (p.sh. këshilla të strukturuar)
- Trajtime të veçanta në mjedise të vëzhguara kundrejt përdoruesve të drogës

## Kriteret e përjashtimit:

- ndërhyrje sporadike që nuk janë përfshirë në programin e planifikuar
- kontakte me shërbime të përgjithshme që përfshijnë kërkesa vetëm për ndihmë sociale
- kontakte për të cilat përdorimi i drogës nuk është arsyeja kryesore për të kërkuar ndihmë
- kontaktet vetëm me telefon apo letër
- kontakte me persona familjare ose të tjerë që nuk janë përdorues të drogës
- burgim në vetvete
- Trajtimi vetëm nga interneti
- Shërbime që ofrojnë vetëm shkëmbim gjilpërash

## Konsiderata metodologjike

Të dhënat duhet të jenë sa më të plota; që do të thotë se të gjitha të dhënat e një personi përdorues i drogës që hyn në një program të shërimit nga droga siç përcaktohet më lart –kriteret përfshirëse- të raportohen.

### **2.1.3 Fillimi i trajtimit**

**Fillimi i trajtimit konsiderohet si kontakti më i hershëm i formalizuar ballë për ballë (s) midis klientit dhe qendrës. Gjatë këtij (këtyre) kontakteve duhet të mundësohet identifikimi i klientit (shmangia e numërimit të dyfishtë) dhe të vlerësohen nevojat e klientit dhe karakteristikat e lidhura me problemin e drogës.**

Në varësi nga lloji i qendrës, këto kërkesa duhet të plotësohen pas kontakteve të para - Ndoshta 1 në 3 kontakte - midis klientëve dhe terapistit (krahas kontakteve të mundshme me stafin administrativ).

Propozohet si kriter tregues një deri në tre kontakte ballore por shtetet duhet të kenë mundësinë për të aplikuar fleksibilitete të caktuara, sipas praktikave të tyre të raportimit. Në metodologjiken e informacionit, është e rëndësishme të raportohen rastet kur klienti është i regjistruar për raportim tek EMCDDA.

Nëse një klient fillon më shumë se një trajtim gjatë të njëjtit vit raportimi duhet raportuar tek EMCDDA vetëm seanca e parë të trajtimit, siç u përmend më lart.

## Qëllimi

Të dhënat e raportuara nga kontaktet e para midis qendrës së trajtimit dhe klientit kanë për qëllim marrjen e informacionit të fundit të profilit social të klientit të drogës dhe modelet e tij/saj të përdorimit të drogës në periudhën para trajtimit.

## Kriteret e përfshirjes

Një klient i cili ka kontakt ballë-për-ballë me qendrën e trajtimit në fazën fillestare të trajtimit (zakonisht Një deri në tre kontakte).

## Kriteret e përjashtimit

- Kontaktet që ndodhin në një fazë të vonë të trajtimit (zakonisht pas kontakteve të treta ose më shumë midis qendrës së trajtimit dhe klientit).
- Kontaktet e tjera jo ballë për ballë (telefon, internet, etj.).

## Konsiderata metodologjike

Procedurat e regjistrimit ndryshojnë midis vendeve. Ky variabël duhet të sigurojë një harmonizim të caktuar të procedurës regjistruese përmes vendeve dhe duhet të grantojë regjistrimin e të dhënave themelore të klientit.

Numri i kontakteve me klientin që lejon vendet të raportojnë të dhëna të protokollit TDI duhet specifikur në informacionin metodologjik.

Shih edhe përshkrimin grafik të përcaktimit të rastit në Aneksin 5.1

### **2.1.4 Fundi i trajtimit**

**Trajtimi konsiderohet i mbaruar kur ka një konkluzion zyrtar (rënë dakord ose jo), ose kur klienti ndalon së frekuentuari këtë qendër trajtimi ose vdes.**

Arsyet për fundin e trajtimit mund të lidhet me braktisjen e trajtimit, vdekjes ,një vendimi të qartë për braktisjen e kurimit nga klienti ose një përfundim të programit të trajtimit i vendosur nga qendra (shih gjithashtu modulën Përhapja e Trajtimit).

## Qëllimi

Protokolli TDI fokusohet në "hyrjen në trajtimit" dhe nuk synon të mbledhi të dhëna mbi trajtimin e përfunduar. Mbledhja e të dhënave në përfundim të trajtimit është i nevojshëm për 2 arsye operationale:

- 1) Përfundimi i trajtimit është i lidhur direkt me përcaktimin e rastit TDI dhe vendimit për regjistrimin e një trajtimi pasues. Vlerësimi nëse një trajtim më parë është përfunduar bëhet në momentin e çdo regjistrimi të trajtimit
- 2) Informacioni i përfundimit të trajtimit lidhet me modulën "Prevalenca e Trajtimit"; ajo mundëson identifikimin e klientëve që janë akoma në trajtim nga viti në vit ose kanë përfunduar trajtimin për arsye të ndryshme. Për këtë arsye informacioni i marrë në përfundim të trajtimit nuk ka për qëllim të masë përfundimin e kurës por vetëm të vlerësojë nëse një person duhet raportuar sërish si klient i trajtimit apo jo.

## Kriteret Përfshirëse

Trajtimi konsiderohet i përfunduar kur:

- Klientin e liron një profesionist
- Një klient ka kërkuar qartësisht të përfundojë trajtimin
- Një qendër/profesionist vendos të përfundojë trajtimin për arsye që nuk kanë lidhje me përfundimin e trajtimit, por me arsye të tjera sic është mospërputhja me trajtimin, thyerja e rregulloreve etj
- klienti vdes
- klienti nuk ka asnjë kontakt me qendrën e trajtimit. Rekomandohet që trajtimi të konsiderohet i përfunduar vetëm pas 6 muajsh nga shkëputja e kontakteve midis klientit dhe qendrës së trajtimit, megjithatë, vendet ndryshojnë masivisht në përcaktimin e përfundimit të trajtimit. Nëse vendet kanë një periudhë të ndryshme për të konsideruar një klient pa trajtim (i larguar), trajtimi mund të konsiderohet i përfunduar sipas rregullores kombëtare. Vendet duhet të përcaktojnë kohën për fundin e trajtimit në specifikimet metodologjike.

## Kriteret e përjashtimit

Trajtim nuk konsiderohet i përfunduar kur:

- klienti leviz në një sistem trajtimi nga një qendër në një tjetër sepse ai/ajo i referohet në kuadër të së njëjtës seancë trajnimit. (ndonjëherë i quajtur 'kujdesi i përbashkët')
- përfundon një aktivitet për trajtimin e klientit dhe fillohet një trajtim i ri si pjesë e të njëjtës seancë
- klienti kontakton sërish me qendrën e trajtimit brenda një periudhe 6 mujore (në bazë të periudhës së përcaktuar në rregullat e trajtimit kombëtar të largimit vullnetar)

## Konsiderata metodologjike:

Vendet duhet të përcaktojnë në informacionin metodologjik cili është rregulli për të konsideruar një klient të larguar vullnetarisht. Rregulli prej gjashtë muajsh duhet të ndiqet sa më shumë të jetë e mundur.

## 2.1.5 Episodi i Trajtimit

**Një seancë trajtimi është përcaktuar si periudha e ' shërbimit midis fillimit të trajtimit të një problemi (...) të drogës dhe përfundimin e shërbimeve për planin e trajtimit të përcaktuar ' (SAMHSA, 2009).**

Trajtimi i drogës është një proces kompleks, dhe aktivitete/procedura të ndryshme terapeutike duhet të bëhen paralelisht ose në vazhdimësi, për një periudhë të gjatë kohe, (p.sh. këshillimi, psikoterapia, trajtim zëvendësimi, trajtime të tjera farmakologjike, ambulatorie ose stacionare, detoksifikuese, me qëndrim afat-gjatë ). "Një klient merr pjesë në një ose më shumë modalitete / intervenimeve (Ose lloje) të trajtimit. Gjithashtu klientët kanë më shumë se një seancë në një vit "(Universiteti i Mançesterit, 2010).

### Qëllimi

Për të përcaktuar kur një klient po bën të njëjtin proces trajtimi dhe për të vendosur nëse një klient ka nevojë ose jo të njoftohet për qëllimin e treguesit TDI

### Kriteret e përfshirjes

1. Të gjitha aktivitetet / procedurat e bëra ndaj një klienti për të luftuar problemin e drogës i cili shkaktoi regjistrimin për trajtim për sa kohë që sa më sipër është bërë në mënyrë të organizuar/planifikuar. Këto aktivitete mund të realizohen gjatë një periudhe të gjatë kohe dhe në të njëjtin vend ose në vende të ndryshme. Ata mund të ndjekin një plan fillestar ose një plan të modifikuar sipas nevojave të klientit dhe ecurisë.

2. Nëse procesi i trajtimit formalisht është i përfunduar apo klienti është larguar vullnetarisht nga trajtimi dhe klienti ripranohet sërish për trajtim, atëherë ky është një trajtim i ri për regjistrim.

### Kriteret e përjashtimit

1. Një aktivitet i vetëm në kuadër të caktuar të zinxhirit të planifikuar / i organizuar i ndërhyrjeve nuk konsiderohet si një seancë trajtimi.

## 2.1.6 Qendra Trajtimi / programi

Një qendër / program trajtim i drogës është çdo strukturë që siguron trajtim të drogës, të përcaktuar si më sipër, për njerëzit me probleme të drogës. Qendrat e trajtimit mund të jenë qendrat e specializuara, duke u fokusuar në trajtimin e përdoruesve të drogës, ose të përfshira në qendrat e mëdha si dhe synimeve të dhënësit të grupeve të ndryshme të klientit (p.sh. pacientët e shëndetit mendor, përdoruesit e alkoolit, etj). Ata gjithashtu mund të jenë të bazuar në qendrat që janë mjekësore ose jo-mjekësore, qeveritare ose jo qeveritare, publike ose private.

### Qëllimi

Për të identifikuar një gamë të gjerë të objekteve, ku një klient po hyn në trajtim, pavarësisht nga lloji i ndërhyrjeve të marra. Si qëllim i treguesit është identifikimi i klientëve me probleme të drogës, të llojit të objektit i cili nuk është një faktor përcaktues.

Siç shpjegohet në detaje në konsideratat metodologjike më poshtë, është e rëndësishme të theksohet se për të dhënat e mëparshme (version 2.0 i protokollit TDI) të hollësishme janë raportuar sipas llojit të qendrës së trajtimit. Në versionin e tanishëm të protokollit të dhënat do të raportohen në vetëm një shabllon (jo pesë shabllone si në të kaluarën).

Lloji i qendrës së trajtimit nuk do të jetë në qendër të të dhënave të raportimit. Në format e raportimit do të ketë vetëm disa tabela ku ndarje sipas llojit të qendrës së trajtimit duhet të raportohet (shiko Shabllonet për të dhënat e raportimit).

### Qendrat për t'u përfshirë

Llojet e mëposhtme të qendrave të trajtimit janë të përcaktuara në TDI:

- Qendra / programe të trajtimit ambulator
- Qendrat / programe të trajtimit spitalor
- Njësitë / programet e trajtimit në burg
- Mjekët e përgjithshëm
- Agjencitë me fitim të ulët / programet
- Llojet e tjera të qendrave të trajtimit të (ju lutem specifikoni llojin e qendrave)

### Përkufizime të llojeve të qendrës së trajtimit:

(A) Qendrat e trajtimit ambulator janë të definuara si objektet e trajtimit, ku klientët janë trajtuar gjatë ditës dhe nuk qëndrojnë gjatë natës. Ato përfshijnë qendrat publike ose private / klinika të cilat mund të hapen në mbrëmje, por ku koha e hapjes përjashton natën.



(B) Qendrat e trajtimit spitalor janë të përcaktuara si qendra ku klientët mund të qëndrojnë gjatë natës. Ato përfshijnë komunitetet terapeutike, klinikat private, njësitë në një spital dhe qendrat që ofrojnë objektet e banimit. Klientët duhet të raportohen si klientë që hyjnë në qendra të trajtimit spitalor, kur kontaktet e para në mes klientit dhe qendrës janë duke ndodhur në qendrat stacionare dhe të dhënat e TDI janë regjistruar në ato objekte trajtimi.

(C) Njësitë e trajtimit në burg janë definuar si ato shërbime që ofrojnë shërbime të veçanta për të burgosurit për shkak të problemit të tyre të drogës. Ato mund të përfshijnë: njësi të specializuara në trajtimin e drogës me një hapësirë fizike të dedikuar brenda në burg nga profesionistë (të jashtëm ose të brendshëm të burgut) të cilët ofrojnë një paketë ndërhyrjesh me qëllim për të trajtuar apo për të reduktuar problemet e drogës midis përdoruesve të drogës në burg.

(D) Mjekët e përgjithshëm janë praktikues të mjekësisë që trajton sëmundje akute dhe kronike dhe siguron kujdesin parandalues dhe edukimin shëndetësor për të gjitha moshat dhe të dy gjinitë. Ata mund të trajtojnë përdoruesit e drogës për problemet e tyre të drogës, në disa raste në bashkëpunim me shërbimet ambulatorë ose stacionare të drogës, dhe disa prej tyre mund të kenë një trajnim specifik për trajtimin e përdoruesve të drogës;

(E) Agjencitë me fitim të ulët / që kanë programe me qëllim për të parandaluar dhe reduktuar dëmet shëndetësore të lidhura me varësinë e drogës, në veçanti rastet e infeksioneve të gjakut infeksionet virale dhe mbi-dozat, dhe për të inkurajuar përdoruesit aktivë të drogës për të kontaktuar shërbimet shëndetësore dhe sociale

(F) Llojet e tjera të objekteve të trajtimit janë të gjitha qendrat e trajtimit që sigurojnë trajtim të drogës siç është përcaktuar më sipër. Në rastin e përdorimit të "llojet e tjera të objekteve të trajtimit të" kategorisë së, llojin e objektit të trajtimit, raportimit të të dhënave, duhet të përshkruhen dhe të përcaktohen në specifikimet metodologjike.

#### Qendrat / programet që përjashtohen:

Çdo lloj tjetër i trajtimit të objekteve, kur ata nuk janë të përfshirë në trajtimin e drogës, siç përcaktohet më lart (përcaktimin e trajtimit)

- Qendrat / programet vetëm për shpërndarjen e informacionit
- Qendrat / programe vetëm për shkëmbimet e gjilpërës / shiringës
- Ndërhyrjet sporadike ndaj përdoruesve të drogës në burg nuk janë të përfshira (p.sh. informacione, sigurimin e gjilpërve dhe shkëmbimin etj), siç përcaktohet në kriteret e përjashtimit për trajtim të drogës
- Dhoma urgjence në spital
- Objektet e përgjithshme të kujdesit social, jo targetimi I përdoruesve të drogës

## Konsiderata metodologjike

Të dhëna do të raportohen për tek EMCDDA me fokus klientët e tyre, karakteristikat e tyre dhe mënyrat e përdorimit të drogës, veçanërisht të drogës primare. Qendra e trajtimit /programi, të cilat më parë ishin stratifikimi themelor i raportimit, do të jetë vetëm një nga variablat e raportuar. Fokusimi tek klientët është i lidhur me disa arsye:

- qëllimin i treguesit është epidemiologjik dhe fokusohet mbi numrin dhe karakteristikat e klientëve që hyjnë në trajtim si një tregues i tërthortë i përdorimit të drogave .
- 10 vitet e mbledhjes së të dhënave Evropiane tregojnë se 80% e klientëve raportohet tek EMCDDA të ketë hyrë në trajtim në qendrat ambulatorë, ndërsa llojet e tjera të qendrave (me përjashtim të burgut), nuk janë zakonisht në pikën e hyrjes, por janë përdorur në fazat e mëvonshme të programit të trajtimit.
- në një numër vendesh, mjekë të përgjithshëm, të shërbimeve të ulëta dhe llojet e tjera të trajtimit ose nuk luajnë një rol të rëndësishëm në sigurimin e trajtimit të drogës siç është përcaktuar në protokoll (edhe pse ata mund të ofrojnë ndihmë shumë të vlefshme për përdoruesit e drogës), ose nuk është e mundur për të mbledhur të dhënat nga këto burime. Për rrjedhojë, të dhënat në dispozicion janë vetëm nga vetëm disa vende, duke e bërë të vështirë për ta analizuar në nivel Evropian.
- vetëm disa analiza specifike janë të dobishme sipas llojit të qendrës së trajtimit. Është e vështirë për të bërë krahasime të detajuar sipas tipit të qendrave të trajtimit për shkak të dallimeve kombëtare në organizimin e trajtimit.

### **2.1.7 Droga Primare**

**Drogës primare është definuar si drogë që shkakton problem te klienti në fillimin e trajtimit. Kjo është zakonisht e bazuar në kërkesën e bërë nga klientët dhe (ose) në diagnostikimin e bërë nga një terapist, zakonisht duke përdorur instrumentet ndërkombëtare standarde (p.sh. ICD-10, DSM-IV (4), ASI) ose vlerësimin klinik. Ky artikull është i një rëndësie bazë dhe duhet të plotësohet për çdo klient.**

#### Qëllimi

Për të identifikuar problemin kryesor të klientëve të drogës, duhet vlerësuar profili i tyre dhe tendencat me kalimin e kohës në modelet e përdorimit të drogës. Ky variabël lejon informacionin që do të mbahet në problemet më të rëndësishme për përdoruesit e drogës nga një pikë e parë epidemiologjike .

### Kriteret e përfshirjes

Droga primare është droga që të çon në problemet më serioze (shëndetësore, mendore, problemet sociale, etj) për klientin

Droga primare është arsyeja kryesore pse klienti ka hyrë në trajtim

Droga primare mund të përfshijë çdo keqpërdorim të drogës nga ana e klientit, por nuk përdoret në përputhje me një recetë mjekësore

Droga primare përfshin çdo drogë të specifikuar në listë pikat e paraqitura më poshtë.

### Kriteret e përjashtimit

Alkooli mund të regjistrohet si drogë e mesme i shoqëruar nga një drogë primare (shih seksionin e drogave të mesme)

### Duhani

Të gjitha ilaçet psikoaktive dhe drogat që përdoren ekskluzivisht për trajtim mjekësor në kuadrin e një recetë mjekësore dhe sipas praktikës mjekësore.

### Konsiderata metodologjike

Vendimi për zgjedhjen e një drogë primare duhet të bazohet në diagnozën profesionale plus kërkesës së klientit.

Kriteret për përzgjedhjen e drogës primare nuk kanë ndryshuar, dhe janë në përputhje me kriteret për të dhënat e raportimit që përfshihen

në protokollin 2.0 TDI. Një variabël i ri për përdorimin e shumë drogave do të shtohet për të siguruar informacionin komplementar, por jo si një zëvendësim.

Nëse droga e saktë nuk është e njohur (p.sh. amfetaminat ose MDMA dhe derivatet e tyre), kategoria gjenerike (p.sh. Stimulantët përveç kokainës duhet të regjistrohen).

Kategoria “nuk dihet” duhet të përdoret në mënyrë të veçantë dhe si një kategori e mbetur.

## 2.1.8 Drogat e mesme

Drogat e mesme janë ato droga të cilat përdoren si shtesë e drogës primare, dhe janë substanca që shkaktojnë probleme për klientin dhe / ose ndryshojnë natyrën e problemit të vlerësuar nga klienti dhe terapeuti.

### Qëllimi

Për të identifikuar drogat e tjera që shkaktojnë probleme për klientët.

### Kriteret e përfshirjes

Të gjitha drogat të cilat mund të shkaktojnë probleme për gjendjen shëndetësore dhe sociale të klientit, por nuk janë identifikuar si droga kryesore

### Alkooli.

### Kriteret e përjashtimit

### Duhani

Substancat që përdoren nga klientët, por nuk shkaktojnë probleme të tyre / gjendjes së tyre

Ilaçet që përdoren nën recetë mjekësore dhe sipas praktikës mjekësore.

### Konsiderata metodologjike

Droga e mesme duhet të jenë substanca të përdorura dhe që krijojnë problem për klientët. Deri në katër droga të mesme duhet të raportohen në EMCDDA. Megjithatë, vendet kanë procedurë të ndryshme regjistrimi dhe mund të regjistrojnë një numër të ndryshëm të substancave të mesme. Në këtë rast, është e nevojshme për të treguar se sa substanca janë të regjistruara për çdo klient në informacionin metodologjik.

### **2.1.9 Problemi i përdorimit të shumë-drogave**

Informacioni mbi problemin e përdorimit të shumë drogave është komplementar dhe shtesë për informacion mbi drogën primare. Ekzistenca e këtij problemi duhet të vlerësohet gjithnjë pas drogës primare që është vendosur, duke ndjekur udhëzimet dhe procedurat specifike, si deri më sot.

#### Qëllimi:

Problemi i përdorimit të shumë drogave ka për qëllim vlerësimin nëse një klient është përdorues problematik të më shumë se një droge në të njëjtën kohë, në një mënyrë që është shumë e vështirë të identifikohet në mënyrë të qartë se kush është droga primare. Ky koncept do të përdoret në një qasje shumë të kufizuar në ICD-10, e cila përcakton përdorimin e shumë drogave "kur dy ose më shumë substanca psikoaktive janë të njohura për t'u përfshirë, por është e pamundur të vlerësohet që cila nga substancat është duke kontribuar më së shumti me çrregullimin ". Vendimi është në thelb klinik, dhe duhet të përdoret në një mënyrë të kufizuar.

#### Kriteret e përfshirjes

Klientët që paraqesin një model të përdorimit të substancave të ndryshme, të cilat janë duke shkaktuar probleme të konsiderueshme në të njëjtën kohë tek klienti dhe kjo është shumë e vështirë për tu përcaktuar se cila është droga kryesore.

Ky informacion duhet të mblidhet vetëm pasi është përcaktuar droga primare më parë nën protokollin 2,0, madje edhe me vështirësitë e njohura në disa raste. Rregullat dhe procedurat ekzistuese për të zgjedhur një drogë primare duhet të vazhdojnë të aplikohen si deri më sot.

#### Kriteret e përjashtimit

Klientët që përdorin vetëm një drogë

Klientë që përdorin më shumë se një drogë por që vetëm një shkakton probleme

Klientë që përdorin më shumë se një medikament që shkakton probleme, por për të cilat është e mundur të identifikohet se cila nga ato është duke shkaktuar më shumë probleme.

#### Konsiderata metodologjike

Përdorimi i barnave të shumta në vetvete nuk përbën një problem të përdorimit të shumë drogave për qëllime të protokollit TDI.

Një klient është përcaktuar si një përdorues problematik i shumëdrogave kur më shumë se një drogë krijon probleme sistematike tek klientit në një mënyrë që është e vështirë të përcaktohet qartë se cilat drogë shkakton më shumë probleme.

### **Racionaliteti i qasjes së miratuar në protokollin 3.0 të TDI**

Përdorin i shumë drogave mund të konceptohet në mënyra të ndryshme, duke përfshirë përdorimin e substancave të ndryshme në të njëjtin afat kohor (p.sh. në 30 ditët e fundit), por pa një ndërveprim përkatës farmakologjik ose mund të nënkuptojë përdorimin e njëkohshëm të disa substancave të përziera së bashku (p.sh. heroinës dhe kokainës në injeksion të njëjtë), ose brenda një periudhe të shkurtër kohe. Gjithashtu, kjo nënkupton edhe një zëvendësim të rregullt të një substance nga një tjetër në varësi të disponueshmërisë (p.sh. narkotikët dhe benzodiazepinat).

Një zëvendësim i thjeshtë i konceptit të "drogës primare" mund të nënkuptojë një rrezik shumë të lartë të divergjencave themelore në mbledhjen e të dhënave dhe raportimin nga vendet, duke bërë që të dhënat mos të jenë të krahasueshme dhe pothuajse e pamundur për ti interpretuar. Disa vende të cilat janë përpjekur të zbatojnë mbledhjen e të dhënave për përdorimin e shumë drogave kanë hasur vështirësi të konsiderueshme. Së fundi, shumica e vendeve Evropiane dhe jo Evropiane kanë qenë në gjendje për të identifikuar një drogës primare prej vitesh tashmë, pavarësisht nga vështirësitë e njohura. Çdo modifikim i këtij koncepti duhet bërë me shumë kujdes se ajo mund të nënkuptojë një ndryshim themelor për të gjitha tendencat, analizat dhe metodologjitë e tjera të bazuara në të dhënat TDI.

Një qasje ku një medikament primar nuk është treguar do të nënkuptonte një rrezik të lartë të shmangies nga vendet në raportimin e të dhënave dhe humbjen e informacionit. Prandaj, qasja e miratuar lejon mbledhjen e informacioneve plotësuese për problemet e përdorimit të shumë drogave, duke ruajtur konceptin e drogës primare dhe të përputhshmërisë me të dhënat ekzistuese mes vendeve.

Kjo situatë nuk është unike për trajtimin e të dhënave. Pyetje të ngjashme janë ngritur në të dhënat e vdekshmërisë. OBSH, në përditësimin e tij 2002-03 të ICD-10 të klasifikimit për vdekjet nga droga kanë drejtuar të njëjtin problem dhe një listë prioritare të barnave për të kodifikuar se cila ishte droga më e rrezikshme (në rast se mjeku i çertifikuar nuk mund të arrijë në një përfundim).

Shikoni protokollin 3.2 të EMCDDA

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

Ose listën e OBSH të përditësimit ICD-10

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

### **2.1.10 Testimi HIV dhe HVC**

**Testimi HIV dhe HCV paraqesin informacionin bazë për qasje nëkujdesin e klientëve të trajtimit të drogës (kryesisht ata që kanë injektuar drogë).**

#### Qëllimi

Informacioni është i dobishëm për të shikuar dhe për të plotësuar të dhënat me të dhënat e klientit që ka sjelljen e injektimi (të mbledhura në TDI, nga njëra anë, dhe nga burime të tjera të informacionit sëmundjeve infektive -

Tabela Standarde 09 - në anën tjetër). Qëllimi final është që të kemi një pasqyrë më të plotë dhe të besueshme për nivelin e testimit të sëmundjeve infektive në mesin e klientëve të trajtimit.

#### Konsiderata metodologjike

Është shumë e rëndësishme të dini statusin e injektimit të klientit (ndonjëherë vs kurrë) dhe të dhënat duhet të jenë gjithmonë të ndara sipas statusit të injektimit dhe të drogës. Qëndrueshmëria e informacionit të raportuar nëpërmjet treguesit TDI dhe informacionit të raportuar në treguesin DRID do të vlerësohen në detaje, dhe në bashkëpunim me vendet.

### **2.1.11 Bashkëpërdorimi i gjilpërave / shiringë**

Ka disa modele të bashkëpërdorimit së pajisjeve (gjilpërë, shiringa, filtra, zgjidhjet për të jetur drogë, huadhënies / pajisjet e huamarrjes, ndarjen me partnerin, me miqtë, etj) të cilat përfaqësojnë sjellje të rëndësishme të rrezikut. Ndarja e gjilpërave dhe e shiringave është një nga këto sjellje të rrezikut. Nuk është e mundur për të gjetur të gjitha modelet e mundshme të pajisjeve për ndarjen e drogës në një

sistem monitorimi Evropian. Informacione shumë më të detajuar mund të mblidhen, në nivel kombëtar ose lokal në veçanti kur sëmundjet infektive të kenë një prevalencë të lartë, ose ekziston rreziku I përhapjes në rritje. Për këtë arsye, kërkohet vetëm për tu raportuar informacioni mbi gjilpërat / shiringat me EMCDDA. Më shumë informacion të detajuar në nivel Evropian është raportuar nëpërmjet instrumenteve të tjera (kryesisht ST 9).

### Qëllimi

Për të mbledhur informacionin bazë për sjelljen e rreziqeve të rëndësishme (ndarja e gjilpërvave / shiringave), e cila mund të çojë në sëmundje infektive

### Kriteret e përfshirjes

Të gjithë klientët të cilët kanë injektuar drogë ndonjëherë.

### Kriteret e përjashtimit

Të gjitha klientit të cilët nuk kanë injektuar.

### Konsiderata metodologjike

Informacioni duhet t'i referohet injektimit ndonjëherë të ndonje droge.

## **2.1.12 Trajtimit i zëvendësimit të Opioidit (OST)**

Trajtimi i zëvendësimit të opioidit është një ndërhyrje afat-gjatë me përdorimin e një substance agoniste me qëllim reduktimin ose eliminimin e përdorimit të drogave të paligjshme, ose për të reduktuar dëmin nga një metodë e veçantë e administrimit dhe rreziqet për shëndetin.

### Qëllimi

Për të përcaktuar më mirë nivelin e aksesit të trajtimit të zëvendësimit. Për të kontrolluar nëse një klient i ri-trajtuar ka qenë më përpara në trajtimin e zëvendësimit para. Ai gjithashtu do të sigurojë informacion rreth OST gjatë gjithë jetës në mesin e atyre që hyjnë për një trajtim të përdorimit të drogës problematike dhe koha e kaluar që nga OST-ja e parë.

### Kriteret e përfshirjes

- Klientët që tashmë janë trajtuar në vit (e) para vitit të raportimit.

### Kriteret e përjashtimit

- klientët të cilët kurrë nuk kanë qenë trajtuar para vitit të raportimit.

### Specifikimet metodologjike

Është e rëndësishme që të kontrolloni nëse klienti I është nënshtruar trajtimit të zëvendësimit me një substancë dhe nëse ai / ajo është raportuar edhe si keqpërdorues I të njëjtën ose një tjetër substance zëvendësimi. Ky do të jetë i dobishme si informacion mbi vlefshmërinë dhe për të kontrolluar përshtatshmërinë e trajtimit.



## 2.2 Lista e Artikujve

### 1. Tipet e qendrave të Trajtimit

1. qendrat e trajtimit ambulator
2. qendrat e trajtimit spitalor
3. njësitë e trajtimit në burg
4. mjekët e përgjithshëm
5. Agjencitë/organizatat
6. të tjera (ju lutem specifikoni llojin e trajtimit të qendrës / programit)
99. nuk dihet

### Specifikimet metodologjike

Të gjashtë llojet e qendrave të trajtimit të paraqitura më lart janë të llojet më të zakonshme për të cilat klientët janë identifikuar nga të dhënat e raportuara, ata janë edhe pikat më të zakonshme të hyrjes në sistemin e trajtimit.

Njësitë e trajtimit në burg paraqesin një pikë të rëndësishme të hyrjes për përdoruesit e shumtë drogës , të cilët nuk do të duket në trajtimin ndryshe. Përveç kësaj, çështja e drogës në burgje aktualisht përfaqëson një çështje me prioritet të lartë në axhendën politike Evropiane dhe meriton vëmendje të veçantë.

Për përcaktimin e trajtimit dhe klasifikimin e qendrave të trajtimit të cilat nuk janë të përfshira në të tri grupet e paraqitura më lart, ju lutem shikoni seksionin mbi përkufizimin e trajtimit të drogës dhe qendrave të trajtimit.

Është kujtuar që në formularin për raportimin e të dhënave, ndarja sipas llojit të qendrës së trajtimit nuk do të jetë qendrore dhe do të raportohen vetëm disa dështime sipas llojit të qendrës së trajtimit të (shih "informacionit metodologjik" dhe seksionin që përfshin formularin e raportimit të të dhënave).

## 2. Viti i trajtimit

/ \_\_\_\_\_ /

### Specifikimet metodologjike

Data e fillimit të trajtimit është e domosdoshme për krijimin e analizimit të trendit me kalimin e kohës dhe për ndarjen e periudhave kohore (episode trajtimi) për raportimin. Kjo bën të

mundur një analizë dinamike të të dhënave të trajtimit.

Muaji i trajtimit nuk duhet të raportohet në EMCDDA, por duhet të regjistrohet në nivel kombëtar dhe në nivel qendror trajtimi me qëllim për të shmangur rrezikun e numërimit të të njëjtit person dy herë në periudha të njëjta raportuese .

### **3. Të trajtuar më përpara**

1. asnjëherë nuk është trajtuar më parë
2. Është trajtuar më parë
99. nuk dihet

#### Specifikimet metodologjike

Shih edhe përkufizimin e "trajtimit të parë" në pjesën e përkufizimit për klientin që nuk është trajtuar para vitit të raportimit. Nëse një klient ka hyrë në trajtim më shumë se një herë në vitin raportues, vetëm episodi i parë i trajtimit duhet të regjistrohet. Trajtime të tjera të mëparshme mund t'i referohen trajtimit të kaluar për shkak të përdorimit të çdo lloj droge, të cilat mund të jenë të ndryshme nga droga aktuale primare. Numërimi i dyfishtë duhet të shmanget brenda të njëjtit vend sa më shumë të jetë e mundur, sipas mundësive të secilit vend.

### **4. Burimi i referimit**

1. gjykata / lirimi me kusht / policia
2. mjeku i përgjithshëm
3. Qendra të tjera të tjera të trajtimit të drogës
4. Qendra të tjera shëndetësore, shërbim mjekësor, apo social
5. shërbime edukative
6. vetë-referimi, referimi nga miqtë, familja, etj, nuk ka agjenci të tjera / institucione të përfshira
7. të tjera (ju lutem specifikoni cilat shërbime)
99. nuk dihet

#### Specifikimet metodologjike

Burimi i referimit ofron një pasqyrë të rrugës me të cilat klienti ka arritur deri te trajtimit të drogës. Sipas analizave Evropiane të kryera në 10 vitet e fundit, është vërejtur se është e rëndësishme për të kuptuar se çfarë shërbimesh të tjera përveç shërbimeve të drogës janë të përfshira në referimin e trajtimit. Objektivi i këtij variabli kuptimi I nivelit të angazhimit të agjencive të tjera, shëndetësore, shërbimeve sociale dhe institucioneve që I janë referuar klientit për trajtim. Të dhënat mbi burimin e referimit janë gjithashtu të rëndësishme për të vlerësuar masën e trajtimit i cili bëhet për shkak të një detyrimi ligjor. "Burimi i referimit" i

referohet burimit që ishte më i rëndësishmi në referimin e klientit për trajtim.

## 5. Gjinia

1. mashkull
2. femër
99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Informatat themelore epidemiologjike.

## 6. Mosha e fillimit të trajtimit (në vite)

Mosha: /\_\_\_/ \_\_\_/

99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Informatat themelore epidemiologjike.

## 7. Status i jetesës (me kë jeton)

1. vetëm
2. me familjen e origjinës (prindërit, etj)
3. me partner
4. me miq apo njerëz të tjerë (pa lidhje familjare)
5. në liri me kusht
6. në institucionet / strehimore (jo qeli të paraburgimit)
7. të tjera
99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Qëllimi kryesor I aspektit "me kë jeton" në statusin e jetesës është vlerësimi në mënyrë indirekte I statusit të marëdhënieve të klientit. Situata I referohet situatës aktuale të klientit, nëse ai / ajo është duke jetuar në më shumë se një kontekst në të njëjtën periudhë kohore. Statusi i jetesës i referohet gjendjes aktuale: *I referohet 30 ditëve para hyrjes në trajtim.*

## **8. Klientët e drogës që kanë fëmijë**

1. nuk ka fëmijë

2. kanë fëmijëve

2.1 nuk jetojnë me fëmijët

2.2 jetojnë me fëmijët

99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Artikulli ka p[ër qëllim vlerësimin nëse klientët kanë fëmijë dhe cilat janë kushtet e jetesës së përdoruesve të drogës dhe fëmijëve

## **9. Statusit i jetesës (ku)**

1. banesë të qëndrueshme

2. Akomodim të paqëndrueshëm dhe / ose të pastrehë

3. në paraburgim (liri me kusht)

4. të tjera

99. nuk dihet

### Specifikimet metodologjike

Aspekti " ku jeton" i statusit të jetesës thekson stabilitetin e kushteve të jetesës. Klientët në një banesë të paqëndrueshme janë klientët të cilët kanë jetuar në vende të ndryshme (në shtëpi miqsh, në rrugë, në institucione strehimore, etj) duke lëvizur nga një vend në tjetrin në periudhën para hyrjes në trajtim. Nëse një klient është duke jetuar në një institucion apo institucione të specifikuar , ai duhet të raportohet në kategorinë e 4 'të tjera' dhe institucionit të Situata i referohet situatës aktuale të klientit, nëse ai / ajo është duke jetuar në më shumë se një kontekst në të njëjtën periudhë. Statusi i jetesës i referohet gjendjes aktuale: *I referohet 30 ditëve para hyrjes në trajtim*

## **10. Statusi i Punësimit**

1. I punësuar herë pas here

2. I punësuar në mënyrë të rregullt

3. Student

4. I papunë / i dekurajuar

- 5. Mbahet me përfitime sociale / pensionist / me aftësi të kufizuara
- 6. të tjera
- 99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Statusi i Punësimit siguron informacionin qendror për integrimin ekonomik dhe social të klientit dhe jetën e përditshme të tij ose të saj.

Është e rekomanduar që të ndiqen standardet e Eurostatit sa më shumë të jetë e mundur për të mundësuar krahasimin me statistikat për popullatën e përgjithshme dhe për të shmangur kategoritë mbivendosjes (p.sh. i papunë dhe jo aktiv). Kategoritë e përcaktuara nga Eurostatit në statistikat zyrtare mbi statusin e punës janë si më poshtë:

- I punësuar = njerëzit që kryejnë të paktën një orë punë (për të fituar, për mbështjetjen e familjes), gjatë 30 ditëve të fundit
- Studentë = njerëzit ndjekin një shkollë
- Të papunë = njerëz që nuk janë në punë dhe janë në mënyrë aktive në kërkim të një pune
- I dekurajuar = njerëz që nuk janë në punë dhe nuk janë në kërkim të një pune, sepse ata nuk mund të gjejnë punë.
- Pensionistët / me aftësi të kufizuara = njerëzit që marrin përfitime nga sigurimet shoqërore për pension, invaliditetit ose janë shtëpiakë

*I referohet 30 ditëve para hyrjes në trajtim*

### **11. Niveli më i lartë arsimor i përfunduar**

- 1. kurrë nuk ka shkuar në shkollë / kurrë nuk e ka përfunduar shkollën fillore (ISCED 0)
- 2. niveli fillor i arsimit (= ISCED 1)
- 3. niveli i mesëm i arsimit (= ISCED 2 dhe ISCED 3)
- 4. arsim të lartë (ISCED = 4 deri 6)
- 99. nuk dihet / humbur

### Specifikimet Metodologjike

Arsimimi është një kategori e rëndësishme për të dhënat socio-ekonomike. Klasifikime të rrepta të ISCED (5) (Klasifikimi Standard Ndërkombëtar i Arsimit) janë të rekomanduara, si dhe miratimi i rregullave të veçanta të vendit për sigurimin e statistikave të arsimit në nivel ndërkombëtar.

*I referohet 30 ditëve para hyrjes në trajtim*

## **12. Drogat primare (6)**

### **1. Narkotikë (gjithsej)**

- 11 heroinë
- 12 keqpërdorim i metadonit
- 13 keqpërdorim i buprenorfinës
- 14 keqpërdorim i fentanylit
- 15 narkotikë të tjerë (ju lutem specifikoni)

### **2. Kokaina (gjithsej)**

- 21 pluhur kokaine HCl
- 22 kokainës e ngurtë
- 23 të tjerë (ju lutem specifikoni)

### **3. Stimulues të tjerë përveç kokainës (total)**

- 31 amfetamina
- 32 metamfetamina
- 33 MDMA dhe derivatet
- 34 mephedrone
- 35 stimulues të tjerë (ju lutem specifikoni)

### **4. Hipnotikë dhe qetësues (total)**

- 41 keqpërdorim i barbiturateve
- 42 keqpërdorim i benzodiazepinave
- 43 GHB / GBL
- 44 hipnotikë të tjerë dhe keqpërdorim i qetësuesve (ju lutem specifikoni)

### **5. Halucinogjen (gjithsej)**

- 51 LSD
- 52 ketaminë
- 53 halucinogjene të tjera (ju lutem specifikoni)

### **6. Inhalantë të avullt**

### **7. Kanabis (gjithsej)**

### **8. Substanca të tjera (gjithses) (ju lutem specifikoni cilat substanca)**

### **99. Të panjohura**

## Specifikimet metodologjike

Droga primare është droga që shkakton problemet më të mëdha për klientin të përcaktuara sipas kërkesës së klientit (ose) dhe vlerësimeve profesionale. Ky artikull duhet të jetë gjithmonë i plotësuar, pavarësisht nëse një klient konsiderohet të ketë probleme me përdorimin e shumë drogave (që do të jetë informacioni plotësues shtesë).

Disa droga të reja janë përfshirë në Protokoll. Ato janë substanca që janë shfaqur vitet e fundit në tregun e drogës dhe për të cilat një numër jo i parëndësishëm njerëzish ka hyrë në trajtime për problemet që lidhen me përdorimin e tyre. Klasifikimi nuk ndjek një listim shkencor të substancave në përputhje me përbërësit e tyre kimik apo efektet psikoaktive (psh kokaina dhe stimulantë të tjerë janë të ndarë), rruga e administrimit, apo kategorizime të tjera shkencore. Përkundrazi, është miratuar një klasifikim pragmatik në mënyrë që të ndihmojë profesionistët që punojnë në qendrat e trajtimit të drogës për të regjistruar të dhënat.

Substancat e përfshira janë vetëm ato të cilat krijojnë probleme për klientin sipas kërkesës së klientit dhe vlerësimeve profesionale.

Grupimi i drogës nuk është bërë vetëm në bazë të kriterëve farmaceutike por edhe duke patur parasysh përvojën aktuale të profesionistëve të drogës.

Opioids të tjerë për fshijnë të gjitha opioids që nuk janë përfshirë në kategoritë e mëparshme (psh Heroina Polake). Futja e fentanylit mes drogave primare përfshin edhe substancën e prodhuar në tregun e paligjshëm edhe produktin mjekësor që përdoret jashtë praktikës mjekësore.

Substancat e mëposhtme janë përjashtuar nga drogat primare

- Duhani
  - Alkooli ( i përfshirë në drogat sekondare)
  - Drogat që përdoren për qëllime mjekësore në bazë të një recete të përshkruar nga mjeku
- I referohet 30 ditë përpara fillimit të trajtimit*

## **13. Rrugët e zakonshme të administrimit të drogës primare**

1. injeksion
2. tymosja/inhalacioni
3. ngrënja/pirja
4. thithja me hundë
5. të tjera
99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Injektimi i drogës paraqet një formë primare të sjelljes së rrezikshme për përdoruesit e drogës. Kjo ka një rëndësi të veçantë në lidhje me sëmundjet infektive (hepatitë, HIV) si dhe sëmundjeve apo dëmtimeve të tjera si dhe reduktimi i sjelljes së injektimit është qilimi i shumë programeve në mbështetje të zvogëlimit të dëmit. “Rruga e zakonshme e Administrimit” i referohet rrugës së administrimit të drogës primare.

Tymosja, inhalacioni i referohen përdorimit të substancave me anë të rrugëve të mushkërive (nëpërmjet hundës apo trakesë); ato kanë të bëjnë me substanca të marra në formë avulli. Thithja i referohet rrugës së hundës dhe substancave që merren në formë pluhuri.

*I referohet 30 ditë përpara fillimit të trajtimit*

#### **14. Frekuenca e përdorimit të drogës primare**

1. Çdo ditë
2. 4-6 ditë në javë
3. 2-3 ditë në javë
4. një herë në javë ose më pak
5. nuk ka përdorur në 30 ditët e fundit
99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Frekuenca e përdorimit të drogës primare është një tregues I ashpërisë së përdorimit të drogës. *Në të gjitha rastet I referohet 30 ditë përpara fillimit të trajtimit*

#### **15. Moshë e përdorimit të parë të drogës primare (në vjeç)**

Moshë: / \_\_\_\_\_ /

99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Efektet negative të përdorimit të drogës rriten me kalimin e kohës. Kohëzgjatja e përdorimit të drogës mund të llogaritet në bazë të moshës kur është përdorur drogë për herë të parë dhe moshës së fillimit të trajtimit të parë. Epideomiologjikisht, moshë e përdorimit të parë është një tregues I rrezikut të moshës kur fillimi I përdorimit të drogës vjen më shpejt. Ndjekja e trendeve afat-gjata mund të ndihmojë në zhvillimin e aktiviteteve parandaluese.



## **16. Drogat sekondare (7)**

### **1. Opioidat (gjithsej)**

- 11 heroinë
- 12 keqpërdorim i metadonit
- 13 keqpërdorimi i buprenorfinës
- 14 keqpërdorim i fentanylit
- 15 narkotikë të tjera (ju lutem specifikoni)

### **2. Kokainë (gjithsej)**

- 21 kokainë pluhur HCL
- 22 kokainë e ngurtë
- 23 të tjera (ju lutem specifikoni)

### **3. Stimulues të tjerë përveç kokainës (gjithsej)**

- 31 amfetamina
- 32 metamfetamina
- 33 MDMA dhe derivatet
- 34 mephedron
- 35 stimulues të tjerë (ju lutem specifikoni)

### **4. Hipnotikë dhe qetësues (gjithsej)**

- 41 keqpërdorim i barbiturateve
- 42 keqpërdorim i benzodiazepinës
- 43 GHB
- 44 të tjera (ju lutem specifikoni)

### **5. Halucinogjene (total)**

- 51 LSD
- 52 ketaminë
- 53 të tjera (ju lutem specifikoni)

### **6. Inhalantë të avullueshëm**

### **7. Kanabis (gjithsej)**

### **8. Alkool si drogë sekondare (gjithsej)**

### **9. Substanca të tjera (gjithsej) (ju lutem specifikoni cilat substanca)**

### **99. nuk dihet**

## Specifikime metodologjike

Substancat e përfshira janë vetëm ato të cilat krijojnë problem për klientin sipas kërkesës së klientit dhe vlerësimit profesional.

Nëse një klient nuk e përdor drogën sekondare, ky artikull duhet të lihet bosh I paplotësuar. Mund të raportohen deri në katër droga. Në formularin e raportimit të të dhënave duhet të tregohet numri maksimal I drogave të raportuara nga secili individ.

Për qëllim të raportimit të EMCDDA, rendi I plotësimit për drogat e mesme do të jetë në përputhje me rëndësinë e tyre klinike për problemet e drogës që ka klienti. Vetëm në rastet kur

kjo nuk është e mundur, rendi I plotësimi të drogave sekondare do të jetë (nëse ka informacion të mbledhur), substance e parë e përdorur me injeksion dhe pastaj në bazë të frekuencës së përdorimit. Nëse asnjë nga më sipër nuk është e mundur, rendi do të jetë ai I listës së substancave.

Kriteri I saktë I përdorur do të shpjegohet në pjesën metodologjike të tabelës përkatëse.

Alkooli është I përfshirë në drogat sekondare.

Duhani dhe drogat e përdorura për qëllim mjekësor dhe sipas një recete të lëshuar nga mjeku janë të përjashtuara.

Opioids të tjera përfshijnë të gjitha opioids që nuk janë të përfshira në kategoritë e mëparshme, të tilla si heroina Polake.

*I referohet 30 ditë përpara fillimit të trajtimit*

## **17. Egzistimi i problemit të përdorimit të shumë drogave**

1. po

2. jo

99. nuk dihet

### Konsiderimet Metodologjike

Problemi i përdorimit të shumë drogave i referohet kur dy ose më shumë droga janë të përfshira në problemin e drogës së klientit në të njëjtën kohë dhe kjo është shumë e vështirë për të vlerësuar se cila ka qënë droga primare që ka shkaktuar hyrjen në trajtim. Ky concept do të përdoret në një qasje shumë të kufizuar sin ë ICD-10 (shikoni përcaktimet)

Ky artikull duhet të jetë gjithmonë i plotësuar, edhe në qoftë se vetëm një medicament është përdorur (ose kur droga parësore mund të identifikohet me saktësi të arsyeshme në mesin e disa substancave të përdorura) dhe klientët NUK janë përdorues të shumë drogave (në këtë rast pyetjes përgjigjuni me JO)

Megjithatë edhe në rastin e një klienti për të cilin droga primare është shumë e vështirë për tu përcaktuar, gjithmonë duhet të zgjidhet një drogë primare duke ndjekur treguesit e dhënë në procedurat konkrete të udhëzimeve dhe implementimin konkret të procedurave të përdorura në nivel kombëtar deri më tani (psh kërkesa e klientit, vlerësimi klinik, shkallët standarte të varësisë, frekuenca e përdorimit, hierarkia e rënë dakort për substancat etj )

*I referohet 30 ditë përpara fillimit të trajtimit*

## **18. Trajtimi i zëvendësimit të Opioidit (OST)**

1. kurrë nuk ka qënë në OST

2. ka qënë në OST

99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

OST zakonisht i referohet një “trajtimi zëvendësues”. Një trajtim zëvendësues është përcaktuar si “administrimi i plotë i vlerësuar për narkotikët agonistë; kjo është bërë nga profesionistë me përvojë ose të akredituar, nëkuadër të praktikës së njohur mjekësore për arritjen e qëlimeve të përcaktuara të trajtimit” Ky trajtim shpesh është bërë në kombinim me ndihmën psikosociale. Ky variabël do të ndihmojë për të përcaktuar nivelin e aksesit të trajtimit të zëvendësimit dhe të japë informacione në lidhje me trajtimin e zëvendësimit për jetë të opioidit në mesin e atyre që hyjnë në trajtim për një tjetër përdorim problematic substance.

Duhet të përfshihen vetëm klientët të cilët janë trajtuar përpara

### **19. Moshë kur është kryer trajtimi i parë i zëvendësimit të Opioidit (OST)**

1. Moshë OST së parë / \_\_\_\_\_ /
99. Moshë nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Ky variabël në kombinim me të dhënat mbi moshën kur është përdorur për herë të parë drogë, moshë e injeksionit të parë do të kontribuojë për të siguruar informacion në lidhje me trajtimin të zëvendësimit të opioidit për gjithë jetën në mesin e atyre që hyjnë për një tjetër trajtim të përdorimit problematic të substancave.

Artikulli duhet të plotësohet për vetëm njerëzit që kanë qënë nën trajtim OST përpara hyrjes në trajtimin aktual

### **20. Kanë injektuar ose injektojnë aktualisht ndonjë drogë**

1. kurrë nuk kanë injektuar
2. kanë injektuar
  - 2.1 injektuar por jo në 12 muajt e fundit
  - 2.2 injektuar në vitin e kaluar por jo në 12 muajt e fundit
  - 2.3 injektuar në 12 muajt e fundit, por jo në 30 ditët e fundit
  - 2.4 aktualisht injektojnë (në 30 ditët e fundit)
3. nuk duan të përgjigjen
99. nuk dihet

### Specifikimet Metodologjike

Ky variabël i referohet sjelljes së injektimit në lidhje me të gjitha drogat, jo vetëm të drogës primare. Ky artikull identifikon injektimin e çdo lloji droge; ajo jep një tregues të mirë të sjelljes së rrezikut. Kjo është me rëndësi të veçantë në lidhje me transmetimin e sëmundjeve infektive (hepatitit, HIV) si dhe sëmundjeve të tjera, lëndimeve dhe çështjeve të reduktimit të dëmit. Injektimi për qëllime mjekësore duhet të përjashtohet (diabetikët etj)

### **21. Moshë e injeksionit të parë (në vite)**

Moshë: /\_\_\_\_\_/

99. nuk dihet

### Konsideratat Metodologjike

Ky variabël duhet të plotësohet vetëm për njerëz që kanë injektuar ndonjëherë. Nëse njerëzit nuk kanë injektuar kurrë ndonjë drogë, duhet të lihet bosh

### **22. Testimi HIV**

1. është testuar

1.1 testuar por jo në 12 muajt e fundit

1.2 testuar në 12 muajt e fundit

2. kurrë nuk është testuar

3. nuk duan të përgjigjen

99. nuk dihet

### Konsideratat Metodologjike

Ky artikull ka të bëjë me aktivitetin e testimit dhe mund të jetë informacion i dobishëm për tu kaluar me sjelljet e përdorimit të drogës (injeksion, bashkëpërdorim aqesh). Është e këshillueshme për të verifikuar historinë e testimit sa më gjatë që të jetë e mundur.

### **23. Testimi HCV**

1. kurrë nuk është testuar
2. Është testuar
  - 2.1 testuar por jo në 12 muajt e fundit
  - 2.2 testuar në 12 muajt e fundit
3. Nuk duan të përgjigjen
99. Nuk dihet

#### Konsideratat Metodologjike

Artikulli ka të bëjë me aktivitetin e testimit dhe mund të jetë informacion I dobishëm për tu kaluar me sjelljet e përdorimit të drogës (injeksion, bashkëpërdorim aqesh)

### **24. Bashkëpërdorimi i aqes/shiringës**

1. kurrë nuk ka bashkëpërdorur një aqe apo shiringë
2. ka bashkëpërdorur aqe apo shiringë
  - 2.1. ka bashkëpërdorur por jo në 12 muajt e fundit
  - 2.2 ka bashkëpërdorur në 12 muajt e fundit
  - 2.3 aktualisht bashkëpërdor (në 30 ditët e fundit)
3. Nuk duan të përgjigjen
99. Nuk dihet

#### Konsideratat Metodologjike

Informacioni duhet të kërkohet vetëm nëse klienti ka bërë ndonjëherë injeksione. Nëse klienti nuk ka injektuar ndonjëherë ky variabël duhet të lihet bosh

### **3. Çështjet metodologjike dhe etike**

Përveç parimeve të përgjithshme të theksuara në pjesën e parë të protokollit, janë të nevojshme për të shpjeguar çështjet e veçanta metodologjike që janë të rëndësishme për mbledhjen e të dhënave dhe të raportimit.

Për të kontekstualizuar të dhënat e raportuara TDI nga secili vend është e rëndësishme që të ketë qasje në informata metodologjike. Një hapësirë për specifikimet mbi metodologjinë e përdorur për të mbledhur dhe raportuar të dhënat është përfshirë në formularin e raportimit të të dhënave EMCDDA (shih formularin për raportimin e të dhënave). Në çdo tabelë të përmbledhur katë përfshirë një hapësirë të dedikuar për komente; por do të jetë veçanërisht e rëndësishme për ta përdorur atë hapësirë kur të dhënat e vendit ndryshojnë nga udhëzimet EMCDDA ose ka specifika të cilat nuk mund të kuptohen vetëm nga të dhënat sasiore.

#### **3.1 Referenca kohore**

Referenca kohore për të gjithë protokollin ka të bëjë me gjendjen aktuale të klientit (modelet e profilit dhe përdorimit të drogës) në 30 ditët e fundit (1 muaj) para se të hyjë në trajtim. Ky është rregulli i përgjithshëm për të gjitha variablat e përfshira në protokoll, vetëm nëse nuk është i zbatueshëm si parazgjedhje ose i specifikuar ndryshe. Megjithatë, në mënyrë që të jenë të saktë, treguesit e periudhës së referencës kohore janë gjithmonë të përcaktuar. Nëse nuk janë të shënuara, do të thotë se kjo nuk është e aplikueshme, por zakonisht është e kuptueshme nga konteksti i çdo artikull (p.sh. ka injektuar, moshë e OST së parë, etj).

#### **3.3 Mbulimi**

Informacioni mbi mbulimin e të dhënave është e nevojshme për të kuptuar kontekstin e të dhënave TDI në çdo vend si dhe nivelin e saj të përfaqësimit.

Së pari, vlerësimi i mbulimit TDI duhet t'i referohet atyre qendrave që pritet të raportojnë si pjesë e sistemit të raportimit TDI. Përveç kësaj, një vlerësim, madje edhe një i përafërt, duhet të bëhet në shkallën në të cilën sistemi i raportimit TDI mbulon shërbime të përgjithshme trajtimi në vend. Kjo do të ndikohet nga disponueshmëria dhe organizimi i sistemit të trajtimit kombëtar dhe i sistemit të referimit, si dhe nga legjislacioni për drogën.

Rezultatet nga analizimi i të dhënave TDI tregojnë se megjithëse janë dy karakteristika të përbashkëta ka dallime të konsiderueshme midis vendeve, ndoshta për shkak të dallimeve kombëtare në karakteristikat e problemit të drogës, në sistemet e trajtimit, si dhe në sistemet e raportimit dhe të cilësisë së të dhënave të tyre. Disa ndryshime janë të detyruara të jenë për shkak të dallimeve të mbulimit që një sistem kombëtar ofron në lidhje trajtimet. Një projekt të veçantë EMCDDA ka kryer në 2007-08 (Iversen, 2009) mbi mbulimin e çështjeve të për të thkesuar dhe marrë parasysh të dhënat e mbledhura për trajtimin e kërkesës. Një studim në disa vende ka treguar nevojën për të patur informacion të mirë në dispozicion të trajtimit dhe të kapaciteteve në mënyrë që të kuptojnë kontekstin e të dhënave TDI. Ky informacion është përfshirë pjesërisht në informacionin metodologjik dhe është raportuar pjesërisht nëpërmjet mjeteve të tjera të EMCDDA duke u fokusuar në dispozicion të trajtimit / kapacitetit (Tabela Standard 24 dhe Pyetëtori strukturuar 27). Rekomandimet përfundimtare të projektit theksuan nevojën për të:

- Të përfshijnë vlerësimin e mbulimit me detaje në sistemin e të dhënave të sigurimit të cilësisë për TDI (...);
- Të inkurajojë vendet për të zhvilluar sisteme për monitorimin e kapaciteteve të objekteve dhe të trajtimeve ;
- Të inkurajojë vendet për projektimin e sistemeve me raportimin e detyrueshëm të pacientëve të jashtëm dhe të shtruar të të drogës.

### **3.4 Cilësinë e të dhënave**

Cilësia e të dhënave është jashtëzakonisht e rëndësishme në përdorimin e të dhënave të drogës, veçanërisht në një grup Evropian të dhënash, ku informacioni duhet të jetë i krahasueshëm sa më shumë që të jetë në të gjithavendet dhe në përputhje me kalimin e kohës. Megjithatë, kontrolli i cilësisë së të dhënave është një aktivitet kompleks, sidomos kur kjo përfshin të dhënat nga vende të ndryshme të raportuara në një formë të përmbledhur.

Të dhënat e kërkesës së trajtimit të siguruara nga vendet janë të vlefshme në mënyrë rutinore kur ato janë raportuar tek EMCDDA. Procedurat bazë të miratuara janë zbatuar rregullisht në të dhënat e tërësisë, qëndrueshmërisë, afateve kohore, problemeve në numra dhe shifra që ndryshojnë shumë nga situata e përgjithshme e BE-së. Informacioni metodologjike gjithashtu kontrollohet rregullisht për të marrë një njohje të thellë të sistemit të informacionit dhe zbatimit të udhëzimeve metodologjike në të dhënat e raportuara.

Përveç të kontrollit rutinë të të dhënave që bëhet çdo vit, një sistem i veçantë për të vlerësuar cilësinë e të dhënave për të gjithë treguesit kryesorë është kryer në vitin 2008. Sistemi është aplikuar në të dhënat TDI dhe përfshin një vlerësim të aspekteve që lidhen me dy fusha të raportimit të të dhënave: procesi i raportimit dhe cilësia e të dhënave. Vlerësimi i cilësisë së të dhënave është bërë në konsultim me ekspertët e NFPs dhe TDI.

Lidhur me procesin, vlerësimi ka të bëjë me aspektet që vijnë: organizimin e sistemit të raportimit, financiar dhe burimeve njerëzore të dedikuara për mbledhjen e të dhënave, baza ligjore për mbledhjen e të dhënave, vlerësimi i cilësisë së të dhënave, progresi i vazhdueshëm dhe pengesat kryesore për zbatimin e TDI. Në fushën e cilësisë së të dhënave, vlerësimi u përqendrua në disponueshmërinë e të dhënave në nivel kombëtar dhe të dhënave të raportimit në nivel Evropian, harmonizimin me udhëzimet EMCDDA, afatet kohore, mbulimi i të dhënave dhe qëndrueshmëria e të dhënave të brëndshme.

Rezultatet e vlerësimit kanë treguar se shumica e vendeve kanë bërë përparim thelbësor në zbatim me udhëzimet TDI në vitet e fundit, dhe niveli i krahasimit të të dhënave është përmirësuar ndjeshëm, megjithatë, disa zona ende kanë nevojë për përmirësim. Informacioni mbi mbulimin është mjaft gjithëpërfshirës në shumë vende, në veçanti lidhur me numrin e njësive të raportimit në krahasim me ato që funksionojnë në vende. Është më e vështirë për të marrë informacion për numrin dhe përqindjen e klientëve të mbuluar, ku është i nevojshëm më shumë informacion në thellësi dhe saktësi për të kuptuar më mirë nivelin e përfaqësimit të dhënave të raportuara.

Në kushtet e procesit, është bërë shumë progres në organizimin e punës në nivel kombëtar: në shumicën e vendeve është formuar një grup formal pune, legjislacioni specifik është miratuar për të lejuar dhe lehtësuar grumbullimin e të dhënave, si dhe sistemi i informacionit ka përparuar në aspektin e metodologjisë dhe teknologjisë së përdorur; këto hapa mbështesin raportim adekuat të të dhënave si në nivel kombëtar ashtu edhe në nivel dhe evropian. Megjithatë, disa probleme mbeten ende, të lidhura kryesisht me financën disponueshmërinë e burimeve njerëzore, harmonizimin me standardet specifike Evropiane dhe motivimin e partnerëve për mbledhjen e të dhënave dhe qasjes së tyre .

### **3.5 Numërimi i dyfishtë**

Në këtë kontekst, ‘numërimi i dyfishtë’ i referohet faktit se një klient mund të regjistrohet më shumë se një herë në një bazë të dhënash së monitorimit të trajtimit në një vit të dhënë. Kjo mund të vijë për shkak të disa arsyeve, duke përfshirë edhe mungesën e komunikimit në mes të qendrave të trajtimit, mungesa e një sistemi unik për të lejuar kontrollin e tërthortë dhe të tjerë. Numërimi i dyfishtë shkakton mbivlerësimin e numrit të përgjithshëm të personave të trajtuar.

Bazuar në parimin udhëzues se ajo çfarë duhet të numërohet janë individët dhe jo episodet, numëri i dyfishtë duhet të shmanget sa më shumë që të jetë e mundur në çdo nivel, nga qendra e trajtimit, në nivel lokal, rajonal, kombëtar ose ndërkombëtar. Sigurisht, ky rregull do të zbatohet duke marrë parasysh nivelin e fizibilitetit dhe kufizimit aktual në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal (instrumentet teknologjike dhe metodologjike, burimet financiare dhe njerëzore, kuadri ligjor, duke përfshirë pengesat ligjore për shkak të rregullave për mbrojtjen e të dhënave).

Disa teknika janë zbatuar në vende të ndryshme (Origer, 1996), nga më të zakonshmet, si kontrolli për numërim të dyfishtë në një regjistër nëpërmjet një identifikuesi unik të dhënë për individët (zakonisht bazohet në një algoritëm që përdor emrin dhe datën e lindjes) ,deri në disa teknika mjaft të sofistikuar, si përdorimin e shënjave dixhitale të gishtave (p.sh. Holandë).

Në një situatë ideale, niveli maksimal i kontrollit të numërimit të dyfishtë do të thotë se vendet kanë formën e një regjistri qendror ku ata regjistrojnë të gjithë individët e vetëm me një formë unike identifikuese për të shmangur përsëritjen. Ky regjistër duhet të përmbushë të gjitha kërkesat për të garantuar mbrojtjen e të dhënave. Një opsion i dytë më i mirë është ekzistenca e një baze të dhënash rajonale që mund të kontrollojë numërimin e dyfishtë në një shkallë të konsiderueshme. Nëse një regjistër qendror apo rajonal nuk ekziston ose nuk është e mundur për ta zbatuar për një apo disa arsye, përfshirë këtu arsye ligjore, administrative, financiare, organizata e trajtimit duhet të përpiqet të implementojë metoda të ndryshme për të kryer kontrolle në të dhënat e trajtimeve të mëparshme (p.sh. elektronike dhe / ose duke i kërkuar këto të dhëna direkt tek klienti nëse ai / ajo ka qenë ndonjëherë në trajtimin përpara kësaj here dhe / ose duke kërkuar në qendra të tjera trajtimi që mund të kenë pasur kontakte të mëparshme me klientin).



Në vlerësimin e cilësisë së të dhënave të kryera në vitin 2008 në të dhënat e raportuara për EMCDDA nga vendet Evropiane, shmangia e numërimit të dyfishtë ka rezultuar të jetë mjaft i zakonshëm në shumë vende, dhe vetëm dy vende nuk e kanë kufizuar kontrollin e dyfishtë apo e kanë limituar atë. Nga 26 vende ku një kontroll i tillë ekziston, për nëntë ajo operon në nivel rajonal ose qëndra trajtimi dhe në 17 në nivel kombëtar.

### **3.6 Çështjet etike dhe mbrojtja e të dhënave**

Kur ndodh trajtimi i problemeve të drogës, merren shënime për përdorimin e drogës nga klienti si dhe dobësitë dhe pikat e tyre të forta. Zakonisht planifikohen hapa trajtimi në bazë të një diagnoze formale ose të një pasqyre të problemeve që kërkojnë vëmendjen e një profesionisti apo një ekipi profesionistësh. Qëllimet monitorohen vazhdimisht gjatë trajtimit dhe rezultati vlerësohet në fund. Informacioni është mbledhur kryesisht për qëllim të përmirësimit të kujdesit për klientët.

Grumbullimi i të dhënave dhe raportimi, përveç qëllimeve klinike, ka për qëllim marrjen e informacionit bazë mbi situatën epidemiologjike për të mbështetur intervenime shëndetësore të bazuara dhe efikase në trajtimin e problemeve të drogës.

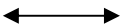

Për çdo nivel të informacionit (p.sh. klinike, rajonale, kombëtare, ndërkombëtare, etj) rregullar kombëtare dhe ndërkombëtare të konfidencialitetit dhe mbrojtjes së të dhënave duhet të konsiderohen, si dhe të drejtat e klientëve, stafit dhe qendrave të trajtimit. Ky është veçanërisht rasti për cilësimet e veçanta të trajtimit, si trajtimi në burg, ku vëmendje të lartë duhet t'i kushtohet çështjeve etike (mbrojtja e të dhënave, fshehtësisë, të drejtat e njeriut), kur të dhënat janë mbledhur dhe raportuar.





Këto udhëzime duhet t'i përmbahen kodeve të pranuar që qeverisin mbrojtjen e të dhënave, fshehtësisë dhe punës kërkimore në vende të ndryshme. Qasja në të dhënat e papërpunuara duhet të jetë i kufizuar dhe i autorizuar vetëm për profesionistë. Përdorimi i të dhënave dhe procedurat që qeverisin publikimin e rezultateve duhet të diskutohen dhe të bihet dakord nga ata që janë të përfshirë (ofruesit e shërbimeve, menaxherët, politikëbërësit, hulumtuesit etj).

EMCDDA (me protokollin 3.0 të TDI, siç ishte rasti me protokollin 2.0 të TDI) nuk dëshiron të zhvillojë një bazë të dhënash qëndrore të individëve që hyjnë ose që janë në trajtim të drogës në nivel Evropian. Të gjitha të dhënat janë mbledhur, sistemuar dhe të ruhet nga vendet, me respektimin rigoroz të standardeve të pranuar etike, dhe vetëm të dhëna të përgjithshme janë të mblidhura dhe analizohen për qëllime krahasuese në nivel Evropian. Megjithatë të dhënat individuale të përcaktuara, mund të jenë të nevojshme herë pas here nga EMCDDA, si në fushat e tjera të kërkimit, për studime të veçanta, por vetëm në bazë të marrëveshjes me vendet.

#### 4. Përcaktimi i Rasteve

Rastet që do përfshihen apo që do përjashtohen nga raportimi i të dhënave tek EMCCDA dhe JO domosdoshmërisht nga mbedhja e të dhënave në nivel kombëtar apo lokal

Që duhen përfshirë   
 Që nuk duhen përfshirë 

Klienti	Episodi I trajtimit Aktiviteti	Qendra e trajtimit	Viti I mëparshëm	Viti aktual	Viti pasues	Specifikimet	Duhet raportuar te EMCCDA
A	A1	1				Klienti <b>A</b> është në trajtim të vazhdueshëm duke filluar që nga viti I mëparshëm , duke vazhduar në vitin aktual dhe në vitin pauses. Nuk është raportuar trajtim për vitin aktual	
B	B1	1				Klienti <b>B</b> është në trajtim të vazhdueshëm duke filluar që nga viti I mëparshëm , duke vazhduar në vitin aktual dhe në vitin pauses. Një trajtim I dytë ka ndodhur gjatë vitit aktual në të njëjtën qëndër trajtimi. Nuk është raportuar trajtim për vitin aktual. (Shënim: shpesh B2do të jetë një aktivitet trajtimi psh për kohë të shkurtër plotësues I trajtimit B1- psh për kohë të gjatë OST – e bërë për të njëjtën arsye si në fillimin kur hyri në trajtim )	
B	B2	1					
C	C1	1				Klienti <b>C</b> është në trajtim të	

C	C2	1		←.....→		trajtim të vazhdueshëm duke filluar që nga viti I mëparshëm , duke vazhduar në vitin aktual dhe në vitin pauses. Tre trajtime të tjera ndodhën gjatë vitit aktual, në të njëjtën dhe në dy qendra të tjera trajtimi, Nuk është raportuar për trajtim në vitin aktual.	
C	C3	2			←.....→		
C	C4	3		←.....→			
D	D1	1				Klienti D është në trajtim nga viti I kaluar , nuk ka filluar trajtime gjatë vitit aktual , në të njëjtën apo në qendra të ndryshme trajtimi. Nuk është regjistruar ndonjë trajtim për vitin pauses.	
D	D2	cilido	←.....→		←.....→		
E	E1	1		↔		Klienti E ka hyrë për herë të parë në trajtim gjatë vitit aktual. Trajtimi është raportuar si I pari I ndodhur.	x
F	F1	1		↔		Klienti F ka hyrë për herë të parë në trajtim gjatë vitit aktual.Trajtimi ka vazhduar edhe në vitin pauses. Trajtimi është raportuar si I pari I ndodhur.	x
						\	

Klienti	Episodi I trajtimit Aktiviteti	Qendra e trajtimit	Viti I mëparshëm	Viti aktual	Viti pasues	Specifikimet	Duhet raportuar te EMCCDA
G	G1	2		←→		Klienti <b>G</b> hyn në trajtim për herë të parë gjatë vitit aktual, ka kryer trajtime gjatë këtij viti në të njëjtën apo qendra të ndryshme trajtimi. Vetëm G1 trajtimi I parë në vitin aktual është raportuar si trajtimi I parë I bërë ndonjëherë.	<b>x</b>
G	G2	2		←.....→			
G	G3	3		←.....→			
H	H1	1	←.....→			Klienti <b>H</b> ka kryer një trajtim vitin e kaluar I cili ka përfunduar. Një trajtim I ri fillon gjatë vitit aktual në të njëjtën apo qendra të ndryshme trajtimi dhe përzgjatet në vitin pauses. Trajtimi I këtij viti është raportuar si trajtim I mëparshëm.	<b>x</b>
H	H2	Cilido		←→			
I	I1	2	←.....→			Klienti <b>I</b> ka kryer një trajtim vitin e kaluar I cili ka përfunduar. Një trajtim I ri ka filluar në vitin aktual në të njëjtën gjëndër trajtimi. Një trajtim I dytë ka filluar në vitin aktual në një tjetër qëndër trajtimi . Trajtimi I2 është raportuar në bazën se është trajtimi I parë I kryer gjatë këtij viti . Trajtimi I2 është raportuar si trajtim I mëparshëm.	<b>x</b>
I	I2	2		←→			
I	I3	3		←.....→			
J	J1	1	←.....→			Klienti <b>J</b> ka hyrë në trajtim në vitin e	
J	J2	1		←→			<b>x</b>

						mëparshëm dhe e ka vazhduar atë trajtim edhe në vitin aktual më pas një trajtim I mëtejshëm ka filluar gjatë vitit aktual në të njëjtën qëndër trajtimi	
K	K1	1	←.....→			Klienti <b>K</b> ka hyrë në trajtim vitin e mëparshëm dhe e ka vazhduar atë trajtim edhe në vitin aktual në të njëjtën qëndër trajtimi. Ka siguruar 6 muaj pa ndonjë kontakt nga trajtimi I parë në të dytin, trajtimi I hyrë në vitin aktual është raportuar si trajtim I mëparshëm.	
K	K2	1		←.....→			<b>x</b>
L	L1	1	←.....→			Klienti <b>L</b> ka hyrë në trajtim në vitin e mëparshëm dhe e ka vazhduar atë trajtim edhe në vitin aktual më pas një trajtim I mëtejshëm ka filluar gjatë vitit aktual në të njëjtën qëndër trajtimi	
L	L2	2		←.....→			<b>x</b>
M	M1	1	←.....→			Klienti <b>M</b> ka hyrë në trajtim vitin e mëparshëm dhe e ka vazhduar atë trajtim edhe në vitin aktual në të njëjtën qëndër trajtimi. Ka siguruar 6 muaj pa ndonjë kontakt nga trajtimi I parë në të dytin, trajtimi I hyrë në vitin aktual është raportuar si trajtim I mëparshëm.	
M	M2	2		←.....→			<b>x</b>

**Shënim:** rastet J, K, L dhe M mund të konsiderohen si variacione të së njëjtës situatë, për një ilustrim më të mirë. Ato përfaqësojnë klient që kanë qënë në trajtim në fillim të vitit, pastaj episodi i trajtimit është përmbyllur dhe një episode i ri (për tu njoftuar) ka filluar më vonë atë vit. Rastet përfaqësojnë kombinimin e dy mundësive; kur episodi i trajtimit ka përfunduar formalisht dhe kur është lënë përgjysëm dhe kur episodi pause ka ndodhur në të njëjtën qëndër trajtimi dhe për rastet kur ka ndodhur në një tjetër qëndër trajtimi.

## 5. Referencat

CORDROGUE 67, Këshilli i Unionit Evropian (2001), 'Rezoluta e këshillit në implementimin e pesë treguesve kryesorë epidemiologjik mbi drogat, zhvilluar nga Qendra Evropiane e Monitorimit për Drogat dhe Varësinë ndaj tyre.

Donmall, M. (2008), 'Komunikim Personal'.

EMCDDA (2010), 'Raporti Vjetor 2010 mbi problemin e drogave në Evropë', (e disponueshme në: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

Bordi Menaxhues i EMCDDA (2001), 'rekmandimet e EMCDDA mbi pesë treguesit harmonizue', faqe 1–13.

Kërkimi Evropian mbi Varësinë (1999), *European Addiction Research* 5(4).

Bashkimi Evropian (2003), 'Rekomandimet e Këshillit në 18 Qershor 2003 për parandalimin dhe reduktimin e dëmtimeve të shëndetit të shkaktuara nga varësia e drogës'.

Hartnoll, R (1994), *Sistemi i Raportimit të Trajtimit të Drogave dhe Treguesi I Parë Kërkues për Trajtim . Protokolli Përfundimtar*.

EMCDDA, (2011), 'Treguesi i kërkesës për trajtim' (TDI)', (I disponueshëm në: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/t di>).

Iversen, E (2009), *Vlerësimi i mbulimit të mbledhjes së të dhënave në kornizën e treguesit së kërkesës për trajtim*(i disponueshëm në: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>).

Manchester University, DH NTA (2010), Statistika nga Sistemi Kombëtar i Monitorimit të Trajtimit për Drogat (NDTMS) 1 Prill 2009–31 Mars 2010 (I disponueshëm në: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>).

Origer, A (1996), *EMCDDA Programi i Punës së Epideomiologjisë 1996. Procedura për të shmangur Numërimin e Dyfishtë në Sistemin e Raportimit të Trajtimit për Drogat*, Luksenburg.

SAMHSA (2009), *Struktura e të Dhënave për Episodet e Trajtimit (TEDS) Kryesoret — 2007* (të disponueshme në: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>).

Simon, R. and Pfeiffer, T. (1999), *Provë në implementimin e standarteve të protokollit për të mbledhur informacion mbi kërkesat e trajtimit në Shtetet e BE-së. Raporti Final në interes të EMCDDA*, Mynih.

Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Luckett, C. and Stauffacher, M. (2000),

‘Treguesi i Kërkesës për Trajtim (TDI) Protokolli Standart 2.0’, faqe. 2–36 Lisbonë (e disponueshme në : <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).

Stauffacher, M. and Kokkevi, A. (1999), ' Protokolli i Kërkesës për Trajtim i Grupit Pompidou: Kërkimi Evropian mbi Varësinë 5(4), faqe. 191–6.



## 6. Formulari i Raportimit të të Dhënave

Lista e propozuar e tabelave përmbledhëse që duhet të raportohet në bazë të versionit 3.0 të Protokollit të TDI është përshkruar më poshtë.

Komponenti kryesor i protokollit të TDI përbëhet nga një grup përkufizimevësh (një përkufizim rasti, një përkufizim trajtimi, etj) dhe një listë kryesore e variablave që do të mblidhen nga të gjitha vendet në mënyrë të harmonizuar. Lista kryesore e variablave është një minimum i kërkesës për mbledhjen e të dhënave, dhe vende të ndryshme mund të mbledhin variabla të tjera në nivel kombëtar dhe lokal që ata i konsiderojnë të nevojshme për nevojat e informacionit kombëtar.

Informacioni është raportuar te EMCDDA përmes sistemit Fonte, në një shabllon ose në formë raportimi të dhënash i cili përbëhet nga një numër i zgjedhur tablatesh për të cilat është rënë dakort. Ky grup i tabelave përmbledhëse përfaqëson një zgjedhje midis shumë kombinime të mundshme të variablave. Zgjedhja e tabelave përmbledhëse synon në kapjen e të dhënave më të rëndësishme dhe të dobishme duke ruajtur peshën e raportimit brenda kufijve të arsyeshem.

Struktura e mëparshme e raportimit përbëhet nga raporte të veçanta për secilin nga pesë llojet e mundshme të qendrës së trajtimit. Struktura e re e raportimit përbëhet nga një raport. Informacione mbi llojin e qendrës së trajtimit do të vazhdojnë të mblidhen, por si një variabël në një numër të kufizuar të tabelave përmbledhëse.

Për të mundësuar krahasime të vlefshme është e nevojshme mbledhja e disa tabelave përmbledhëse me tre kategori: klientët e trajtuar më parë hyjnë në trajtim gjatë vitit kalendarik, hyrje të klientëve të pa trajtuar më parë, dhe numri total i atyre. Kjo do të lejojë hyrje të trajtimeve të mëparshme dhe hyrje që nuk janë trajtuar parë të cilat do të krahasohen, dhe për kategoritë (99-nuk dihet) apo të pashënuara do të llogariten nga zbritja.

Droga primare është variabli kryesor kundër të cilit krahasohen variablat e tjera. Kjo pasqyron gamën e gjerë të drogës për të cilin trajtim është në dispozicion, dhe gjasat që karakteristikat e klientëve do të ndryshojnë në bazë të drogës primare.

Pjesa më e madhe e informacionit të mbledhur mbetet mbi bazën e variablave që ekzistojnë në bazë të protokollit të mëparsh dhe u mblodhën në formularin e mëparshëm raportimit të të dhënave. Megjithatë, një numër i kufizuar i variablave të reja janë përfshirë për të mbuluar fusha të rëndësishme të tilla si problemi i përdorimit të shumë-drogave dhe ekspozimi ndaj infeksionit. Përveç kësaj, kategorizimet e disa variablave ekzistuese janë përshtatur për të përmirësuar harmonizimin me normat ndërkombëtare dhe për të hequr paqartësitë e mundshme.

Shablioni i propozuar do të drejtohet dhe vlerësohet për fizibilitetin e raportimit dhe dopsë së rezultateve. Vendimi përfundimtar në formularin e raportimit të të dhënave do të merret në bazë të këtij drejtuesi dhe në konsultim me vendet e raportimit gjatë mbledhjeve të ekspertëve dhe NFP të vitit 2012. Priten të dhëna në bazë të formularit të raportimit dhe do të dorëzohen në EMCDDA në vitin 2014.

“Formulari i raportimit të të dhënave” i propozuar është i përbërë nga një shabllon me 68 tabela dhe 44 pyetje metodologjike.

Një draft shabllon Fonte do shfaqet si një Shtojcë e veçantë në formatin pdf.

\*Shablloni përmban 68 tabela dhe 44 pyetje metodologjike (që korrespondojnë me 11.960 pika të të dhënave ).

\*Nenet dhe grupet janë më të dukshme në ngjyrë të zezë të fortë.

\*Në të gjitha matricat lejohen vetëm numrat.

## **1. Parathënie**

## **2. Burimi**

2.1. Viti I Grumbullimit të EMCDDA

2.2. Vendi

2.3. Viti i trajtimit

## **3. Informacioni Metodologjik**

### **3.1. Mbulimi**

3.1.1. Mbulimi nga tipi i qëndrës së trajtimit

3.1.2. Numri i njësive në vend (të gjitha njësitë në vend përfshirë ato që nuk janë në një vijë me protokollin TDI – ju lutem specifikoni burimin e kesaj vlere te Vërejtjet)

3.1.3. Përqindja e mbulimit të rasteve (përqindja e rasteve të raportuara relative me numrin total të rasteve të trajtuara në vend – përfshirë rastet që nuk janë në vijë me protokollin TDI)

3.1.4. Mbulimi gjeografik (nacional ose rajonal)

3.1.5. Mbulimi gjeografik (informacion shtesë)

3.1.6. Vërejte

### **3.2. Të gjithë personat e trajtuar**

3.2.1. Përcaktimi I rastit

3.2.2. Kontrolli I numërimit të dyfishtë

3.2.3. Si e bëni dallimin midis atyre që Kurrë nuk janë trajtuar me ata që janë trajtuar më përpara.

3.2.4. Si përcaktohet Filli I trajtimit në vendin tuaj

3.2.5. Si përcaktohet Fundi I trajtimit në vendin tuaj

### **3.3. Përcaktimi i Qëndrave të Trajtimit**

3.3.1. Si është përcaktuar qendra e trajtimit ambulator në vendin tuaj, dhe çfarë objektesh janë të përfshira në këtë tip qendre trajtimi

3.3.2. Si është përcaktuar qendra e trajtimit spitalitor në vendin tuaj, dhe çfarë objektesh janë të përfshira në këtë tip qendre trajtimi.

3.3.3. Si është përcaktuar njësia e trajtimit në burg në vendin tuaj, dhe çfarë objektesh janë të përfshira në këtë tip qendre trajtimi.

3.3.4. Si janë përcaktuar të tjera tipe qendrash trajtimi në vendin tuaj, dhe çfarë objektesh janë të përfshira në këtë tip qendre trajtimi

3.3.5. A keni ndonjë objekt trajtimi për drogat sipas protokollit TDI që nuk janë të siguruar në vendin tuaj (psh legjislacion I dobët, mjekë të përgjithshëm etj )

### **3.4. Karakteristikat e burimit të të dhënave**

3.4.1. Emri i sistemit të monitorimit

3.4.2. Metoda e mbledhjes së të dhënave

3.4.3. Përcaktimi I episodit të trajtimit

3.4.4. Referenca Bibliografike

### **3.5. Vërejtje**

3.5.1. Vërejtje në lidhje me informacionin metodologjik

## **4. Informacioni Socio-demografik**

### **4.1. Statusi I trajtimit sipas tipit të qendres së trajtimit**

4.1.1. Të gjithë anëtarët e trajtuar, të pa trajtuar ndonjëherë, të trajtuar më përpara nga tipe qendre trajtimi (numri i rasteve – tabela referente për totalin)

4.1.2. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

### **4.2. Droga primare sipas qendrës së trajtimit**

4.2.1. Droga primare sipas qendrës së trajtimit – të gjithë anëtarët e trajtuar

4.2.2. Droga primare sipas qendrës së trajtimit – të pa trajtuar ndonjëherë

4.2.3. Droga primare sipas qendrës së trajtimit – të trajtuar më përpara

4.2.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi I të dhënave

### **4.3. Droga primare sipas gjinisë**

- 4.3.1. Droga primare sipas gjinisë – të gjithë anëtarët e trajtuar
- 4.3.2. Droga primare sipas gjinisë – të pa trajtuar ndonjëherë
- 4.3.3. Droga primare sipas gjinisë – të trajtuar më përpara
- 4.3.4. Moshë mesatare e hyrjes në trajtim dhe moshë e përdorimit të parë si dhe mesatarja e trajtimit nga droga primare sipas gjinisë – të gjitha trajtimet
- 4.3.5. Informacione mbi strukturën e moshës sipas drogës primare dhe moshën e hyrjes në trajtim për herë të parë – të gjitha trajtimet
- 4.3.6. Moshë mesatare e hyrjes në trajtim dhe moshë e përdorimit të parë si dhe mesatarja e trajtimit nga droga primare sipas gjinisë - të pa trajtuar ndonjëherë  
Treguesi I kërkesës për trajtim (TDI) Protokollit Standart versioni 3.048
- 4.3.7. Informacione mbi strukturën e moshës sipas drogës primare dhe moshën e hyrjes në trajtim për herë të parë - të pa trajtuar ndonjëherë
- 4.3.8. Moshë mesatare e hyrjes në trajtim dhe moshë e përdorimit të parë si dhe mesatarja e trajtimit nga droga primare sipas gjinisë - të trajtuar më përpara
- 4.3.9. Informacione mbi strukturën e moshës sipas drogës primare dhe moshën e hyrjes në trajtim për herë të parë - të trajtuar më përpara
- 4.3.10. Komentet metodologjike dhe interpretimi I të dhënave

### **4.4. Droga primare sipas moshës**

- 4.4.1. Droga primare sipas moshës – të gjithë anëtarët e trajtuar
- 4.4.2. Droga primare sipas moshës – të pa trajtuar ndonjëherë
- 4.4.3. Droga primare sipas moshës – të trajtuar më përpara
- 4.4.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

### **4.5. Droga primare sipas burimit të referimit**

- 4.5.1. Droga primare sipas burimit të referimit – të gjithë anëtarët e trajtuar
- 4.5.2. Droga primare sipas burimit të referimit – të pa trajtuar ndonjëherë

4.5.3. Droga primare sipas burimit të referimit – të trajtuar më përpara

4.5.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **4.6. Droga primare sipas statusit të jetesës (me kë)**

4.6.1. Droga primare nga statusi i jetesës (me kë)– të gjithë anëtarët e trajtuar

4.6.2. Droga primare nga statusi i jetesës (me kë) – të pa trajtuar ndonjëherë

4.6.3. Droga primare nga statusi I jetesës (me kë) – të trajtuar më përpara

#### **4.7. Droga primare sipas statusit të jetesës (me fëmijë)**

4.7.1. Droga primare sipas statusit të jetesës (me fëmijë) – të gjithë anëtarët e trajtuar

4.7.2. Droga primare sipas statusit të jetesës (me fëmijë) – të pa trajtuar ndonjëherë

4.7.3. Droga primare sipas statusit të jetesës (me fëmijë) – të trajtuar më përpara

4.7.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi I të dhënave

#### **4.8. Droga primare sipas statusit të jetesës (ku)**

4.8.1. Droga primare sipas statusit të jetesës (ku) – të gjithë anëtarët e trajtuar

4.8.2. Droga primare sipas statusit të jetesës (ku) – të pa trajtuar ndonjëherë

4.8.3. Droga primare sipas statusit të jetesës (ku) – të trajtuar më përpara

4.8.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **4.9. Droga primare sipas nivelit të edukimit**

4.9.1. Droga primare sipas nivelit të edukimit – të gjithë anëtarët e trajtuar

4.9.2. Droga primare sipas nivelit të edukimit– të pa trajtuar ndonjëherë

4.9.3. Droga primare sipas nivelit të edukimit– të trajtuar më përpara

4.9.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **4.10. Droga primare sipas statusit të punës**

4.10.1. Droga primare sipas statusit të punës – të gjithë anëtarët e trajtuar

4.10.2. Droga primare sipas statusit të punës – të pa trajtuar ndonjëherë

4.10.3. Droga primare sipas statusit të punës – të trajtuar më përpara

4.10.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi I të dhënave

#### **5. Modelet e Informacionit mbi përdorimin e drogës**

##### **5.1. Droga primare sipas rrugës së administrimit**

5.1.1. Droga primare sipas rrugës së administrimit – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.1.2. Droga primare sipas rrugës së administrimit – të pa trajtuar ndonjëherë

5.1.3. Droga primare sipas rrugës së administrimit – të trajtuar më përpara

5.1.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

##### **5.2. Droga primare sipas frekuencës së përdorimit**

5.2.1. Droga primare sipas frekuencës së përdorimit – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.2.2. Droga primare sipas frekuencës së përdorimit – të pa trajtuar ndonjëherë

5.2.3. Droga primare sipas frekuencës së përdorimit – të trajtuar më përpara

5.2.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

##### **5.3. Droga primare sipas moshës së përdorimit të parë**

5.3.1. Droga primare sipas moshës së përdorimit të parë – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.3.2. Droga primare sipas moshës së përdorimit të parë – të pa trajtuar ndonjëherë

5.3.3. Droga primare sipas moshës së përdorimit të parë – të trajtuar më përpara

5.3.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **5.4. Droga primare sipas viteve që nga përdorimi i parë**

Treguesi I Kërkesës së Trajtimit indicator (TDI) Protokoli Standart versioni 3.050

5.4.1. Droga primare sipas viteve që nga përdorimi i parë – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.4.2. Droga primare sipas viteve që nga përdorimi i parë – të pa trajtuar ndonjëherë

5.4.3. Droga primare sipas viteve që nga përdorimi i parë – të trajtuar më përpara

5.4.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **5.5. Droga nga sjellja e injektimit**

5.5.1. Droga me injektim (çdo lloj droge, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.5.2. Droga me injektim (çdo lloj droge, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të pa trajtuar ndonjëherë

5.5.3. Droga me injektim (çdo lloj droge, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të trajtuar më përpara

5.5.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi I të dhënave

#### **5.6. Përdorimi i shumë-drogave**

5.6.1. Problemi i përdorimit të shumë drogave egzistues sipas statusit ë trajtimit

5.6.2. Modelet e kësaj kategorie (kombinimi standart) sipas statusit të trajtimit

5.6.3. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **5.7. Droga primare sipas drogave të tjera (sekondare)**

5.7.1. Opiatet primare (gjithsej) klientë nga droga të tjera (sekondare)– të gjithë anëtarët e trajtuar

5.7.2. Kokaina primare (gjithsej) klientë nga droga të tjera (sekondare) – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.7.3. Stimulantë primarë (përveç kokainës) klientë nga droga të tjera (sekondare) – të gjithë anëtarët e trajtuar



5.7.4. Kanabis primar (gjithsej) klientë nga droga të tjera (sekondare) – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.7.5. Droga të tjera parësore , klientë nga droga të tjera (sekondare) – të gjithë anëtarët e trajtuar

5.7.6. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

## **6. Informacion mbi pasojat e shëndetit**

### **6.1. Testimi I HIV nga sjellja e injeksionit**

6.1.1. Testimi i HIV nga injeksioni (çdo drogë, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të gjithë anëtarët e trajtuar

6.1.2. Testimi i HIV nga injeksioni (çdo drogë, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të pa trajtuar ndonjëherë

6.1.3. Testimi i HIV nga injeksioni (çdo drogë, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të trajtuar më përpara

6.1.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

### **6.2. Testimi I HCV nga sjellja e injeksionit**

6.2.1. Testimi i HCV nga injeksioni (çdo drogë, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të gjithë anëtarët e trajtuar

6.2.2. Testimi i HCV nga injeksioni (çdo drogë, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të pa trajtuar ndonjëherë

6.2.3. Testimi i HCV nga injeksioni (çdo drogë, pak rëndësi ka nëse është primare apo sekondare ) – të trajtuar më përpara

6.2.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi I të dhënave

### **6.3. Bashkëpërdorimi i ageve dhe shiringave sipas statusit të trajtimit**

6.3.1. Bashkëpërdorimi I ageve/shiringave sipas statusit të trajtimit

6.3.2. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **6.4. Droga primare sipas viteve që nga injeksioni i parë**

6.4.1. Droga primare sipas viteve që nga injeksioni i parë – të gjithë anëtarët e trajtuar

6.4.2. Droga primare sipas viteve që nga injeksioni i parë – të pa trajtuar ndonjëherë

6.4.3. Droga primare sipas viteve që nga injeksioni i parë – të trajtuar më përpara

6.4.4. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

#### **6.5. Klientë që marrin OST**

6.5.1. Numri i klientëve që marrin OST nga statusi OST

6.5.2. Numri i klientëve që marrin OST sipas Drogës primare dhe viteve që nga OST-ja e parë

6.5.3. Komentet metodologjike dhe interpretimi i të dhënave

## 7. Shtojca

### 7.1 Tabela përmbledhëse e krahasimit: artikujt e vjetër dhe të rinj

Artikuj të vjetër	Artikuj të rinj
Tipi I qendrës së trajtimit	Raportimi I të dhënave nuk fokusohet më në tipin e qendres së trajtimit
Data e trajtimit në muaj	Sipas nivelit EMCDDA
Data e trajtimit vit	Njësoj
Trajtuar më përpara	Për më shumë se një episod, episodi i PARË duhet të regjistrohet
Burimi I referuesit	Modifikime të vogla në kategori dhe porosi
Gjinia	Njësoj (fjala ka ndryshuar)
Mosha	Njësoj (fjala ka ndryshuar)
Viti I lindjes	Sipas nivelit EMCDDA
Statusi I jetesës (me kë)	Qartësimi I kategorive për shmangien e gabimeve
Statusi I jetesës (ku)	Qartësim dhe ndryshime të vogla në një kategori
Kombësia	Sipas nivelit EMCDDA
Statusi I punës	Harmonizimin me Klasifikimin Evropian
Niveli më I lartë I edukimit	Njësoj; referenca të detajuara në klasifikimin ISCED
Situata e drogës primare e drogës në	Njësoj, me shtimin e disa substancave relevante për përdoruesit situatën e tanishme
Po merr Trajtim për zëvendësim	Njësoj por më e thjeshtuar
Rruga e zakonshme e administrimit	Njësoj
Frekuenca e përdorimit (droga primare)	Qartësimi i disa kategorive

Mosha e përdorimit të parë Të drogës primare	Njësoj
Ka injektuar/aktualisht injekton (30 ditët e fundit)	Specifikimi I disa kategorive
Droga të tjera (sekondare) Që përdoren momentalisht drogës në	Njësoj, me disa shtesa të substancave relevante për përdoruesit e situatën e tanishme
--	Statusi i jetesës; me fëmijë
--	Mosha e injeksionit të parë
--	Përdorimi I shumë-drogave
--	Mosha e OST-së së parë
--	Testimi HIV
--	Testimi HCV
--	Bashkëpërdorimi I ageve/shiringave

## 7.2 Moduli mbi trajtimin prevalencës

*Ky modul është i ndarë nga mbledhja rutinë e të dhënave TDI dhe nuk ka implikime praktike për regjistrimin TDI në shënimet e trajtimit. Modul i cili është vazhdim i punës ka filluar në 2006, përfaqëson 'punën në progres 'dhe do të zhvillohet më tej në vitin 2011 dhe 2012 në kuadrin e strategjisë EMCDDA për mbledhjen e të dhënave, trajtimin dhe analizimin, që do të përfundojë deri në fund të vitit 2012.*

### Koncepti

Përveç të dhënave për njerëzit që hyjnë (ose ri-hyjnë) në trajtimet kundër drogës, të dhënat mbi Prevalencën e Trajtimit do të përfshijnë edhe klientët që janë në trajtim gjatë vitit, por që nuk kanë gjeneruar një hyrje trajtimi TDI, sepse ata janë në trajtim të vazhdueshëm që nga viti i mëparshëm ose më herët. Këto do të jenë rastet A, B, C dhe D të diagramit 5.1.

### Qëllimet

Informacioni i moduleve për prevalencën e trajtimit ka dy qëllime.

(1) Për të përmirësuar paraqitjen e popullsisë me probleme të drogës, edhe pse ato mund të konsiderohen si stabilizuar në trajtim. Këta klientët mund të konceptohen në mënyra të ndryshme, si dhe me implikime rregullash të ndryshme, më pas përdoruesit e drogës që nuk janë stabilizuar në trajtim, por është ende e rëndësishme për të vlerësuar numrin e tyre dhe karakteristikat themelore. Shih "Sfida shtesë për treguesin TDI 'në faqen 8.

(2) Për të ndihmuar në vlerësimin e "numrit të përgjithshëm të njerëzve në kontakt me shërbimet e trajtimit". Në disa vende, moduli për "prevalencën e trajtimit" mund të jetë një përafrim i mirë që numri i përgjithshëm, ndonëse në vende të tjera do të jetë një komponent i rëndësishëm, por që do të plotësohet nga metodat e tjera. Vlerësimi i numrit të përgjithshëm të njerëzve në kontakt me shërbimet e trajtimit mund të përdoret për të vlerësuar "mbulimin e trajtimit" (përqindja e të gjithë përdoruesve problematik të drogës që po marrin trajtim).

### Qasja e përgjithshme

Në disa vende, do të jetë e mundur për të marrë informacion për "prevalencën e trajtimit" pa mbledhjen e të dhënave shtesë, pasi ata kanë sisteme elektronike me një bazë të dhënash qendrore e cila lejon që të përcaktohet situata e klientëve qofshin ata në trajtim apo jo. Në vende të tjera mund të jetë e mundur të kryhet një mbledhje periodike e të dhënave, ndërsa më në fund në vende të tjera ky grumbullim i të dhënave nuk do të jetë në parim i mundur, të paktën në një afat të shkurtër.

Mbledhja e të dhënave e modulit të prevalencës së Trajtimit do të shqyrtohet fillimisht mbi baza

vullnetare dhe vetëm për ato vende ku është e mundur të merret informacion nga bazat e të dhënave ekzistuese, pa mbledhjen e të dhënave shtesë. Sipas informatave në dispozicion në kohën e rishikimit të protokollit TDI, 17 vendet e BE-së kanë një bazë të dhënash kombëtare TDI, dhe disa vende të tjera kanë baza të dhënash rajonale. Është e mundur që jo të gjithë prej tyre janë në gjendje për të llogaritur shifrat e “prevalencës së trajtimit” në mënyrë ' automatike, por sipas punës së bërë që nga viti 2006, mund të pritet që një numër i arsyeshëm i vendeve të jenë në gjendje të ofrojnë të dhëna, duke lejuar një përafrim të përgjithshme të situatës në Evropë (EMCDDA, 2010).

Është planifikuar që të dhënat mbi prevalencën e trajtimit do të jenë raportuar nga vendet te EMCDDA çdo tre vjet dhe në një të shabllon të veçantë raportitimi të dhënash.

### ***7.2.1 Përkufizime specifike për modulën e prevalencës së Trajtimit.***

Të gjitha përkufizimet për treguesin TDI zbatohen për këtë modul, përveç nëse specifikohen ndryshe

#### **Statusi i klientit në lidhje me situatën e tij / saj të trajtimit për modulën e prevalencës së Trajtimit**

##### **1. Klienti nuk është trajtuar më përpara =**

Një klient i cili ka filluar një trajtim, për shkak të problemeve të drogës, gjatë vitit raportues për herë të parë gjatë jetës së tij ose të saj.

##### **2. Klienti i cili është trajtuar para vitit të raportimit =**

Një klient i cili ka filluar një trajtim për shkak të problemeve të drogës gjatë vitit raportues, por ka pasur episode të tjera të trajtimit në vitet e mëparshme (një ose më shumë), e cila përfundoi para fillimit të episodit të trajtimit gjatë fillimit të vitit raportues

##### **3. Klienti ka trajtim të vazhdueshëm =**

Një klient i cili ka filluar një trajtim në vitin para vitit të raportimit ose më herët dhe është ende në trajtim gjatë vitit të raportimit.

##### **4. Klientëve me status të panjohur =**

Një klient statusi i të cilit statusi mit nuk është i njohur, sepse nuk ka një regjistër qendror apo për shkak se klienti nuk mban mend ose për ndonjë arsye tjetër.

#### **Kriteret e përfshirjes**

Të gjithë klientët që hyjnë trajtim gjatë vitit të raportimit  
Klientët që janë në trajtim gjatë vitit të raportimit duke vazhduar nga një vit më parë apo më shpejt dhe që nuk do të fillojnë një trajtim të ri gjatë vitit të raportimit që është raportuar të TDI (për të shmangur numërimin e dyfishtë).

#### **Kriteret e përjashtimit**

Klientët që i dha fund trajtimit me 31 dhjetor të vitit, para vitit të raportimit dhe jo ri-hyrje në trajtim në vitin e raportimit; nuk janë të përfshira  
Klienti që e kanë lënë të trajtimit të paktën gjashtë muaj përpara 31 dhjetorit të vitit para vitit të raportimit

#### ***Trajtimet konsiderohen si të përfunduara në dy raste:***

Kur një trajtim është ndërprerë formalisht dhe në fund trajtimi është i regjistruar në dosjen e klientit.

Kur asnjë kontakt klienti nuk është regjistruar në gjashtë muajt e fundit: të gjithë klientët të cilët kishin si kontakt të fundit me shërbimin e trajtimit më 30 qershor të vitit, para vitit të raportimit

ose më përpara-nuk duhet të përfshihen në mbledhjen e të dhënave.

### Fundi i trajtimit

Shih përkufizimin në fund të trajtimit në pjesën kryesore të Protokollit TDI versioni 3,0

### **7.2.2 Lista e Artikujeve**

Siç është përcaktuar në Udhëzimet për mbledhjen e të dhënave pilot në 2008 ka dy grupe të variablave:

(a) Variabla të detyrueshëm; ata janë në vijim dhe ndjekin të njëjtat rregulla dhe specifikime metodologjike siç propozohet në versionin 3.0 të protokollit TDI:

Numri i klientëve të drogës

Mosha

Gjinia

Droga primare

(b) Variablave vullnetare janë të të gjitha variablat e tjera të përfshira në mbledhjen rutinë të të dhënave TDI dhe mund të mblidhen edhe për prevalencën e trajtimit, duke përdorur shabllone për mbledhjen e të dhënave mbi prevalencën e trajtimit.

### **7.2.3 Metodologjia për mbledhjen e të dhënave**

Ka dy metoda të mundshme dhe të përdorura për të mbledhur të dhëna për njerëzit që qëndrojnë në trajtim gjatë vitit të raportimit. Ato dy metodave janë si më poshtë:

(A) Mbledhja e të dhënave rutinë për të gjithë klientët në trajtim të drogës nga 1 Janari deri më 31 Dhjetor të një vitit raportues, zakonisht bëhet automatikisht bazuar në një pyetje të veçantë statistikore e kryer mbi një regjistër të kompjuterizuar qendror / rajonal

(B) Regjistrimi për klientët të cilët janë gjetur të jenë në trajtim të drogës në 1 Janar (ose ditë të tjera me rregullimet e nevojshme) të vitit raportues + të gjithë klientët të cilët kanë filluar trajtimin gjatë vitit të raportimit. Kjo metodë mund të bëhet përmes një koleksioni të veçantë të të dhënave ose edhe automatikisht bazuar në pyetjen e duhur statistikore mbi një regjistër qendror / rajonal.

Ose metoda (A) ose metoda (B) mund të përdoren. Metoda e zgjedhur për mbledhjen e të dhënave duhet të tregohet qartë në seksionin mbi metodologjinë. Është parashikuar që vende ose rajone me regjistrat e kompjuterizuar, që janë në gjendje për të përcaktuar statusin e trajtimit (në trajtim / jo në trajtimin) të klientëve me kalimin e kohës, mund ta përdornin si metodologji duke zbatuar algoritme të përshtatshme në bazat e të dhënave.

Në seksionin metodologjik të informacionit të raportuar nga vendet në këtë modul, duhet gjithashtu të tregohet nëse burimet e të dhënave janë të njëjta të përdorura për mbledhjen rutinë



të të dhënave EMCDDA / TDI dhe duhet të raportohen referenca të qarta për tabelat e dhëna pranë EMCDDA . Numërimi i dyfishtë duhet të shmanget: në qoftë se një klient shfaqet dy ose më shumë herë, episodi i parë trajtimi duhet të regjistrohet.

Në rast të një klienti me trajtim në vazhdim dhe me hyrje të njëjtë në trajtim gjatë vitit të raportimit, por pas një përfundimi të trajtimit apo gjashtë muaj që nga kontakti i trajtimit të fundit, prioritet i është dhënë gjithmonë episodit të trajtimit të hyrjes së trajtim. Këto të dhëna për këtë arsye duhet të raportohen edhe në të dhënat rutinë të TDI.

Periudha referuese është e njëjta si për Protokollin rutinë të TDI: 30 ditë para se të hyjnë në trajtim.

Përfundimi i vetëm është mosha ku periudha referuese është si më poshtë:

1. për klientët e hyrë në trajtim të drogës dhe referohen 30 ditë para se të hyjnë në trajtim
2. për klientët në trajtime të vazhdueshme:

- Nëse metoda e përdorur është A, periudha referuese për të llogaritur moshën e klientit është 30 Qershor e vitit raportues (ose data e afërt me 30 qershor për të cilat ka një regjistrim), e nëse kjo llogaritje nuk është e mundur, periudha referuese duhet të jetë regjistrimi i fundit i klientit. Data e përdorur për llogaritjen e moshës duhet të tregohet qartë në pjesën metodologjike.

- Nëse metoda e përdorur është B, periudhës referuese është 1Janar e vitit të raportimit.