



**Eiropas Narkotiku un  
narkomānijas uzraudzības centrs**

---

**SPKC.gov.lv**  
SLIMĪBU PROFILAKSES UN KONTROLES CENTRS

# **ROKASGRĀMATA**

**Ārstniecības pieprasījuma indikators**  
*(Treatment demand indicator, TDI)*

---

## **Standartprotokols 3.0**

Vadlīnijas datu ziņošanai par personām, kuras uzsāk ārstēšanu saistībā ar narkotiku lietošanu Eiropas valstīs

---

## Atruna

Šo Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (ENNUC) publikācijas (*Treatment demand indicator (TDI) Standart protocol 3.0*) tulkojumu aizsargā autortiesības. ENNUC un Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) neuzņemas nekādu atbildību vai saistības par jebkādām sekām, kas var izrietēt no šajā dokumentā iekļautās informācijas izmantošanas. Šīs publikācijas saturs neatspoguļo ENNUC partneru, Eiropas Savienības (ES) dalībvalstu vai jebkādu ES institūciju vai aģentūru oficiālo nostāju.

Papildinformācija par Eiropas Savienību ir pieejama internetā, tai var piekļūt *Europa* serverī (<http://europa.eu>).

Pakalpojums *Europe Direct* palīdz atrast atbildes uz jautājumiem par Eiropas Savienību. Bezmaksas uzziņas (\*): 00 800 67 89 10 11.

(\*): *Daži mobilo tālrunu operatori neļauj veikt zvanus uz 00 800 līnijas numuriem, vai arī zvaniem uz šīs līnijas numuriem tiek piemērota maksa.*

© Slimību profilakses un kontroles centrs, 2014

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2012

ISBN: 978-9934-514-20-3

Pavairošana atļauta, ja ir norādīta atsauce.



Duntes iela 22, Rīga, Latvija, LV-1005  
Tālr. (371) 67501590, Fax 67501591  
info@spkc.gov.lv, [www.spkc.gov.lv](http://www.spkc.gov.lv)



**European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction**

Cais do Sodré, 1249-289 Lisbon, Portugal  
Tālr. (351) 211210200, Fax (351) 218131711  
info@emcdda.europa.eu, [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

<b>Satura rādītājs</b>	
Pateicība .....	4
Priekšvārds .....	6
1. nodaļa: Ievads .....	7
<b>Vēsture</b> .....	7
<b>Uzdevums, mērķis un metodoloģiskie jautājumi</b> .....	8
Kāpēc TDI: kāds ir tā uzdevums? .....	8
Kam paredzēta ievāktā informācija: kāds ir tās mērķis? .....	8
Kā tiek sasniegts TDI mērķis? .....	9
Ar kādām problēmām TDI ir saskāries pēdējo gadu laikā? .....	10
<b>TDI ieviešana</b> .....	10
<b>TDI protokola 3.0 vispārīgie principi</b> .....	11
Uzraudzība versus pētījumi un <i>ad-hoc</i> pētījumi .....	11
Datu vajadzību hierarhija: no klīniskiem datiem līdz Eiropas politikai svarīgai informācijai .....	12
Datu ziņošana <i>versus</i> datu ievākšana .....	12
Persona <i>versus</i> ārstēšanas epizode .....	13
Ārstēšanas biežums <i>versus</i> ārstēšanas izplatība .....	13
Izmaiņas definīcijā un iepriekšējo datu ietekme .....	13
2. nodaļa Pamatnostādnes .....	14
<b>Definīcijas</b> .....	14
Gadījuma definīcija .....	14
Narkotiku atkarības ārstēšana .....	15
Ārstēšanas uzsākšana .....	16
Uzsāktās ārstēšanas noslēgšana .....	17
Ārstēšanas epizode .....	18
Ārstniecības centrs/programma .....	18
Primārās narkotikas .....	20
Sekundārās narkotikas .....	21
Vairāku narkotiku (polydrug) lietošanas problēma .....	21
HIV vai HCV testa izmantošana .....	24
Adatu/šļirču kopīga lietošana .....	24
Opioīdu aizstājterapija (OST) .....	25
<b>Rādītāju uzskaitījums</b> .....	26
3. nodaļa Metodoloģiski un ētiski apsvērumi .....	36
<b>Ziņošanas periods</b> .....	36
<b>Narkotiku lietošanas paradumi: lietotās narkotikas</b> .....	36
<b>Pārklājums</b> .....	36
<b>Datu kvalitāte</b> .....	37
<b>Dubulta uzskaitīšana</b> .....	37
<b>Ētiski apsvērumi un datu aizsardzība</b> .....	38
Pielikums 1 .....	39
Pielikums 2 .....	42
Protokolā izmantotie saīsinājumi .....	43
Atsauces .....	44

## **Pateicība**

### **Autori**

#### ENNUC:

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

#### Konsultanti:

*Michael Donmall, Lielbritānija  
David Best, Lielbritānija  
Colin Taylor, Lielbritānija*

#### Eksperts:

*Etienne Maffli, Šveice*

### **Atbalstītāji**

TDI eksperti, kas ir devuši savu ieguldījumu šā protokola izstrādē, 2008., 2009. un 2010. gadā, piedaloties darba grupās, kur tika pārskatīts TDI protokols.

*Elena Alvarez, Spānija  
Sharon Arpa, Malta  
Martin Busch, Austrija  
Erik Iversen, Norvēģija  
Johann Kerschbaum, Austrija  
Suzi Lyons, Īrija  
Viktor Mravcik, Čehija*

*Lubomir Okrulica, Slovākija  
Anton W. Ouwehand, Nīderlande  
Christophe Palle, Francija  
Tim Pfeiffer, Vācija  
Janusz Sieroslawski, Polija  
Mārcis Trapencieris, Latvija  
Momtchil Vassilev, Bulgārija*

## Sadarbības partneri

TDI valstu eksperti (no 2010. gada TDI ekspertu sanāksmes):

*Johan Van Bussel*, Beļģija  
*Momtchil Vassilev*, Bulgārija  
*Vlastimil Necas*, Čehija  
*Bela Studnickova*, Čehija  
*Claudia Ranneries*, Dānija  
*Tim Pfeiffer*, Vācija  
*Ingo Kipke*, Vācija  
*Elena Alvarez*, Spānija  
*Kaire Vals*, Igaunija  
*Delphine Bellerose*, Īrija  
*Anastasios Fotiou*, Grieķija  
*Christophe Palle*, Francija  
*Tanja Bastianic*, Francija  
*Bruno Genetti*, Itālija  
*Ioanna Yasemi*, Kipra  
*Mārcis Trapencieris*, Latvija  
*Ernestas Jasaitis*, Lietuva  
*Sofia Lopes Costa*, Luksemburga  
*Anna Peterfi*, Ungārija  
*Tamás Koós*, Ungārija

*Roberta Gellel*, Malta  
*Chirstine Marchand-Agius*, Malta  
*Martin Busch*, Austrija  
*Anton W. Ouwehand*, Nīderlande  
*Wil Kuijpers*, Nīderlande  
*Janusz Sieroslawski*, Polija  
*Marta Struzik*, Polija  
*José Padua*, Portugāle  
*Aurora Lefter*, Rumānija  
*Ana Maria Teodorescu*, Rumānija  
*Lubomir Okrulica*, Slovākija  
*Romana Stokelj*, Slovēnija  
*Tuulma Väänänen*, Somija  
*Roger Holmberg*, Zviedrija  
*Bert Green*, Zviedrija  
*Michael Donmall*, Lielbritānija  
*Grethe Lauritzen*, Norvēģija  
*Dragica Katalinic*, Horvātija  
*Mehmet Akgun*, Turcija

## Priekšvārds

Lai politikas izstrāde un attiecīgās darbības būtu efektīvas, ir ļoti svarīgi izprast narkotiku lietošanas problēmas raksturu un apmēru. Tāpēc ENNUC izmanto dažādas uzraudzības metodes un rīkus, kas valstīm par narkotiku lietošanu ļauj runāt “vienā valodā”. Šie rīki ietver piecus galvenos epidemioloģiskos indikatorus, starp tiem ir arī ārstniecības pieprasījuma indikators (TDI).

TDI 2000. gadā izveidoja Eiropas Padomes sadarbības grupa cīņai pret narkomāniju un narkotiku tirdzniecību (Pompidū grupa). TDI uzdevums ir sniegt salīdzināmu un uzticamu informāciju par to narkotiku lietotāju skaitu un raksturojumu, kuri saņem ārstēšanu ES dalībvalstīs. Indikators ļauj izmērīt ārstēšanās pieprasījumu, norāda uz problemātiskās narkotiku lietošanas tendencēm un parāda problemātisko narkotiku lietotāju profilu, tajā pašā laikā identificējot ārstēšanās iespēju pielietošanas un izmantošanas praksi.

Šī rokasgrāmata ir pārskatīts TDI protokola (versija 2.0) izdevums. Šis protokols ir izmantots datu vākšanai Eiropas līmenī jau 10 gadus, un grozījumi tajā ir nepieciešami, lai TDI spētu labāk atspoguļot pārmaiņas, kas šo gadu laikā ir skārušas ne tikai narkotiku lietošanu, bet arī ārstēšanas sistēmu, kā arī valstu un starptautiskās informācijas sistēmas (*1.pielikumā pievienots mainīgo salīdzinājums TDI protokola versijā 2.0 un versijā 3.0.*).

Indikatora attīstīšanā šis pārskatītais protokols (versija 3.0) ir būtisks solis uz priekšu, ko ir izdevies spert, pateicoties TDI ekspertu un kontaktpunktu saskaņotai sadarbībai ar ENNUC vairāk nekā divu gadu garumā.

**Wolfgang Götz**

ENNUC direktors

## 1. nodaļa Ievads

### Vēsture

TDI pirmsākumi meklējami gandrīz pirms 20 gadiem, kad tika noteikts pirmais saskaņotas datu vākšanas veids. Protokola mērķis bija sniegt profesionāļiem un pētniekiem vienotu Eiropas līmeņa metodoloģiju, lai nodrošinātu saskaņotu pamatdatu vākšanu un ziņošanu par tiem narkotiku lietotājiem, kuri nonāk saskarē ar ārstniecības iestāžu sniegtiem pakalpojumiem.

Pamatdatu kopums balstās uz valstu pieredzi, kas gūta, vācot datus narkotiku atkarības ārstēšanas sistēmās, kuras bieži vien ir pastāvējušas vēl pirms TDI izveides. Valstīs, kur datu vākšanas sistēmas nebija, TDI nereti tika pieņemts kā aizstājējs plašākai sistēmai, lai valsts mērogā uzraudzītu narkotiku lietotājus, kuriem tika nodrošināti ārstēšanās pakalpojumi (*European Addiction Research*, 1999).

Pompidū grupa (PG) bija pirmā, kas izstrādāja vienotu protokolu datu vākšanai par ārstētajiem narkotiku lietotājiem. PG koordinēja pilsētas līmeņa pētījumus (1991. gadā Dublinā un Londonā), attīstības projektu 11 pilsētās, kā arī Eiropas ekspertu grupas izveidi; šī grupa tikās vairākas reizes, lai pārrunātu metodoloģiskos jautājumus un vienotos par vadlīniju izveidi. PG protokols tika publicēts 1994. gadā (*Hartnoll*, 1994; *Stauffacher and Kokkevi*, 1999), un Rietumeiropas valstis to vispirms ieviesa pilsētu, pēc tam arī valsts līmenī. Otrajā posmā to ieviesa arī Centrāleiropas un Austrumeiropas valstis.

1994. gadā tika nodibināts Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (ENNUC), kurš uzņēmās atbildību par ārstēšanās pieprasījuma datu vākšanu Eiropas līmenī.

Balstoties uz pārskatīto PG pirmo protokolu, tika publicēta ENNUC/PG ārstniecības pieprasījuma indikatora otrā versija (*Simon et al.*, 2000). Pirms tam tika sagatavots metodoloģijas un datu ievākšanas pamatotības novērtējums (*Origer*, 1996) un izvērtēta valstu pieredze datu ziņošanā, izmantojot TDI (*Simon et al.*, 1999).

Kopš 2000. gada ENNUC ir organizējusi datu vākšanu ES dalībvalstīs, kā arī noslēgusi oficiālas vienošanās, lai veicinātu un uzlabotu datu vākšanu valsts līmenī un ziņošanu Eiropas līmenī.

Piecus galvenos ENNUC epidemioloģiskos indikatorus, tostarp TDI, ENNUC valde (*ENNUC Managment Board*, 2001) un ES Padome (*CORDROGUE 67, Council of the European Union*, 2001) oficiāli pieņēma 2001. gadā. Šajos dokumentos “ES dalībvalstis (...) tiek aicinātas nodrošināt pieejamu informāciju par pieciem galvenajiem epidemioloģiskajiem indikatoriem, kā arī noteikt un risināt iespējamās problēmas šādas informācijas sagatavošanā un izplatīšanā; Padome mudina dalībvalstis kā prioritāti noteikt salīdzināmas informācijas sagatavošanu un izplatīšanu; (...) sniegt ENNUC informāciju par pieciem galvenajiem epidemioloģiskajiem indikatoriem saskaņā ar ENNUC vadlīnijām (...); noslēgumā, Padome aicina dalībvalstis un Komisiju ciešā sadarbībā ar ENNUC noteikt labākos veidus un paņēmienus, jo īpaši finansiālajā jomā, kā atbalstīt piecu epidemioloģisko indikatoru ieviešanu (...)”.

Datu vākšanas un ziņošanas sistēma kopš 2001. gada ir ieviesta un uzlabota lielākajā daļā ES dalībvalstu. Šobrīd TDI dati ik dienas tiek izmantoti ENNUC darbā, analizējot narkotiku situāciju Eiropā (sk. [www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tDI](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tDI), 2011).

## Uzdevums, mērķis un metodoloģiskie jautājumi

### *Kāpēc TDI: kāds ir tā uzdevums?*

TDI uzdevums ir iegūt saskaņotu un salīdzināmu informāciju visās dalībvalstīs par kalendārā gada laikā ārstēto narkotiku lietotāju (klientu) skaitu un profilu.

Lai gan indikatora nosaukums ir “ārstēšanās pieprasījuma indikators”, tas atspoguļo informāciju par personām, kuras tiek ārstētas. Pašreizējais nosaukums netiks mainīts, jo TDI ir guvis plašu atpazīstamību kā rīks, ar kura palīdzību tiek vākti un ziņoti dati par personām, kuras tiek ārstētas no narkotiku atkarības gan Eiropā, gan ārpus tās, un tas *netieši norāda* uz to personu skaitu, kurām, iespējams, ir nepieciešama ārstēšana no narkotiku atkarības.

TDI protokols nosaka, par kuriem klientiem jāsniedz informācija Eiropas līmenī un kāda ir minimālā informācija, ko valstu uzraudzības sistēmai jāspēj reģistrēt un paziņot ENNUC par katru klientu.

Ievērojot vajadzību pēc datiem un informācijas nacionālā līmenī, katras valsts izveidotā narkotiku atkarības ārstēšanas uzraudzības sistēma var ietvert vairāk informācijas, nekā to nosaka ENNUC TDI protokols. Arī valsts līmenī iegūtā informācija var atšķirties no TDI protokolā pieprasītās, ja vien ir iespējama tās uzticama pārkonvertēšana TDI vajadzībām (sk. sadaļu “Datu vajadzību hierarhija: no klīniskiem datiem līdz Eiropas politikai svarīgai informācijai”).

### *Kam paredzēta iegūtā informācija: kāds ir tās mērķis?*

TDI apkopotās informācijas primārais mērķis ir sniegt priekšstatu par narkotiku lietotāju raksturojumu, riskantu uzvedību un narkotiku lietošanas paradumiem sabiedrībā, kā arī palīdzēt prognozēt tendences problemātiskās narkotiku lietošanas apmērā (izplatība un biežums) un paradumos, ja iespējams — kombinācijā ar citiem narkotiku lietošanas indikatoriem. Šis ir vitāli svarīgs mērķis, jo tas nosaka iekļaušanas/neiekļaušanas kritērijus atbilstoši TDI gadījumu definīcijai: gadījumiem (klienti — narkotiku lietotāji), par kuriem būtu jāziņo ENNUC, pēc iespējas vairāk ir jāatbilst problemātisko narkotiku lietotāju profilam sabiedrībā.

To vislabāk var nodrošināt, reģistrējot informāciju uzreiz pēc profesionāļa un klienta pirmās tikšanās reizes klātienē; parasti informācija tiek reģistrēta, kad profesionālis izvērtējis klienta profilu un tiek uzsākta ārstēšana. Lai indikators spētu izpildīt savu uzdevumu, pirmajā tikšanās reizē iegūtajai informācijai jāatspoguļo pēc iespējas vairāk ziņu par klienta narkotiku lietošanas paradumiem pirms konkrētās ārstēšanas uzsākšanas; pirms klienta reģistrēšanas, sniegtajiem ārstēšanas pakalpojumiem nevajadzētu vai vajadzētu minimāli ietekmēt reģistrēto informāciju (piemēram, lai persona, kura uzsāk ārstēšanu kā injicējamo narkotiku lietotājs, kas atkarīgs no heroīna, netiktu reģistrēta kā persona, kura nav heroīna inhicētājs, kā tas būtu gadījumā, kad informācija tiktu iegūta un ziņota laikā, kad klients jau saņem ārstēšanu). Indikatora uzdevums tiek izpildīts, kad informācija tiek sniegta par gada laikā pirmo saņemto ārstēšanu. Turklāt TDI ievāktā informācija var palīdzēt (kopā ar citiem indikatoriem un informācijas avotiem) izvērtēt atsevišķus narkotiku atkarības ārstēšanas parametrus (nodrošināšana, uzņemšana, pārklājums). Šie aspekti šobrīd tiek noteikti narkotiku atkarības ārstēšanas uzraudzības stratēģijas ietvaros.



## *Kā tiek sasniegts TDI mērķis?*

Narkotiku atkarības ārstēšanas centri par saviem klientiem parasti ievāc ievērojamu informācijas apjomu. Šo informāciju ievāc profesionāļi, un tas tiek darīts, pirmkārt, lai veicinātu terapeitisko procesu, otrkārt, administratīvu un pārvaldības iemeslu dēļ vietējā mērogā un, treškārt, epidemioloģisku iemeslu dēļ vietējā, valsts un starptautiskā mērogā. Daļa iegūtās informācijas nav pieejama ārpus ārstniecības centra, daļa tiek nodota reģionālajām vai valsts iestādēm, un visbeidzot ierobežots informācijas apjoms tiek vākts Eiropas līmenī, ievērojot ENNUC TDI protokola kārtību un noteikumus.

Kaut arī problemātisko narkotiku lietošanu ir grūti novērtēt un aprakstīt, narkotiku atkarības ārstēšanas centri ir svarīgs informācijas avots, kas sniedz ieskatu narkotiku lietošanas jautājumā. Problemātiskā narkotiku lietošana vairumā ES dalībvalstu nav ļoti izplatīta, tā bieži vien tiek sociāli stigmatizēta, līdz ar to ir grūti to konstatēt.

Tomēr jāatceras, ka ne visi problemātiskie narkotiku lietotāji ir ārstniecības centru redzeslokā. Iespējams, ir atsevišķi narkotiku lietotāji, par kuriem attiecīgo pakalpojumu sniedzēji neko nezina (piemēram, sociāli integrēti kokaīna vai marihuānas lietotāji, ļoti atstumti heroīna lietotāji), vai arī lietotāji, kuri ir šo pakalpojumu sniedzēju redzeslokā, bet dažādu iemeslu dēļ informācija par viņiem netiek vākta vai ziņota valsts uzraudzības sistēmai (piemēram, privātie psihiatri, ārstēšana ar interneta programmu palīdzību un dažās valstīs arī ģimenes ārsti vai zemā sliekšņa aģentūras).

Secinājumi par problemātisko narkotiku lietošanu sabiedrībā, pamatojoties uz TDI iegūto informāciju, ir jāizdara piesardzīgi, jo īpaši, ja izmaiņas ir nelielas, un/vai informācija ir pieejama par nelielu skaitu klientu. Turklāt vērā jāņem arī pakalpojumu pieejamība, izmaiņas pakalpojumu sniegšanā un ziņošanas sistēmas pārklājums. Skaidrojot TDI informāciju, ļoti labi var noderēt salīdzināšana ar citiem indikatoriem (piemēram, ar narkotiku lietošanu saistīti nāves gadījumi, tiesībsargājošo iestāžu indikatori) un *ad-hoc* pētījumiem (piemēram, kvalitatīvi pētījumi par narkotikām, kas nopērkamas uz ielas, pētījumi un ziņojumi par citiem saistītajiem pakalpojumiem).

Par spīti šiem brīdinājuma signāliem, daudzās ES dalībvalstīs TDI sniedz informāciju par ievērojamu skaitu problemātisko narkotiku lietotāju skaitu (dažos gadījumos pat vairāk nekā 50% no kopējā aprēķinātā problemātisko narkotiku lietotāju skaita). Tas šo indikatoru padara par uzticamu un bieži vien par galveno informācijas avotu ziņām par problemātisko narkotiku lietotāju skaitu. Valstīs, kur TDI ziņo par ievērojamu skaitu problemātisko narkotiku lietotāju skaitu un kur lietošanas un riska paradumi ievērojami neatšķiras starp ziņotajiem un neziņotajiem gadījumiem, no indikatora izdarītos pamatsecinājumus var uzskatīt par pamatotiem, jo īpaši, ja novērojumi laika gaitā ir konsekventi. Ja ir zināms, ka pastāv problemātisko narkotiku lietotāju grupas ar tādiem lietošanas un riska paradumiem, kas ievērojami atšķiras no TDI fiksētajiem paradumiem, var būt nepieciešams veikt vietēja mēroga uzraudzītus pētījumus, lai apstiprinātu šādu uzvedību. Ja pakalpojumu pieejamība un ārstēšanas politika laika gaitā būtiski nemainās, TDI konstatētās tendences var liecināt par izmaiņām problemātiskās narkotiku lietošanas praksē (piemēram, izmaiņas injicējošo narkotiku lietotāju uzvedībā, pieaugoša kokaīna lietošana utt.).

TDI ietvaros iegūtā informācija ir svarīgs elements dažādās metodoloģijās, ko izmanto, lai aprēķinātu problemātiskās narkotiku lietošanas izplatību; aprēķini parasti tiek veikti, kombinējot vairākas datubāzes, kuras nodrošina dažādi attiecīgo pakalpojumu sniedzēji, un izmantojot dažādas aprēķina metodes.

## *Ar kādām problēmām TDI ir saskāries pēdējo gadu laikā?*

Pēdējo 10–15 gadu laikā opioīdu aizstājterapijas (OST) izmantošana ir būtiski palielinājusies daudzās, lai arī ne visās ES dalībvalstīs. Šajās valstīs ārstēšanu saņēmušo personu lokā aizvien pieaug to klientu skaits, kuri uzsāk ārstēšanos no heroīna atkarības un pēc tam ilgu laiku saņem OST. Tāpēc ir liels skaits klientu, kuri saņem nepārtrauktu, ilgtermiņa ārstēšanu un kuri neuzsāk ārstēšanos no jauna. Šī situācija mazāk skar kokaīnu, amfetamīnu vai marihuānu lietojošos klientus, tomēr arī daži no viņiem var tikt iesaistīti kādā ilgtermiņa ārstēšanās programmā.

Tāpēc aizvien svarīgāk kļūst nepieciešamība aprēķināt šo personu skaitu. Lai novērtētu šīs klientu grupas lielumu un pamatiezīmes, tika izstrādāts un pārbaudīts “ārstēšanas izplatības” modulis. Ar to saistītā informācija tiks ievākta kā atsevišķs brīvprātīgs modulis, kurš joprojām tiek izstrādāts jaunas ārstēšanas datu ievākšanas stratēģijas ietvaros; šī stratēģija iekļaus informāciju par ārstēšanās pieejamību, organizāciju un kvalitāti (ENNUC ārstēšanas uzraudzības stratēģijas izstrāde noslēdzās 2012. gadā). Vairākas valstis šobrīd nav spējīgas aprēķināt visu informāciju, kas tiks iekļauta šajā modulī, jo tam nepieciešama sistēma, kas ļauj noteikt katra klienta statusu (saņem ārstēšanu vai ne), bet TDI ir paredzēts tikai ārstēšanās gadījumu skaita reģistrēšanai. Tajā pašā laikā īpašā situācijā ir klienti, kuri saņem nepārtrauktu ārstēšanu (vairums no tiem ir opioīdu lietotāji), jo daudzi no viņiem vairs nelieto nelegālos opioīdus, kau gan arī, iespējams, lieto citas narkotikas. Līdz ar to ir ļoti sarežģīti interpretēt informāciju par problemātiskās narkotiku lietošanas izplatības un paradumu novērtējumu. Tomēr pat ņemot vērā šo jauno problēmu nozīmīgumu, TDI pamatuzdevumi nemainās un galvenokārt saistās ar to personu skaita un profila izvērtējumu, kuriem ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas un kuri saņem ārstniecības pakalpojumus kalendārā gada laikā.

## **TDI ieviešana**

TDI dati tiek vākti valsts līmenī, bieži vien ievērojot garu procedūru: ārstniecības centrs tos paziņo reģionāla līmeņa iestādei, kas pēc tam ziņo valsts mēroga iestādei. Pēc tam dati tiek nodoti valsts koordinācijas centram (VKC), kas ir valdības iecelta valsts aģentūra, kuras uzdevums ir sniegt aktuālāko pieejamo informāciju par narkotikām un narkotiku atkarību. Valsts mēroga TDI dati pēc tam apkopotā veidā tiek nosūtīti ENNUC, atbilstoši VKC un ENNUC apstiprinātajai datu ziņošanas formai.

No 1990. gada līdz 2011. gadam vairums Eiropas valstu ir sniegušas ENNUC datus par ārstniecības pieprasījumu. 2000. gadā tobrīd 15 ES dalībvalstis TDI rezultātus ziņoja ENNUC, tomēr datu pilnīgums un kvalitāte bija dažāda. Kopš tā laika ir pakāpeniski paplašinājies ziņoto datu apmērs, un datu kvalitāte ir ievērojami uzlabojusies.

2010. gadā ENNUC saņēma datus no 29 valstīm (27 ES dalībvalstis, kā arī Turcija un Horvātija), bet kopš 2011. gada datus ENNUC sniedz arī Norvēģija. Dati tika ievākti izmantojot *Fonte*<sup>1</sup> tiešsaistes rīku, un ziņoti, izmantojot TDI protokolu 2.0.

Līdz 2011. gadam ziņotie dati galvenokārt attiecas uz ambulatorajiem un stacionārajiem ārstniecības centriem. Desmit gadu laikā kopš sistēmas ieviešanas ir secināts, ka lielā daļā valstu ir grūtības ievākt informāciju no cita veida ārstniecības centriem.

Lai arī vairums valstu iesūta gandrīz visus ENNUC noteiktos datus, pastāv zināmi ierobežojumi attiecībā uz atsevišķiem mainīgajiem, kas mainās atkarībā no valsts. Joprojām

---

<sup>1</sup> *Fonte* ir ENNUC tiešsaistes rīka nosaukums, kas tiek izmantots, lai ievāktu datus no Eiropas valstīm.

tiek ievākti dati par cita veida ārstniecības centriem, tāpēc tiks veikti pasākumi, lai datu vākšanas praksi iespēju robežās attiecinātu arī uz citiem pakalpojumiem, kur narkotiku lietotāji ir nozīmīga šos pakalpojumus saņemošā klientu grupa.

Saskaņošanas līmenis ir pietiekami labs, lai nodrošinātu datu salīdzināmību starp valstīm, tomēr, interpretējot datus, ir jāievēro piesardzība un jāņem vērā valstu atšķirības narkotiku atkarības ārstēšanas sistēmās un atsevišķu TDI definīciju izpratnē.

2009. gadā ES dalībvalstis apstiprināja īpašu sistēmu, lai izvērtētu ENNUC galveno indikatoru, tostarp TDI, datus; sistēmu apstiprināja ES dalībvalstis, un tā tika īstenota, pamatojoties uz 2006. gadā ziņotajiem datiem. Sistēma demonstrē ievērojamu progresu TDI ieviešanas un datu salīdzināmības ziņā; arī tad, ja dažās jomās joprojām ir nepieciešami uzlabojumi.

2006. gadā praksē tika pārbaudīts atsevišķs TDI modulis, kas reģistrēja ziņas par personām, kuras "saņem nepārtrauktu ārstēšanu". Vairākus gadus šie dati tika ievākti pilotprojekta ietvaros. Tagad šis modulis kā atsevišķs tālāk attīstāms un noslēdzams projekts ir iekļauts pašreizējā TDI protokola versijā.

Pēdējo 10 gadu laikā TDI arvien biežāk prezentāciju un apmācību nolūkā ir izmantots kā piemērs un etalons valstīm un starptautiskām organizācijām ārpus Eiropas; dažos gadījumos tas ir pieņemts kā galvenais rīks, ar ko ievākt informāciju par narkotiku atkarības ārstēšanu. Šāda prakse jo īpaši attiecināma uz valstīm, kuras gatavojas pievienoties Eiropas Savienībai, ES kaimiņvalstīm, kā arī starptautiskajām organizācijām.

Regulāri tiek īstenota sadarbība ar globālām organizācijām (Apvienoto Nāciju Organizācijas Narkotiku un noziedzības apkarošanas biroju (UNODC) un Pasaules Veselības organizāciju (PVO)), kas darbojas narkotiku problēmas risināšanas jomā. 2006. gadā UNODC palīdzības rīka ietvaros (UNODC, 2006) tika publicēts kopējs raksts par datu vākšanu saistībā ar narkotiku atkarības ārstēšanas pieprasījumu.

Lai arī ir vērojams nozīmīgs progress, joprojām pastāv dažas problēmas datu kvalitātes ziņā. Būtu arī jāuzlabo narkotiku atkarības ārstēšanas pieprasījuma datu ziņošanas un vākšanas sistēma, jo īpaši Eiropas līmenī.

### **TDI protokola 3.0 vispārīgie principi**

TDI protokols 3.0 balstās uz vairākiem vispārīgiem principiem, pēc kuriem jāvadās valstīm, ziņojot datus ENNUC un analizējot tos Eiropas līmenī. ENNUC un Eiropas eksperti ir vienojušies par šādiem TDI protokola 3.0 īstenošanas pamatprincipiem.

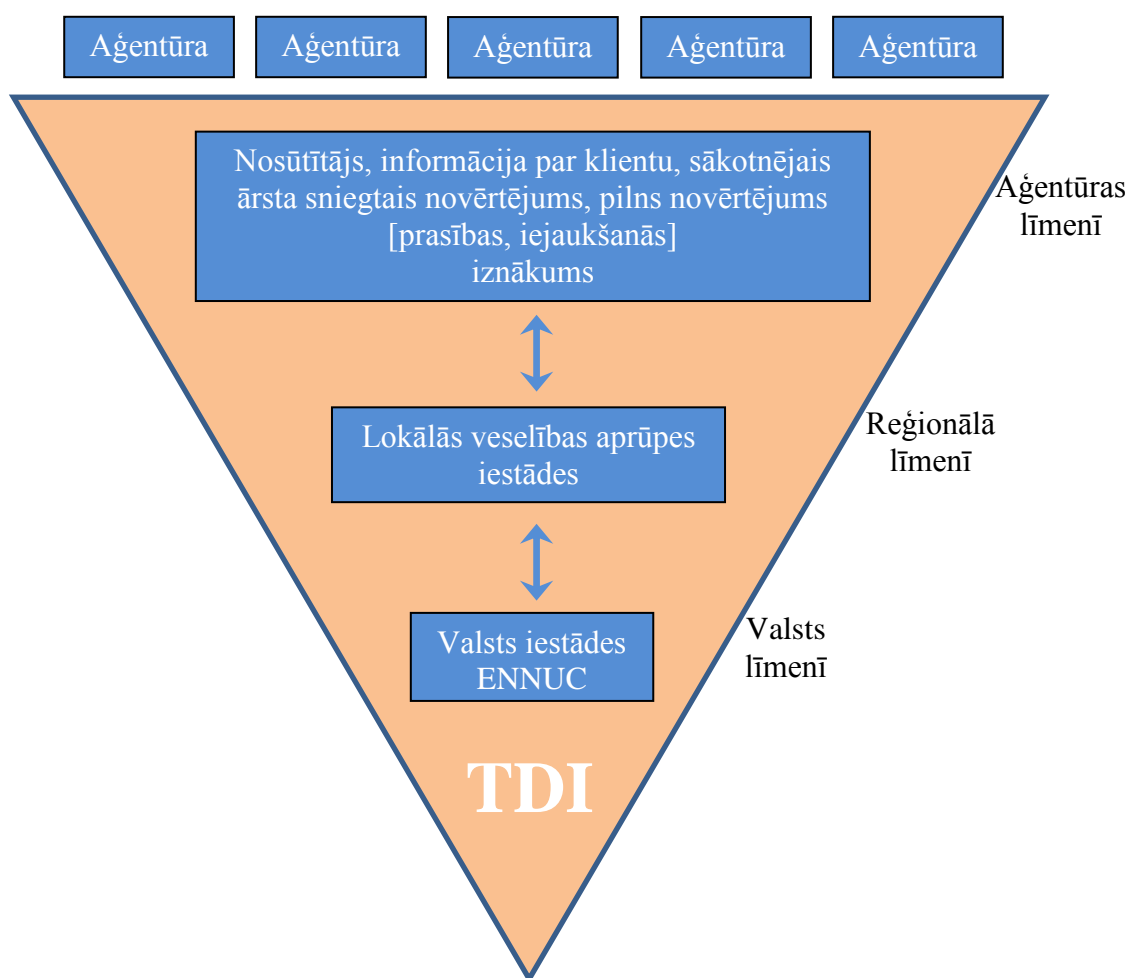
#### ***Uzraudzība versus pētījumi un ad-hoc pētījumi***

Datu uzraudzība atšķiras no pētījumiem un *ad-hoc* pētījumiem. Uzraudzība ir saistīta ar regulāri un sistemātiski iegūtiem datiem no ierobežota informācijas apjoma, kas ļauj identificēt laika gaitā notikušās izmaiņas. Savukārt *ad-hoc* projekti un pētījumi ir labāk piemēroti specifiskas informācijas iegūšanai. TDI var ietvert tikai pamatinformāciju un rosināt papildu pētījumus, pamatojoties uz vispārīgiem secinājumiem (piemēram, sociālā atstumšana, narkotiku lietošanas paradumi, rezultātu izvērtējums). Pētniecības projektus var balstīt uz jautājumiem, kas izriet no TDI, tomēr tie tiks īstenoti dažādās vietās un dažādā veidā, turklāt tos rīkos tikai tie eksperti, kurus interesē padziļināta analīze.

### *Datu vajadzību hierarhija: no klīniskiem datiem līdz Eiropas politikai svarīgai informācijai*

Ir svarīgi izšķirt nepieciešamību vākt informāciju dažādos līmeņos: vietējā, reģionālā, valsts un Eiropas. Vajadzības pēc informācijas ir dažādas, jo atšķiras arī dažādos līmeņos nepieciešamā datu detalizētība — sākot ar klīniskām vajadzībām ievākt detalizētu informāciju, līdz informācijai, kas noder plānojot un izvērtējot darbības ārstniecības centru līmenī, līdz informācijai, ko izmantot plānojot ārstniecības centru darbību vietējā līmenī, līdz vispārīgākai informācijai reģionālu, valsts vai Eiropas plānu vajadzībām un ilgtermiņa rezultātu izvērtēšanai (Donmall, 2003).

**1. attēls:** TDI datu ievākšanas plūsma — no vietējā līmeņa līdz Eiropas līmenim



ENNUC informācijai jānodrošina visu valstu ziņojumu minimālais vienotais kopsaucējs. Ievāktie un/vai ziņotie dati dažādos līmeņos var atšķirties atkarībā no dažādām vajadzībām.

### *Datu ziņošana versus datu vākšana*

Datu vākšana un datu ziņošana ir divas atšķirīgas darbības, kas noris dažādos līmeņos un ar dažādu mērķi.

Dati, ko katra valsts ziņo Eiropas līmeņa institūcijai, ir iepriekš noteikts rezultātu kopums, kas iegūts no TDI valsts datubāzes. Šos rezultātus parasti var iegūt, mainot datu ieguves metodes, un tas ir iespējams, nemainot pašu TDI protokolu un ar to saistīto valsts, reģionālo un vietējo

datubāzi. Tomēr ziņojuma formas pielāgošana var prasīt laiku, kā arī zināmu izmaiņu veikšanu programmā, kas jāveic sadarbībā ar iesaistītajām pusēm. Ziņojot datus ENNUC ar TDI protokolu 3.0, galvenā uzmanība vairs netiek pievērsta iedalījumam pēc ārstniecības centra veida, tomēr šīm pārmaiņām principā nevajadzētu ietekmēt datu vākšanas praksi valsts mērogā.

### *Persona versus ārstēšanas epizode*

Ārstniecības pieprasījuma datu ziņošanas sistēmu var balstīt uz personas saņemto ārstēšanas epizožu skaitu noteiktā laika posmā vai uz to personu skaitu, kuras uzsāk ārstēšanos no narkotiku atkarības noteiktā laika posmā. Piemēram, Amerikas Narkotiku atkarības ārstēšanas uzraudzības sistēma un Atkarību izraisošo vielu un garīgās veselības pakalpojumu administrācija (SAMHSA) reģistrē personas saņemtās ārstēšanas epizodes gada laikā.

Tomēr TDI protokola 3.0 ietvaros tiek ziņots par katru personu, kura narkotiku atkarības dēļ kalendārā gada laikā saņem ārstēšanu. Viena persona šajā laika periodā netiek reģistrēta vairāk kā vienu reizi. Ja persona gada laikā ir iesaistījies vairāk nekā vienā ārstēšanas epizodē, tiek ziņots tikai par vienu gadījumu.

Ar ārstēšanas epizodi saprot “pakalpojumu sniegšanas posms, sākot ar narkotiku (...) lietošanas problēmas ārstēšanas sākumu un beidzot ar pakalpojumu sniegšanas beigšanu, noteiktā ārstniecības plāna ietvaros” (SAMHSA, 2009). Tas nozīmē arī to, ka “vienas ārstēšanas epizodes laikā klients var saņemt vienu (vai vairākus) ārstēšanas veidu/intervenci. Klients var piedalīties arī vairāk nekā vienā ārstēšanas epizodē gadā” (Manchester University, 2010). Arī TDI protokols 3.0 nosaka, kas ir “ārstēšanas epizode” TDI ziņošanas ietvaros (sk. sadaļu “Gadījuma definīcija” turpinājumā).

Šis princips attiecas gan uz valstu, gan Eiropas līmeņa ziņošanas sistēmu. Kontroles metodes, lai izvairītos no dubultas uzskaitīšanas narkotiku informācijas sistēmā, būtu jāīsteno valsts līmenī. Tas nozīmē, ka Eiropas līmenī par dažādām klientu grupām ziņotie skaitļi tiks apkopoti vienā kopējā skaitlī.

### *Ārstēšanas biežums versus ārstēšanas izplatība*

TDI mērķis ir fiksēt situāciju brīdī, kad klients uzsāk ārstēšanos, jo tas vislabāk ļauj gūt priekšstatu par problemātisko narkotiku lietotāju iezīmēm.

Pēdējo divdesmit gadu laikā Eiropā aizvien pieaug to klientu skaits, kuri ārstēšanu saņem nepārtraukti vairāku gadu garumā, jo īpaši tas attiecināms uz OST. 2006. gadā ar “ārstēšanas izplatības” moduļa izstrādi tika uzsākta šīs parādības dokumentēšana.

Šis modulis nav saistīts ar parasto TDI datu ievākšanu, un tas praktiski neietekmē TDI reģistrētos ārstēšanās gadījumus. Modulis šobrīd ir izstrādes stadijā. Tā izstrāde noslēgsies līdz 2012. gada beigām, atbilstoši ENNUC ārstēšanas uzraudzības stratēģijai.

### *Izmaiņas definīcijā un iepriekšējo datu ietekme*

Izmaiņas TDI protokola 3.0 sniegtajās definīcijās var ietekmēt ziņotos datus. Valstīm nav jāsniedz jauni dati par iepriekšējiem gadiem. Saskaņā ar iepriekš veikto analīzi, vairumā valstu izmaiņu ietekme uz galīgajiem rezultātiem nav būtiska, tomēr tā ir rūpīgi jāapsver.

## 2. nodaļa Pamatnostādnes

### Definīcijas

#### *Gadījuma definīcija*

Gadījums ir klients, kurš uzsāk narkotiku atkarības ārstēšanas epizodi<sup>2</sup> ārstniecības centrā<sup>3</sup> kalendārā gada laikā (no 1. janvāra līdz 31. decembrim), lai cīnītos ar problēmām, ko radījusi narkotiku lietošana.

Par klientu kalendārā gada laikā jāziņo tikai vienu reizi. Ja kādu iemeslu dēļ klients valsts līmenī ir reģistrēts vairāk nekā vienu reizi, atkārtotais ieraksts iespēju robežās ir jādzēš, atbilstoši valsts līmenī pieejamajiem tehniskajiem ENNUC ziņošanas rīkiem, un datiem jābūt ziņotiem par pirmo reģistrēto ārstēšanās epizodi gada laikā.

#### **Mērķis**

Uzticamā veidā noteikt no narkotikām atkarīgās personas, kuras uzsāk ārstēšanos, izvērtēt to problēmas, narkotiku lietošanas paradumus, veselības un sociālos riskus, lai šo informāciju izmantotu kā indikatoru problemātiskās narkotiku lietošanas paradumu un tendenču noteikšanā.

#### **Iekļaušanas kritēriji**

- Persona, kura uzsākusi ārstēšanos no narkotiku atkarības (sk. definīciju “narkotiku atkarības ārstēšana”) laikā no 1. janvāra līdz 31. decembrim.
- Ja persona gada laikā ir uzsākusi vairāk nekā vienu ārstēšanas epizodi, ENNUC ir jāziņo tikai par pirmo ārstēšanas epizodi (sk. definīciju “ārstēšanas epizode”).

#### **Izslēgšanas kritēriji**

- Persona, kura sazinās ar ārstniecības centru narkotiku lietotāja vārdā, bet kura pati nelieto narkotikas.
- Persona, kurai problēmas rada personīgās attiecības ar narkotiku lietotāju, bet kura pati nelieto narkotikas.
- Persona, par kuru kalendārā gada laikā kāds centrs jau ir ziņojis.
- Persona, kura uzsāk ārstēšanos/procedūru paralēli esošai ārstēšanai. Tas var būt jau ziņotas (šī gada vai iepriekšējo gadu laikā) ārstēšanas epizodes komponents, piemēram, psihoterapija paralēli OST, vai papildu ārstēšana.
- Persona, kura ārstēšanu/procedūru uzsāk kā turpinājumu esošai ārstēšanai, par kuru jau ir ziņots (šī gada vai iepriekšējo gadu laikā), piemēram, stacionāra detoksikācija, kas tiek lūgta divus gadus pēc OST uzsākšanas.

#### **Metodoloģija**

Ieteicams visos līmeņos pēc iespējas vairāk, atbilstoši valsts līmenī pieejamajiem tehniskajiem rīkiem, izvairīties no viena klienta dubultas uzskaitīšanas vienas valsts reģionu un ģeogrāfisko/jurisdikcijas vienību ietvaros, ārstniecības centru ietvaros (tostarp dažāda

<sup>2</sup> Turpinājumā sniegta arī definīcija terminam “narkotiku atkarības ārstēšana” un “ārstēšanas epizode” šī protokola izpratnē.

<sup>3</sup> Turpinājumā sniegta arī definīcija terminam “ārstniecības centrs” šī protokola izpratnē.

veida ārstniecības centri un viens un tas pats centrs). Lai izvairītos no tā, ka viens klients gada laikā tiek uzskaitīts vairāk nekā vienu reizi, tehniski vispiemērotākais risinājums būtu izveidot narkotiku lietotāju centrālu valsts reģistru, kur katram klientam tiktu piešķirts unikāls identifikators, kas ļautu izdzēst atkārtotos ierakstus pirms datu ziņošanas. Tomēr administratīvu, ekonomisku vai juridisku iemeslu dēļ vairākās valstīs ideāls tehnisks risinājums nepastāv. Šajās valstīs vajadzētu ieviest pieejamas procedūras, kas samazinātu iespēju uzskaitīt gadījumus divkārt. Vienkāršākais paņēmieni: ārstniecības iestāde veic iekšēju pārbaudi (ārstniecības centra ietvaros), lai noskaidrotu, vai persona ir saņēmusi ārstēšanu iepriekš. Tomēr papildus tam var būt nepieciešams pavaicāt personai, vai tā iepriekš ir saņēmusi ārstēšanu, jo ārstēšanu noteiktajā laikā var būt snieguši arī citi centri. Dažās valstīs papildus izmanto dubultās uzskaitīšanas kontroli reģionālā līmenī, šo kontroli nodrošina reģionālās ziņošanas sistēmas un datubāzes. Šādā veidā var izvairīties no dubultās uzskaitīšanas vairumā gadījumu, jo veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu administratīvā organizācija daudzās valstīs ievērojami sarežģīt ārstēšanas saņemšanu vairākos reģionos vienlaicīgi (sk. arī “Divkārtšā uzskaitīšana” 3. nodaļā).

2.pielikumā ir iekļauts grafisks gadījuma definīcijas attēlojums.

### *Narkotiku atkarības ārstēšana*

Narkotiku atkarības ārstēšana ir darbība/darbības, kas tieši skar narkotiku lietotājus un kuru uzdevums ir sasniegt konkrētus mērķus attiecībā uz šo personu problēmu mazināšanu un/vai izbeigšanu; narkotiku atkarības ārstēšanas pakalpojumus sniedz pieredzējuši un sertificēti profesionāļi atbilstoši atzītai medicīniskās, psiholoģiskās un sociālās palīdzības praksei.

Šīs darbības parasti notiek īpašās narkotiku lietotājiem paredzētās iestādēs, bet tās var īstenot arī vispārējās medicīnas/psiholoģijas pakalpojumu iestādēs, lai palīdzētu narkotiku lietotājiem (sk. arī definīciju “ārstniecības centrs”).

### **Mērķis**

Šī definīcija ir visai plaša, lai iekļautu plašu klientu loku, kam ir dažādas ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas. Ir jāatceras, ka TDI galvenajam uzdevumam ir epidemioloģiska rakstura mērķis — ievākt informāciju par personām, kurām ir izteiktas ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas.

### **Iekļaušanas kritēriji**

- Intervence, kuras galvenais mērķis ir detoksikācija
- Intervence, kuras galvenais mērķis ir absistence
- OST
- Specializētas/strukturētas ilgtermiņa narkotiku atkarības ārstēšanas programmas
- Intervences, kuru mērķis ir samazināt narkotiku radīto kaitējumu, ja tās tiek īstenotas plānoto programmu ietvarā
- Psihoterapija/konsultēšana
- Strukturēta ārstēšana, izmantojot spēcīgus sociālos elementus
- Medicīniska rakstura ārstēšana
- Plānotajās programmās iekļautas nemedicīniskas intervences
- Narkotiku lietotāju īpaša ārstēšana ieslodzījuma vietās

### **Izslēgšanas kritēriji**

- Sporādiska intervence, kas nav iekļauta plānotajā programmā
- Saskare jautājumos, kur narkotiku lietošana nav galvenais palīdzības meklēšanas iemesls

- Saskare ar vispārēju pakalpojumu sniedzējiem tikai ar sociālo palīdzību saistītos jautājumos
- Saskare tikai tālruņa sarunās vai sarakstē
- Saskare ar ģimeni vai citām personām, kuras pašas nelieto narkotikas
- Ieslodzījums *per se*
- Ārstēšana tikai interneta vidē
- Tikai ar adatu apmaiņu saistīti pakalpojumi

### **Metodoloģija**

Datiem jābūt pēc iespējas pilnīgākiem, tas nozīmē, ka ir jāziņo visi pieejamie dati par narkotiku lietotāju, kurš uzsāk narkotiku atkarības ārstēšanu, kā noteikts iepriekš (“Iekļaušanas kritēriji”).

### ***Ārstēšanas uzsākšana***

Ārstēšanas uzsākšana ir pirmā klienta un ārstniecības centra formālā saskare klātienē. Šīs saskares laikā vajadzētu identificēt klientu (izvairīties no dubultās uzskaitīšanas), noteikt klienta iezīmes, kā arī vajadzības saistībā ar narkotiku lietošanas problēmu.

Atkarībā no ārstniecības centra veida šīs prasības ir jāizpilda pirmajās reizēs, kad tiekas klients un terapeits (aptuveni 1–3 tikšanās reīžu laikā), papildus iespējamajai saskarei ar administratīvo personālu.

Lai arī ir ieteicams iegūt informāciju pirmo trīs klātienes tikšanos laikā, valstīm vajadzētu nodrošināt zināmu elastību atbilstoši valsts ziņošanas praksei. Ir svarīgi metodoloģiskajā informācijā iekļaut ziņas par to, kad klients ir reģistrēts, lai varētu par to informēt ENNUC.

Ja klients gada laikā uzsāk vairāk nekā vienu ārstēšanu, ENNUC jāziņo tikai par pirmo ārstēšanas epizodi, kā norādīts jau iepriekš.

### **Mērķis**

Ārstniecības centra un klienta pirmajās tikšanas reizēs noskaidrotās informācijas mērķis ir uzzināt jaunākās ziņas par narkotiku lietotāja sociālo profilu un narkotiku lietošanas paradumiem pirms ārstēšanas uzsākšanas.

### **Iekļaušanas kritēriji**

- Klients, kuram ārstēšanas uzsākšanas sākumposmā (parasti 1–3 tikšanās reizes) klātienē ir saskare ar ārstniecības centru

### **Izslēgšanas kritēriji**

- Saskare, kas notiek vēlāk ārstēšanas laikā (parasti pēc ārstniecības centra un klienta trešās tikšanās reizes)
- Netiešs kontakts (telefonisks, izmantojot internetu u.c.)

### **Metodoloģija**

Reģistrēšanas kārtība valstīs ir atšķirīga. Šim rādītājam jānodrošina zināma reģistrēšanas kārtības saskaņošana valstu starpā un jāgarantē, ka par klientu tiek ievākti pamatdati.

Metodoloģiskajā informācijā jānosaka to saskares gadījumu skaits, kuru laikā valstis (ārstniecības centri u.c.) var iegūt TDI protokolā ievadāmos datus.



Sk. arī 2. tabulu: Gadījuma definīcija — grafisks attēlojums, 2. pielikums.

### *Uzsāktās ārstēšanas noslēgšana*

Ārstēšana beidzas, kad tā tiek oficiāli noslēgta (vienojoties vai nevienojoties) vai kad pats klients pārstāj apmeklēt ārstniecības centru vai nomirst.

Ārstēšanas izbeigšanas (“ārstēšanas noslēgšana”) iemesli var būt saistīti ar ārstēšanas pārtraukšanu, klienta nāvi, klienta skaidru lēmumu pārtraukt ārstēšanu vai ārstniecības personas izstrādātā ārstēšanas plāna programmas noslēgšanu (sk. arī “Ārstniecības izplatības” moduli).

#### **Mērķis**

TDI protokols galveno uzmanību pievērš “ārstēšanas uzsākšanai” un tā galvenais mērķis nav ievākt datus par ārstēšanas noslēgšanu. Tomēr ir svarīgi ievākt datus par ārstēšanas noslēgšanu divu praktisku iemeslu dēļ:

- Ārstēšanas noslēgšana ir tieši saistīta ar TDI gadījuma definīciju un lēmumu par to, kad būtu jāreģistrē nākamā ārstēšana. Izvērtējums par to, vai iepriekšējā ārstēšana ir pabeigta, notiek brīdī, kad ārstēšana tiek uzsākta.
- Informācija par ārstēšanas beigām ir saistīta ar “Ārstniecības izplatības” moduli – tas ļauj identificēt klientus, kuri saņem ārstēšanu ilgāk par gadu vai kuri kāda iemesla dēļ ir noslēguši ārstēšanos.

Šī iemesla dēļ informācija par ārstēšanas beigām nav paredzēta ārstēšanas rezultāta mērīšanai — tās mērķis ir izvērtēt, vai par personu ir vai nav jāziņo kā par klientu.

#### **Iekļaušanas kritēriji**

*Ārstēšana uzskatāma par beigušos brīdī, kad:*

- profesionālis ir izrakstījis klientu (ārstēšanās plāns ir īstenots);
- klients ir skaidri nolēmis izbeigt ārstēšanu;
- centrs/profesionālis izlemj pārtraukt ārstēšanu tādu iemeslu dēļ, kas nav saistīti ar ārstēšanas noslēgšanu, piemēram, nepakļaušanās ārstēšanai, noteikumu pārkāpšana utt.;
- klients nomirst;
- klients nesazinās ar ārstniecības centru. Ir ieteicams uzskatīt, ka ārstēšana ir beigusies sešus mēnešus pēc tam, kad klients un ārstniecības centrs nav uzturējuši sakarus. Tomēr jāņem vērā, ka valstu starpā vērojamas lielas atšķirības ārstēšanas noslēgšanas definīcijas ziņā. Ja valstī ir noteikts cits termiņš, pēc kura tiek uzskatīts, ka klients ir pārtraucis ārstēšanu (ir izstājies no ārstēšanas), ārstēšanas beigas var noteikt saskaņā ar valsts noteikumiem. Valstīm metodoloģiskajās specifikācijās ir jānorāda, kad ārstēšana uzskatāma par izbeigtu.

#### **Izslēgšanas kritēriji**

*Ārstēšana netiek uzskatīta par beigušos ja:*

- klients ārstēšanas sistēmas ietvaros pāriet no viena ārstniecības centra uz citu tāpēc, ka saņem nosūtījumu tās pašas ārstēšanas epizodes ietvaros (reizēm to sauc par “kopīgo aprūpi”);
- klients vienas un tās pašas ārstēšanas epizodes ietvaros pabeidz vienu ārstniecības darbību un uzsāk jaunu ārstniecības darbību;
- klients sešus mēnešus iepriekš (vai vēlāk) ir uzturējis kontaktus ar ārstniecības centru (atbilstoši termiņam, kas saskaņā ar valsts noteikumiem nosaka izstāšanos no ārstēšanas).

## Metodoloģija

Valstīm metodoloģiskajā informācijā jānosaka, kāds ir termiņš, pēc kura uzskatāms, ka klients ir izstājies no ārstēšanas. Pēc iespējas jācenšas ievērot sešu mēnešu noteikumu.

### *Ārstēšanas epizode*

Ārstēšanas epizode ir “pakalpojumu sniegšanas posms, sākot ar narkotiku (...) radīto problēmu ārstēšanas sākumu un beidzot ar pakalpojumu sniegšanas beigšanu, noteiktā ārstniecības plāna ietvaros”.

Narkotiku atkarības ārstēšana ir komplekss process, un bieži vien darbības/procedūras tā ietvaros ir jāsniedz paralēli vai secīgi, reizēm arī ilgu laika posmu (piemēram, konsultēšana, psihoterapija, aizstājterapija, cita veida farmakoloģiskā ārstēšana, ambulatorā vai stacionārā detoksikācija, ilgtermiņa uzturēšanās aprūpes iestādē utt.). “Vienas ārstēšanas epizodes laikā klients var saņemt vienu (vai vairāk) ārstēšanas veidu/intervenci. Klients var piedalīties arī vairāk nekā vienā ārstēšanas epizodē gadā” (*Manchester University, 2010*) (SAMHSA, 2009).

### Mērķis

Noteikt, kad klients saņem to pašu ārstēšanu, lai izlemtu, vai par klientu ir atkārtoti jāziņo TDI ietvaros.

### Iekļaušanas kritēriji

- Visas darbības/procedūras, kas klientam sniegtas, lai risinātu narkotiku atkarības radītās problēmas, kuru dēļ ir uzsākta ārstēšana, ja vien tās tiek veiktas organizēti/plānoti. Šīs darbības var tikt veiktas ilgstošā laika posmā tajās pašās vai citās telpās. Darbības var tikt veiktas saskaņā ar iepriekš apstiprinātu plānu, vai tās var mainīt atkarībā no klienta vajadzībām un notikumu attīstības.
- Ja ārstēšana ir oficiāli pabeigta vai ja klients pats atsakās no turpmākas ārstēšanas<sup>4</sup> un pēc tam atkal uzsāk ārstēšanos, tiek ziņots par jaunu ārstēšanas epizodi.

### Izslēgšanas kritēriji

- Viena darbība plānotas/organizētas intervenču ķēdes ietvaros netiek uzskatīta par ārstēšanas epizodi.

### *Ārstniecības centrs/programma*

Kā noteikts iepriekš, narkotiku atkarības ārstniecības centrs/programma ir jebkura iestāde, kas ārstē narkotiku atkarību. Ārstniecības centri var būt specializēti centri, kas pievēršusies narkotiku lietotāju ārstēšanai, vai arī tie var ietilpt plašākos centros, kas risina dažādu klientu grupu vajadzības (piemēram, pacienti ar garīgās veselības traucējumiem, alkoholiķi u.c.). Ārstniecības centru darbība var balstīties arī uz medicīniskiem, nemedicīniskiem, valsts vai nevalstiskiem, sabiedriskiem vai privātiem centriem.

### Mērķis

Noteikt to iestāžu plašo loku, kurās klients saņem narkotiku atkarības ārstēšanu, neatkarīgi no saņemtā intervences veida. Tā kā indikatora mērķis ir noteikt klientus, kuriem ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, iestādes veids nav izšķirīgs faktors.

<sup>4</sup> Sk. definīciju „uzsāktās ārstēšanas noslēgšana”

Kā sīkāk paskaidrots tālākajā sadaļā “Metodoloģija”, ir svarīgi atcerēties, ka iepriekšējā TDI protokola versijā 2.0 par ārstniecības centra veidu tika sniegta detalizēta informācija. Protokola pašreizējā versijā šie dati tiek iekļauti tikai vienā veidlapā.

Ārstniecības centra veids nav datu ziņošanas uzmanības centrā. Ziņojumu veidlapās ir pāris tabulas, kur jāsniedz informācija par ārstniecības centra veidu.

### **Iekļaujamie centri**

*TDI ir noteikti šādi ārstniecības centru veidi:*

- ambulatori ārstniecības centri/programmas;
- stacionāri ārstniecības centri/programmas;
- ārstniecības vienības/programmas ieslodzījuma vietās;
- ģimenes ārsti;
- zemā sliekšņa aģentūras/programmas;
- cita veida ārstniecības centri/programmas (lūdzu, norādiet, kāda veida centri/programmas).

### **Ārstniecības centru veidu definīcijas**

- (a) Ambulatorie ārstniecības centri ir ārstniecības iestādes, kur klienti tiek ārstēti tikai pa dienu (un nepaliek pa nakti). Tie ietver sabiedriskus vai privātus centrus/klīnikas, kas var darboties vakarā, bet kas nestrādā naktī.
- (b) Stacionārie ārstniecības centri ir centri, kur klienti paliek pa nakti. Tie ietver ārstniecību nodrošinošas kopienas, privātās klīnikas, slimnīcu nodaļas un centrus, kas piedāvā apmešanās iespēju. Par stacionāro ārstniecības centru klientiem jāziņo, kad stacionārā notiek pirmā klienta un centra darbinieku saskare, TDI dati ir jāreģistrē šajā ārstniecības iestādē.
- (c) Ārstniecības vienības ieslodzījuma vietās ir dienesti, kas sniedz īpašus pakalpojumus ieslodzītajiem, kuriem ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas. Tie var ietvert:
  - narkotiku atkarības ārstēšanā specializējušās vienības, kam ieslodzījuma vietā ir atvēlētas telpas;
  - profesionāli (ieslodzījuma vietas štata vai ārštata darbinieki), kas nodrošina intervenču kopumu, kura mērķis ir risināt vai samazināt narkotiku lietotāju problēmas cietumā.
- (d) Ģimenes ārsti ir praktizējoši mediķi, kuri ārstē akūtas un hroniskas slimības un nodrošina preventīvo aprūpi un veselības izglītību. Viņi var ārstēt narkotiku lietotājus sadarbībā ar ambulatorajiem vai stacionārajiem narkotiku atkarības ārstēšanas dienestiem, un viņi var būt īpaši apmācīti narkotiku lietotāju ārstēšanā.
- (e) Zemā sliekšņa aģentūras ir centri/programmas, kuru mērķis ir novērst un samazināt ar narkotiku atkarību saistītos veselības apdraudējumus, jo īpaši ar asinīm pārnesto vīrusa infekciju un pārdozēšanas gadījumus, kā arī rosināt aktīvos narkotiku lietotājus sazināties ar veselības un sociālās aprūpes dienestiem.
- (f) Citi ārstniecības iestāžu veidi ir visi ārstniecības centri, kas sniedz narkotiku atkarības ārstēšanas pakalpojumus, kā norādīts iepriekš. Ja tiek atzīmēta kategorija “cita veida ārstniecības centri/programmas”, metodoloģiskajā informācijā ir jāapraksta un jānorāda ziņojuma iesniedzējas ārstniecības iestādes veids.

### **Izslēdzamie centri/programmas**

- Cita veida ārstniecības iestādes, ja tās nav iesaistītas narkotiku atkarības ārstēšanā, kā noteikts iepriekš (sk. ar ārstēšanu saistītās definīcijas)
- Centri/programmas, kas nodarbojas tikai ar informācijas izplatīšanu
- Centri/programmas, kas nodarbojas tikai ar adatu/šļirču apmaiņu
- Kā norādīts narkotiku atkarības ārstēšanas izslēgšanas kritērijos, sporādiska intervence attiecībā uz narkotiku lietotājiem ieslodzījuma vietās (piemēram, tikai informācija vai adatu izsniegšana un apmaiņa utt.) netiek iekļauta

- Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļa
- Vispārīgas sociālās aprūpes iestādes, kas nenodarbojas ar narkotiku lietošanas problēmu risināšanu

## **Metodoloģija**

Dati tiks paziņoti ENNUC, galveno uzmanību pievēršot klientiem, to iezīmēm un narkotiku, jo īpaši primāro narkotiku, lietošanas paradumiem. Ārstniecības centri/programmas, kas iepriekš bija galvenā ziņotās informācijas daļa, tagad ir tikai viens no rādītājiem. Galvenā uzmanība klientam tiek pievērsta vairāku iemeslu dēļ:

- Rādītāja mērķis ir epidemioloģisks, un tas pievēršas to klientu skaitam un iezīmēm, kuri uzsāk narkotiku atkarības ārstēšanu, kā netiešam problemātiskās narkotiku lietošanas rādītājam.
- Datu vākšana Eiropas līmenī 10 gadu garumā liecina, ka 80% klientu, par kuriem ENNUC saņem ziņas, saņem ambulatoro ārstēšanu, bet pārējie ārstniecības centru veidi (izņemot cietumu) parasti nav ārstēšanas uzsākšanas vieta, lai gan tie tiek izmantoti vēlākos ārstniecības programmas posmos.
- Daudzās valstīs ģimenes ārsti, zemā sliekšņa aģentūras un cita veida ārstniecības iestādes nav galvenie narkotiku atkarības ārstēšanas pakalpojumu sniedzēji, kaut arī viņi narkotiku lietotājiem var sniegt vērtīgu palīdzību. Līdz ar to tikai dažas valstis var sniegt šādu informāciju, kas apgrūtina tās analīzi Eiropas līmenī.
- Pēc ārstniecības centra veida var veikt tikai specifiskas informācijas analīzi. Ir sarežģīti detalizēti salīdzināt ārstniecības centru veidus, jo jāņem vērā ārstēšanas organizācijas atšķirības katras valsts līmenī.

## ***Primārās narkotikas***

Primārās narkotikas ir narkotikas, kas klientam ārstēšanas sākumā rada vislielākās problēmas. Tās visbiežāk tiek noteiktas pēc klienta lūguma un/vai pēc terapeita noteiktās diagnozes, parasti izmantojot starptautiskus standartinstrumentus (piemēram, SSK-10, DSM-IV<sup>5</sup>, ASI) vai klīnisku novērtējumu. Šī ir svarīga informācija, un to būtu nepieciešams ievākt par katru klientu.

## **Mērķis**

Noteikt klientu primārās narkotikas, izvērtējot klientu profilu un narkotiku lietošanas paradumu tendences laika gaitā. Šis rādītājs nodrošina, ka tiek uzkrāta informācija par svarīgākajām narkotiku lietotāju problēmām, raugoties no epidemioloģiskā viedokļa.

## **Iekļaušanas kritēriji**

- Primārās narkotikas ir narkotikas, kas klientam rada vissmagākās problēmas (fiziskās, garīgās, sociālās utt.).
- Primārās narkotikas ir galvenais iemesls, kāpēc klients ir uzsācis ārstēšanos.
- Primārās narkotikas var attiekties uz jebkādiem ļaunprātīgi lietotiem medikamentiem, ja to lietošana nav saskaņā ar ārsta norādījumiem.
- Primārās narkotikas ietver jebkāda veida narkotikas, kas norādītas primāro narkotiku sarakstā (sk. turpinājumā).

## **Izslēgšanas kritēriji**

- Alkoholu var reģistrēt tikai kā sekundāro narkotisko vielu, kas tiek lietota paralēli primārajām narkotikām (sk. sadaļu “Sekundārās narkotikas”)

<sup>5</sup> Jāatzīmē, ka DSM-IV šobrīd tiek pārskatīta, un pārskatītajai versijai (DSM-V) jābūt pieejamai tuvākajā laikā.

- Tabaka
- Visi psihoaktīvie medikamenti un narkotikas, kas tiek izmantotas tikai medicīniskos nolūkos saskaņā ar ārsta norādījumiem un medicīnisko praksi.

### **Metodoloģija**

Lēmumam par primāro narkotiku veida noteikšanu ir jābalstās uz profesionāla diagnozi un klienta lūgumu.

Kritēriji, pēc kuriem nosaka primāro narkotiku veidu, nav mainījušies un atbilst TDI protokolā 2.0 izmantotajiem datu ziņošanas kritērijiem. Lai sniegtu papildu informāciju, ir iekļauts jauns rādītājs par vairāku narkotiku lietošanu, tomēr tas neaizstāj citus rādītājus.

Ja konkrēts narkotiku veids nav zināms (piemēram, amfetamīni vai MDMA un atvasinājumi), jānorāda vispārējā kategorija (piemēram, “Citi simulanti, kas nav kokaīns”).

Kategorija “Nav zināms” jāizmanto tikai izņēmuma gadījumos.

### ***Sekundārās narkotikas***

Sekundārās narkotikas ir narkotikas, kas tiek lietotas papildus primārajām narkotikām, kā arī rada problēmas klientam un/vai maina klienta un terapeita noteiktās problēmas veidu.

### **Mērķis**

Noteikt citus narkotiku veidus, kas klientam rada problēmas.

### **Iekļaušanas kritēriji**

- Visas narkotikas, kas klientam var radīt veselības un sociālā stāvokļa problēmas, bet kas netiek klasificētas kā primārās narkotikas
- Alkohols

### **Izslēgšanas kritēriji**

- Tabaka
- Vielas, ko klients lieto, bet kas neapdraud viņa stāvokli
- Saskaņā ar ārsta norādījumiem un medicīnisko praksi lietotie medikamenti

### **Metodoloģija**

Sekundārās narkotikas ir vielas, kuras klients lieto un kas viņam rada problēmas. ENNUC ir jāziņo par ne vairāk kā četriem sekundāro narkotiku veidiem. Tomēr valstīs pastāv atšķirīga reģistrēšanas kārtība, un tās var reģistrēt dažādu skaitu sekundāro narkotiku. Tādā gadījumā metodoloģiskajā informācijā ir nepieciešams norādīt, cik vielas tiek reģistrētas vienam klientam.

### ***Vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanas (polydrug use) problēma***

Informācija par vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanas problēmu nav obligāta un papildina par primārajām narkotikām sniegto informāciju. Vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanas problēma vienmēr jāizvērtē pēc tam, kad ir noteikts primāro narkotiku veids, ievērojot vadlīnijas un noteikto kārtību.

## **Mērķis**

Vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanas problēmas rādītāja mērķis ir noteikt vai klients ir problemātisks narkotiku lietotājs, kurš vienlaikus lieto vairāk nekā vienu narkotisko vielu, un kura primāro vielu ir ļoti grūti noteikt. Šī jēdziena lietošanai gan būtu jābūt ļoti ierobežotai, jo Starptautiskā slimību klasifikatora 10.versijā (SSK-10), kurā vairāku narkotiku lietošana vienlaicīgi (*polydrug use*) definēta kā daudzu narkotiku lietošana (*multiple drug use*), šī apzīmējuma izmantošanu attiecina uz gadījumiem, “kad ir zināms, ka ir iesaistītas divas vai vairāk psihoaktīvās vielas, bet nav iespējams izvērtēt, kura viela rada vislielāko kaitējumu.” Šāds secinājums ir pilnībā klīnisks, tāpēc tā izmantošana ir ierobežota.

## **Iekļaušanas kritēriji**

- Klienti, kuru paradums ir vairāku narkotisko vielu lietošana vienlaicīgi, kas klientam rada nopietnas veselības problēmas, un kuru primārās narkotikas ir ļoti grūti noteikt.
- Šī informācija jāievāc tikai pēc tam, kad primārās narkotikas ir noteiktas, kā iepriekš norādīts protokolā 2.0, pat ja atsevišķos gadījumos ir zināmas grūtības. Jāturpina pielietot esošie noteikumi un kārtība primāro narkotiku noteikšanai.

## **Izslēgšanas kritēriji**

- Klienti, kuri lieto viena veida narkotikas
- Klienti, kuri lieto vairāku veidu narkotikas, bet tikai viena veida narkotikas rada problēmas
- Klienti, kuri lieto vairāku veidu narkotikas, kuras rada problēmas, bet starp tām ir iespējams izšķirt vienu vielu, kuras lietošana rada vislielākās problēmas.

## **Metodoloģija**

Daudzu narkotiku lietošana *per se* neveido vairāku narkotiku vienlaicīgas lietošanas problēmu TDI protokola izpratnē. Klients tiek atzīt par vienlaicīgi vairāku narkotiku problemātisku lietotāju, ja vairāk nekā viena veida narkotikas klientam rada sistemātiskas problēmas tā, ka ir grūti skaidri noteikt vienu vielu, kura rada vislielākās problēmas.

### TDI protokola 3.0 pieejas pamatojums

Vairāku narkotiku lietošanu var izteikt dažādi, tostarp kā dažādu vielu lietošanu vienā laika posmā (piemēram, pēdējo 30 dienu laikā), bet bez noteiktas farmakoloģiskās mijiedarbības, vai tā var būt arī vairāku, kopā sajauktu vielu lietošana vienlaicīgi (piemēram, heroīns un kokaīns vienā injekcijā) vai īsā laika sprīdī. Tāpat tā var nozīmēt vienas vielas regulāru aizstāšanu ar citu atkarībā no pieejamības (piemēram, opioīdi un benzodiazepīni).

“Primāro narkotiku” jēdziena vienkārša aizstāšana var radīt ļoti lielu risku, ka valstu apkopotajos un ziņotajos datos ir būtiskas novirzes, kas tos padara nesalīdzināmus un praktiski neinterpretējamus. Pastāv arī ievērojams risks, ka pašreizējā vēsturiskā prakse tiek pilnībā pārtraukta. Dažas valstis, kuras centās ievākt datus par “vairāku narkotiku” lietošanu, saskārās ar lieliem sarežģījumiem. Un visbeidzot, vairums Eiropas un citas valstis gadiem ilgi ir spējušas noteikt primārās narkotikas, par spīti atsevišķām grūtībām. Jebkāda šī jēdziena grozīšana ir jādara ar ārkārtīgi lielu piesardzību, jo tā var radīt būtiskas izmaiņas attiecībā uz visām analīzēm, tendencēm un citām uz TDI datiem balstītām metodoloģijām.

Prakse, kad primārās narkotikas netiktu norādītas, radītu lielas atšķirības starp valstīm datu ziņošanas un informācijas zuduma izpratnē. Tāpēc izmantotā pieeja ļauj iegūt papildu informāciju par vairāku narkotiku lietošanas problēmām, tajā pašā laikā saglabājot primāro narkotiku konceptu un konsekveni ar jau esošajiem datiem starp valstīm.

Šāda situācija ārstniecības datu jomā nav unikāla. Līdzīgi jautājumi ir radušies arī attiecībā uz mirstības datiem. PVO 2002.–2003. gada atjauninātajā SSK-10 risināja šo pašu problēmu attiecībā uz nāves gadījumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanu. Rezultātā tika izstrādāts narkotiku saraksts, lai varētu noteikt bīstamākās narkotikas (gadījumos, ja ārsts nespēj nonākt pie viena secinājuma).

ENNUC Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu (DRD) indikatora aprēķināšanas standartprotokolu 3.2 skatīt:

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

PVO atjaunoto SSK-10 skatīt:

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

## *HIV vai HCV testa izmantošana*

HIV un HCV testa izmantošana sniedz pamatinformāciju par to, cik viegli ir saņemt aprūpi klientiem, kuriem tiek ārstēta narkotiku atkarība (pārsvarā injicējamo narkotiku lietotājiem).

### **Mērķis**

Informācija ir noderīga, lai salīdzinātu un papildinātu datus ar informāciju par klienta injicēšanas paradumiem (informācija tiek ievākta TDI ietvaros un arī no citiem informācijas avotiem par infekciju slimībām — 9. standarttabula). Mērķis ir iegūt pilnīgāku un uzticamāku priekšstatu par to, kādā līmenī infekciju slimību testēšana tiek veikta klientiem, kuri saņem ārstēšanu.

### **Metodoloģija**

Ir ļoti svarīgi zināt, kāds ir klienta injicēšanās statuss (jebkad *versus* nekad); dati vienmēr jāsniedz kategorijās pēc injicēšanas statusa un pēc narkotikām.

Sadarbībā ar valstīm TDI un ar narkotiku lietošanu saistītā infekcijas slimību (DRID) rādītāja ietvaros ziņotās informācijas konsekvence tiks detalizēti izvērtēta.

## *Adatu/šļirču kopīga lietošana*

Ir vairāki piederumu koplietošanas veidi (adata, šļirces, filtri, narkotiku šķīdumi, piederumu aizdošana/aizņemšanās, koplietošana ar partneri, koplietošana ar draugiem utt.), kas liecina par riskantu uzvedību. Adatu un šļirču koplietošana ir tikai viens no riskantas uzvedības veidiem.

Eiropas uzraudzības sistēmā nav iespējams ietvert visus iespējamus narkotiku lietošanas piederumu koplietošanas veidus. Valsts un vietējā līmenī var ievākt daudz detalizētāku informāciju, jo īpaši, ja ir liela infekciju slimību izplatība vai ja pastāv pieaugošas izplatības risks. Tomēr ENNUC ir jāsniedz informācija tikai par adatu un šļirču koplietošanu. Eiropas līmenī detalizētāka informācija tiek iegūta, izmantojot citus instrumentus (jo īpaši 9. standarttabulu).

### **Mērķis**

Ievākt pamatinformāciju par svarīgu riskantu uzvedību (adatu un šļirču koplietošana), kas var radīt infekciju slimību izplatīšanos.

### **Iekļaušanas kritēriji**

- Visi klienti, kuri jebkad ir injicējuši narkotikas.

### **Izslēgšanas kritēriji**

- Visi klienti, kuri nekad nav injicējuši narkotikas.

### **Metodoloģija**

Informācija jāievāc par visām personām, kas jebkad injicējušas kādas narkotikas.



## *Opioīdu aizstājterapija (OST)*

Opioīdu aizstājterapija ir ilgtermiņa intervence, kurā tiek izmantots agonists; intervences mērķis ir samazināt vai izbeigt neatļauto opioīdu lietošanu vai samazināt kādas noteiktas lietošanas metodes radīto kaitējumu un blakus traucējumus.

### **Mērķis**

Labāk noteikt OST pieejamības līmeni. Pārbaudīt vai klients, kurš atkārtoti uzsāk ārstēšanu, saņem vai ir iepriekš saņēmis OST. Tiks sniegta arī informācija par OST mūža garumā tiem klientiem, kuri uzsāk ārstēšanu saistībā ar citu problemātisko narkotiku lietošanu, un laiku, kas pagājis kopš pirmās OST.

### **Iekļaušanas kritēriji**

- Klienti, kuri ārstēšanu ir saņēmuši pirms konkrētā ziņošanas perioda.

### **Izslēgšanas kritēriji**

- Klienti, kuri pirms konkrētā ziņošanas perioda nekad nav saņēmuši ārstēšanu.

### **Metodoloģija**

Ir svarīgi pārbaudīt, vai klients saņem OST un vai par klientu tiek sniegtas ziņas, ka viņš neatļauti lieto to pašu vai kādu citu aizstājterapijas vielu. Šāda informācija noder apstiprināšanai un ārstēšanas piemērotības pārbaudīšanai.

## Rādītāju uzskaitījums

### 1. Ārstniecības centra/programmas veids

1. ambulatori ārstniecības centri/programmas;
2. stacionāri ārstniecības centri/programmas;
3. ārstniecības vienības/programmas ieslodzījuma vietās;
4. ģimenes ārsti/programmas;
5. zemā sliekšņa aģentūras/programmas;
6. cits (lūdzu, norādiet, kāda veida ārstniecības centrs/programma);
99. nav zināms

### Metodoloģija

Norādītie seši ārstniecības centra veidi ir izplatītākie, un tajos tiek reģistrēts visvairāk klientu un ievākts visvairāk datu; arī iesaistīšanās ārstēšanas sistēmā visbiežāk notiek šajos centros.

Ārstniecības vienības ieslodzījuma vietās ir svarīga ārstēšanas uzsākšanas vieta daudziem narkotiku lietotājiem, kas citādi ārstēšanā netiku iesaistīti. Turklāt narkotiku jautājumam ieslodzījuma vietās Eiropas politikas mērogā ir piešķirta liela nozīme, un tas ir izpelnījies īpašu uzmanību.

Skaidrojumu ārstēšanai un ārstniecības centru klasifikācijai, kas nav iekļauti iepriekš norādītajās grupās, meklējiet definīcijā “Narkotiku atkarības ārstēšana” un “ārstniecības centrs/programma”.

Jāatzīmē, ka datu ziņošanas veidlapā iedalījums pēc ārstniecības centra veida nav uzmanības centrā, patiesībā tiek izšķirti tikai daži ārstniecības centra veidi.

### 2. Ārstēšanas gads

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

### Metodoloģija

Ārstēšanas uzsākšanas datums ir svarīgs, lai ziņošanas vajadzībām varētu veikt tendenču analīzi laika gaitā un atsevišķiem laika posmiem (ārstēšanas epizodēm). Tas nodrošina ārstniecības datu dinamisku analīzi.

ENNUC nav jāziņo par mēnesi, kurā uzsākta ārstēšana, bet šīs ziņas ir jāreģistrē valsts un ārstniecības centra līmenī, lai izvairītos no situācijas, kad persona vienā ziņošanas periodā tiek uzskaitīta vairākas reizes.

### 3. Iepriekšēja ārstēšana

1. nav iepriekšējas ārstēšanas
2. ir iepriekšēja ārstēšana
99. nav zināms

### Metodoloģija

Sk. definīciju “Pirmreizēja ārstēšana” sadaļā, kur sniegts skaidrojums par klientiem, kuri iepriekšējā ziņošanas periodā nav saņēmuši ārstēšanu. Ja klients vienā ziņošanas periodā ārstēšanu ir uzsācis vairāk nekā vienu reizi, ir jāziņo tikai par pirmo ārstēšanas epizodi. Cita iepriekšēja ārstēšana var attiekties uz tādu narkotiku atkarības ārstēšanu, kas nav šobrīd lietotās primārās narkotikas. Valsts ietvaros, ievērojot katras valsts iespējas, pēc iespējas vairāk jāizvairās no dubultas uzskaites.

#### 4. *Nosūtītājs*

1. tiesa/probācijas dienests/policija
  2. ģimenes ārsts
  3. cits narkotiku atkarības ārstniecības centrs
  4. cits medicīnas, veselības vai sociālās aprūpes dienests
  5. izglītības iestāde
  6. pašiniciatīva, ģimene, draugi utt./nav iesaistīta cita aģentūra/iestāde
  7. cits (lūdzu, norādiet)
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Informācija par nosūtītāju sniedz ieskatu par to, kā klients ir nonācis līdz narkotiku atkarības ārstēšanai. Analīze, kas pēdējos 10 gadus veikta Eiropā, ir pierādījusi, ka ir svarīgi izprast, kādi pakalpojumi, neskaitot narkotiku atkarības ārstēšanas pakalpojumus, ir iekļauti ārstēšanas nosūtījumā. Šī rādītāja mērķis ir noskaidrot, cik lielā mērā citas aģentūras, veselības un sociālās aprūpes dienesti un iestādes iesaistās klienta nosūtīšanā. Dati par nosūtītāju ir svarīgi arī tāpēc, lai varētu noteikt ar likumu noteiktās ārstēšanas apmēru. “Nosūtītājs” ir avots, kam ir bijusi vislielākā ietekme, nosūtot klientu uz ārstniecības iestādi.

#### 5. *Dzimums*

1. vīrietis
  2. sieviete
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Pamata epidemioloģiskā informācija.

#### 6. *Vecums, uzsākot ārstēšanu (gados)*

Vecums: /\_\_\_/\_\_\_/  
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Pamata epidemioloģiskā informācija.

#### 7. *Sadzīves apstākļi (ar ko kopā dzīvo)*

1. viens pats
  2. ar pirmo ģimeni (vecāki utt.)
  3. ar partneri/bērniem
  4. ar draugiem vai citiem cilvēkiem (bez radniecības saitēm)
  5. ieslodzījuma vieta
  6. iestādes/patversmes (kas nav ieslodzījuma vietas)
  7. cits
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Sadzīves apstākļu rādītāja “ar ko kopā dzīvo” aspekta galvenais mērķis ir netieši izvērtēt klienta attiecību statusu. Ja klientam vienā periodā ir vairāki sadzīves apstākļi, uzmanība jāpievērš valdošajai situācijai.

Sadzīves apstākļi attiecas uz pašreizējo situāciju — 30 dienas pirms ārstēšanas uzsākšanas.

## 8. Narkotiku lietotāji ar bērniem

1. nav bērnu
2. ir bērni
  - 2.1 nedzīvo kopā ar bērniem
  - 2.2 dzīvo kopā ar bērniem
99. nav zināms

### Metodoloģija

Šis rādītājs izvērtē, vai klientam ir bērni un kādi ir narkotiku lietotāja un bērnu sadzīves apstākļi. Ar vārdi “bērni” jāsaprot visu vecumu bērni, gan bioloģiskie, gan citi bērni.

## 9. Sadzīves apstākļi (kur)

1. noteikta dzīvesvieta
2. bez noteiktas dzīvesvietas/bezpajumtnieks
3. ieslodzījuma vieta
4. cits
99. nav zināms

### Metodoloģija

Sadzīves apstākļu rādītāja “kur” aspekts uzmanību pievērš sadzīves apstākļu stabilitātei. Klienti bez noteiktas dzīvesvietas ir klienti, kuri pirms ārstēšanas uzsākšanas ir dzīvojuši dažādās vietās (pie draugiem, uz ielas, patversmē u.c.), pārvākušies no vienas vietas uz otru. Ja klients dzīvo kādā iestādē, ziņojot par šo klientu, jāatzīmē 4. kategorija (“cits”) un jānorāda konkrētā iestāde. Ja klientam vienā periodā ir vairāki sadzīves apstākļi, uzmanība jāpievērš valdošajai situācijai.

Sadzīves apstākļi attiecas uz pašreizējo situāciju — 30 dienas pirms ārstēšanas uzsākšanas.

## 10. Nodarbinātības statuss

1. neregulārs darbs
2. regulārs darbs
3. students
4. bezdarbnieks/ilgtermiņa bezdarbnieks
5. saņem sociālos pabalstus/pensionārs/mājsaimnieks/invalīds
6. cits
99. nav zināms

### Metodoloģija

Nodarbinātības statuss sniedz svarīgu informāciju par klienta ekonomisko un sociālo integrāciju ikdienas dzīvē. Protokols pēc iespējas vairāk atbilst *Eurostat* standartiem, lai nodrošinātu salīdzināmību ar statistiku par vispārējo sabiedrību un izvairītos no kategoriju pārklāšanās (piemēram, bezdarbnieks un neaktīvs). *Eurostat* noteiktās oficiālās statistikas kategorijas par nodarbinātības statusu:

- Nodarbināts: persona, kura pēdējo 30 dienu laikā ir strādājusi vismaz vienu stundu (par atalgojumu, labumu vai ieguvumu ģimenei)
  - Neregulāri: ja darbs ir reti, neregulāri vai notiek fragmentāri
  - Regulāri: ja darbs ir bieži, regulāri un/vai balstīts uz rakstisku līgumu
- Studenti: personas, kuras apmeklē skolu

- **Bezdarbnieks:** persona, kura nestrādā un nemeklē darbu aktīvi; ilgtermiņa bezdarbnieks: persona, kura nestrādā un nemeklē darbu, jo iepriekš nav varējusi atrast darbu
- **Saņem sociālos pabalstus/pensionārs/mājsaimnieks/invalīds:** persona, kas saņem sociālos pabalstus, jo ir pensionārs, invalīds, vai mājsaimnieks

Nodarbinātības statuss attiecas uz 30 dienu periodu pirms ārstēšanas uzsākšanas epizodes.

### 11. Augstākais iegūtās izglītības līmenis

1. nekad nav gājis skolā/nav beidzis pamatskolu (= ISCED 0)
2. pamatskolas izglītība (= ISCED 1)
3. vidusskolas izglītība (= ISCED 2 un ISCED 3)
4. augstākā izglītība (= ISCED 4–6)
99. nav zināms/nav

### Metodoloģija

Izglītība ir svarīga sociālekonomisko datu kategorija. Vēlama stingra atbilstība ISCED<sup>6</sup> (Starptautiskā standartizētā izglītības klasifikācija), kā arī izglītības pielīdzināšanas principiem, kas valstī tiek izmantoti, lai nodrošinātu izglītības statistiskās informācijas ziņošanu starptautiskā līmenī.

### 12. Primārās narkotikas<sup>7</sup>

1. *Opioīdi*
  - 1.1. heroīns
  - 1.2. metadona ļaunprātīga lietošana
  - 1.3. buprenorfīna ļaunprātīga lietošana
  - 1.4. fentanila neatļauta/ļaujamā lietošana
  - 1.5. citi opioīdi (lūdzu, norādiet)
2. *Kokaīns*
  - 2.1. kokaīna pulveris (HCl)
  - 2.2. kreka kokaīns
  - 2.3. cits (lūdzu, norādiet)
3. *Stimulanti, kas nav kokaīns*
  - 3.1. amfetamīni
  - 3.2. metamfetamīni
  - 3.3. MDMA un atvasinājumi
  - 3.4. sintētiskie katinoni
  - 3.5. citi stimulantu (lūdzu, norādiet)
4. *Hipnotiķi un sedatīvi*
  - 4.1. barbiturātu ļaunprātīga lietošana
  - 4.2. benzodiazepīnu ļaunprātīga lietošana
  - 4.3. GHB/GBL
  - 4.4. citu hipnotiķu un sedatīvu ļaunprātīga lietošana (lūdzu, norādiet)
5. *Halucinogēni*
  - 5.1. LSD
  - 5.2. ketamīns
  - 5.3. citi halucinogēni (lūdzu, norādiet)
6. *Gaistošie inhalanti*
7. *Marihuāna*

<sup>6</sup> Jāatceras, ka ISCED šobrīd tiek pārskatīta, jāņem vērā pārskatītā gala versija.

<sup>7</sup> Jāievēro, ka vairākas sarakstā minētās vielas var tikt izgatavotas nelegāli (piemēram, fentanils vai daži amfetamīni) vai novirzīti no likumīgiem avotiem. Šī protokola ietvaros ir ietverti abi iegūšanas avoti.

8. *Citas vielas (lūdzu, norādiet, kuras)*

99. *Nav zināms*

## **Metodoloģija**

“Primārās narkotikas” ir narkotikas, kas klientam, kā noteikts saskaņā ar klienta lūgumu un/vai profesionāļa novērtējumu, rada vislielākās problēmas.

Šī sadaļa jāaizpilda vienmēr, neatkarīgi no tā, vai pēc tam tiek izskatīts jautājums, vai klientam ir vairāku narkotiku lietošanas problēma (tā ir papildu informācija).

Protokolā ir iekļauti daži jauni narkotiku veidi. Tās ir vielas, kas narkotiku tirgū ir parādījušās pēdējo gadu laikā un kur ievērojams skaits cilvēki ir uzsākuši ārstēšanos, saistībā ar šo vielu lietošanu izraisītām problēmām. Klasifikācija nav veidota saskaņā ar vielu zinātnisko klasifikāciju pēc to ķīmiskā sastāva vai psihoaktīvās iedarbības (piemēram, ir izdalīti kokaīns un citi stimulantu), lietošanas veida vai citas zinātniskās kategorijas. Tā vietā ir izmantota pragmatiska klasifikācija, lai palīdzētu ārstniecības centros strādājošiem profesionāļiem reģistrēt datus.

Saskaņā ar klienta lūgumu un profesionāļa novērtējumu norādītas tikai tās vielas, kas klientam rada problēmas.

Narkotiku grupēšana nenotiek tikai pamatojoties uz farmaceitiskiem kritērijiem, bet arī ņemot vērā narkotiku atkarības ārstēšanas profesionāļu pieredzi.

“Citi opioīdi” ietver visus opioīdus, kas nav iekļauti iepriekšminētajās kategorijās (piemēram, “poļu heroīns”). Primāro narkotiku sarakstā iekļautais fentanils ietver gan nelegālajā tirgū ražoto vielu, gan medicīniskos produktus, kas tiek lietoti bez ārsta norādījuma.

Metodoloģiskajā informācijā jāiekļauj primāro vielu detalizēts apraksts.

Primāro narkotiku sarakstā nav iekļautas šādas vielas:

- tabaka
- alkohols (iekļauts sekundāro narkotiku sarakstā)
- medicīniskiem nolūkiem lietotās vielas saskaņā ar ārsta norādījumiem

Ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms ārstēšanas uzsākšanas, izņemot klientus, kuri ir izstājušies no ārstēšanas, nav lietojuši narkotikas vai pirms ārstēšanas uzsākšanas ir atradušies ieslodzījuma vietā. Šādos gadījumos periods par primārajām narkotiskajām vielām attiecas uz 30 dienu periodu pirms izstāšanās no ārstēšanas, pirms narkotiku lietošanas pārtraukšanas vai pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā.

### *13. Primāro narkotiku parastais lietošanas veids*

1. injicējot
  2. smēķējot/ieelpojot
  3. ēdot/dzerot
  4. šņaucot
  5. cits
99. nav zināms

## **Metodoloģija**

“Injicēšana” ir narkotiku lietotāju riska uzvedības galvenā izpausme. Tās noteikšana ir īpaši svarīga saistībā ar infekciju (hepatīts, HIV) un citu slimību izplatību un ievainojumiem;

injicēšanas paradumu samazināšana ir daudzu kaitējuma samazināšanas programmu galvenais mērķis. “Parastais lietošanas veids” ir primāro narkotiku lietošanas veids.

“Smēķējot/ieelpojot” – nozīmē vielas uzņemšanu caur elpceļiem (caur degunu vai traheju), šis uzņemšanas veids ir saistīts ar tvaikveida vielām. “Šņaucot” attiecināms uz pulverveida vielas uzņemšanu caur degunu.

Ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms ārstēšanas uzsākšanas, izņemot klientus, kuri ir izstājušies no ārstēšanas, nav lietojuši narkotikas vai pirms ārstēšanas uzsākšanas ir atradušies ieslodzījuma vietā. Šādos gadījumos periods ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms izstāšanās no ārstēšanas, pirms narkotiku lietošanas pārtraukšanas vai pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā.

#### *14. Primāro narkotiku lietošanas biežums:*

1. katru dienu
2. 4–6 dienas nedēļā
3. 2-3 dienas nedēļā
4. vienu reizi nedēļā vai retāk
5. nav lietots pēdējo 30 dienu laikā
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Primāro narkotiku lietošanas biežums norāda uz narkotiku atkarības smagumu.

Ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms ārstēšanas uzsākšanas, izņemot klientus, kuri ir izstājušies no ārstēšanas, nav lietojuši narkotikas vai pirms ārstēšanas uzsākšanas ir atradušies ieslodzījuma vietā. Šādos gadījumos periods ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms izstāšanās no ārstēšanas, pirms narkotiku lietošanas pārtraukšanas vai pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā.

#### *15. Vecums, kad pirmo reizi lietotas primārās narkotikas (gados)*

Vecums: /\_\_\_\_\_/

99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Narkotiku lietošanas negatīvā ietekme laika gaitā parasti pieaug. Narkotiku lietošanas ilgumu var aprēķināt pamatojoties uz vecumu, kad klients sācis lietot narkotikas, un vecumu ārstēšanas uzsākšanas brīdī. Epidemioloģiskā ziņā, vecums pirmās lietošanas reizes brīdī liecina par vecumu, kad ir vislielākais risks sākt lietot narkotikas. Tendenci konstatēšana ilgtermiņā var palīdzēt preventīvu pasākumu izstrādē.

#### *16. Sekundārās narkotikas<sup>8</sup>*

##### *1. Opioīdi*

- 1.1. heroīns
- 1.2. metadona ļaunprātīga lietošana
- 1.3. buprenorfīna ļaunprātīga lietošana
- 1.4. fentanila neatļauta/ļaunprātīga lietošana
- 1.5. citi opioīdi (lūdzu, norādiet)

<sup>8</sup> Uz sekundārajām narkotikām attiecas tie paši vielas izcelsmes kritēriji kā primārajām narkotikām (nelegāla ražošana vai novirzīšana).

2. *Kokaīns*
  - 2.1. kokaīna pulveris (HCl)
  - 2.2. kreka kokaīns
  - 2.3. cits (lūdzu, norādiet)
3. *Stimulanti, kas nav kokaīns*
  - 3.1. amfetamīni
  - 3.2. metamfetamīni
  - 3.3. MDMA un atvasinājumi
  - 3.4. sintētiskie katinoni
  - 3.5. citi stimulanti (lūdzu, norādiet)
4. *Hipnotiķi un sedatīvi*
  - 4.1. barbiturātu ļaunprātīga lietošana
  - 4.2. benzodiazepīnu ļaunprātīga lietošana
  - 4.3. GHB/GBL
  - 4.4. citu hipnotiķu un sedatīvu ļaunprātīga lietošana (lūdzu, norādiet)
5. *Halucinogēni*
  - 5.1. LSD
  - 5.2. ketamīns
  - 5.3. citi halucinogēni (lūdzu, norādiet)
6. *Gaistošie inhalanti*
7. *Marihuāna*
8. *Alkohols kā sekundārās narkotikas*
9. *Citas vielas (lūdzu, norādiet, kādas)*
99. *Nav zināms*

## **Metodoloģija**

Saskaņā ar klienta lūgumu un profesionāļa novērtējumu norādītas tikai tās vielas, kas klientam rada problēmas.

Ja klients nelieto sekundārās narkotikas, šī sadaļa jāatstāj neaizpildīta.

Informāciju var sniegt ne vairāk kā par četrām narkotikām. Datu ziņošanas veidlapā ir jānorāda, par cik narkotiku veidu lietošanu ir ziņojusi katra persona.

ENNUC ziņošanas ietvaros informācija par sekundārajām narkotikām tiek sniegta, ievērojot to klīnisko nozīmību klienta narkotiku atkarības problēmā. Tikai tad, ja nav iespējams noteikt klīnisko nozīmību, tiek izmantota šāda sekundāro narkotiku norādīšanas secība (ja ir ievākta attiecīgā informācija): sākumā injicējamās vielas, pēc tam — vielas pēc lietošanas biežuma. Ja neviena no iepriekšminētajām metodēm nav iespējama, tiek izmantota vielu sarakstā norādītā kārtība.

Ziņošanas veidlapas metodoloģiskās informācijas daļā jāizskaidro izmantotie kritēriji.

Alkohols ir iekļauts kā sekundāri lietotā viela.

Tabaka un narkotiskās vielas, kas lietotas medicīniskos nolūkos un saskaņā ar ārsta norādījumiem, netiek iekļautas.

“Citi opioīdi” ietver visus opioīdus, kas nav iekļauti iepriekšminētajās kategorijās (piemēram, “poļu heroīns”).



Ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms ārstēšanas uzsākšanas, izņemot klientus, kuri ir izstājušies no ārstēšanas, nav lietojuši narkotikas vai pirms ārstēšanas uzsākšanas ir atradušies ieslodzījuma vietā. Šādos gadījumos periods ziņas par primārajām narkotikām attiecas uz 30 dienu periodu pirms izstāšanās no ārstēšanas, pirms narkotiku lietošanas pārtraukšanas vai pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā.

### *17. Vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanas (polydrug use) problēma*

1. jā
2. nē
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

“Vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanas problēma” ir tad, ja klienta narkotiku atkarības problēmā vienlaikus ir iesaistītas divas vai vairāk narkotikas un ja ir ļoti sarežģīti noteikt, kura viela ir primārā, kuras dēļ klients ir uzsācis konkrēto ārstēšanu. Līdzīgi kā SSK-10, šī jēdziena lietošana ir ļoti ierobežota (sk. “Definīcijas”).

Šī sadaļa ir jāaizpilda vienmēr, pat tad, ja tiek lietots viens narkotiku veids (vai ja ar saprātīgu precizitāti starp vairākām lietotajām narkotikām var noteikt primārās narkotikas) un ja klients nav vienlaicīgi vairāku narkotiku lietotājs (šādā gadījumā atbilde uz jautājumu ir “Nē”).

Tomēr pat gadījumos, kad ir ļoti grūti noteikt klienta primārās narkotikas, primārās narkotikas ir jānosaka, ievērojot vadlīnijās sniegtos norādījumus un valstī izmantoto noteikto kārtību (piemēram, klienta lūgums, klīniskais novērtējums, atkarības standartskala, lietošanas biežums, atrunātā vielu hierarhija utt.).

Ziņas par vienlaicīgi vairāku narkotiku lietošanu attiecas uz 30 dienu periodu pirms ārstēšanas uzsākšanas, izņemot klientus, kuri ir izstājušies no ārstēšanas, nav lietojuši narkotikas vai pirms ārstēšanas uzsākšanas ir atradušies ieslodzījuma vietā. Šādos gadījumos periods ziņas attiecas uz 30 dienu periodu pirms izstāšanās no ārstēšanas, pirms narkotiku lietošanas pārtraukšanas vai pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā.

### *18. Opioīdu aizstājterapija (OST)*

1. nekad nav saņemta OST
2. ir saņemta OST
99. nav zināms

#### **Metodoloģija**

Ar OST apzīmē “aizstājterapiju”, kas ir “rūpīgi izvērtētu opioīdu agonistu lietošana. To veic pieredzējuši un sertificēti profesionāļi atbilstoši atzītai medicīniskās palīdzības praksei, ar mērķi sasniegt noteiktus ārstēšanas mērķus”. Šāda veida ārstēšana bieži vien tiek veikta kombinācijā ar psihosociālo palīdzību. Šis rādītājs palīdz noteikt aizstājterapijas pieejamības līmeni un sniedz informāciju par to klientu opioīdu aizstājterapiju mūža garumā, kuri uzsāk ārstēšanu citu narkotisko vielu problemātiskas lietošanas dēļ.

Jāziņo tikai par tiem klientiem, kuri iepriekš ir ārstējušies.

### *19. Vecums, kad pirmo reizi saņemta opioīdu aizstājterapija (gados)*

Vecums, saņemot pirmo OST / \_\_\_\_\_ /

99. Nav zināms

## Metodoloģija

Šis rādītājs kombinācijā ar datiem par vecumu, kad pirmo reizi lietotas primārās narkotikas, un vecumu, kad pirmo reizi injicētas narkotikas, atvieglos informācijas sniegšanu par to klientu opioīdu aizstājterapiju mūža garumā, kuri uzsāk ārstēšanu citu vielu, nevis opioīdu, problemātiskas lietošanas dēļ. Šī sadaļa jāaizpilda tikai par personām, kuri pirms šīs ārstēšanas uzsākšanas ir saņēmuši OST.

### 20. *Ir lietojis vai lieto injicējamās narkotikas*

1. nekad nav injicējis narkotikas
2. jebkad ir injicējis narkotikas
  - 2.1 ir injicējis narkotikas, bet ne pēdējo 12 mēnešu laikā
  - 2.2 ir injicējis narkotikas pēdējo 12 mēnešu laikā, bet ne pēdējo 30 dienu laikā
  - 2.3 ir injicējis pēdējo 30 dienu laikā
3. nevēlas atbildēt
99. nav zināms

## Metodoloģija

Šis rādītājs apzīmē visu veidu narkotiku, ne tikai primāro narkotiku, injicēšanas uzvedību. Šis rādītājs nosaka jebkādu narkotiku injicēšanu, tas sniedz labas norādes par riska uzvedību. Tās noteikšana ir īpaši svarīga saistībā ar infekciju slimību (hepatīts, HIV) un citu slimību izplatību un ievainojumiem, kā arī kaitējuma mazināšanas jautājumiem. Ziņas par injekcijām medicīnisku iemeslu dēļ (diabēts u.c.) nav jāiekļauj.

### 21. *Vecums, uzsākot narkotiku injicēšanu (gados)*

Vecums: /\_\_\_\_\_/

99. nav zināms

## Metodoloģija

Šī sadaļa jāaizpilda tikai par personām, kuras jebkad ir injicējušas narkotikas. Ja persona nekad nav injicējusi narkotikas, šī sadaļa jāatstāj neaizpildīta.

### 22. *HIV testēšana*

1. nekad nav veikta
2. ir veikta
  - 2.1 ir veikta, bet ne pēdējo 12 mēnešu laikā
  - 2.2 ir veikta pēdējo 12 mēnešu laikā
3. nevēlas atbildēt
99. nav zināms

## Metodoloģija

Šis rādītājs attiecas uz veiktajiem testiem un var noderēt, analizējot narkotiku lietošanas uzvedību (injicēšana, adatu koplietošana). Ir ļoti ieteicams pēc iespējas rūpīgāk pārbaudīt testēšanas vēsturi.

### 23. *HCV testēšana*

1. nekad nav veikta
2. ir veikta
  - 2.1 ir veikta, bet ne pēdējo 12 mēnešu laikā
  - 2.2 ir veikta pēdējo 12 mēnešu laikā

- 3. nevēlas atbildēt
- 99. nav zināms

### **Metodoloģija**

Šis rādītājs attiecas uz veiktajiem testiem un var noderēt, analizējot narkotiku lietošanas uzvedību (injicēšana, adatu koplietošana).

#### *24. Adatu/šļircu kopīga lietošana*

- 1. nekad nav koplietojis adatas vai šļirces
- 2. ir koplietojis adatas vai šļirces
  - 2.1 ir koplietojis adatas vai šļirces, bet ne pēdējo 12 mēnešu laikā
  - 2.2 ir koplietojis adatas vai šļirces pēdējo 12 mēnešu laikā, bet ne pēdējo 30 dienu laikā
  - 2.3 ir koplietojis adatas vai šļirces pēdējo 30 dienu laikā
- 3. nevēlas atbildēt
- 99. nav zināms

### **Metodoloģija**

Informācija jāvaicā tikai tad, ja klients ir lietojis injicējamās narkotikas. Ja klients nekad nav lietojis injicējamās narkotikas, šī sadaļa jāatstāj neaizpildīta.

### 3. nodaļa

#### Metodoloģiski un ētiski apsvērumi

Papildus protokola pirmajā daļā aplūkotajiem vispārīgajiem principiem ir svarīgi izskaidrot arī konkrētus metodoloģiskus jautājumus, kas ir nozīmīgi saistībā ar datu ievākšanu un ziņošanu.

Lai varētu izvērtēt katras valsts ziņotos TDI datus, ir svarīgi nodrošināt piekļuvi metodoloģiskajai informācijai. ENNUC datu ziņošanas veidlapā ir atvēlēta vieta norādēm par datu vākšanas un ziņošanas metodoloģiju. Ir atvēlēta vieta komentāriem; to ir svarīgi izmantot, ja valsts dati atšķiras no ENNUC vadlīnijām vai ja to specifiku kvantitatīvie dati neatklāj pilnībā.

#### *Ziņošanas periods*

Protokola izpratnē ziņošanas periods ir klienta situācija pēdējās 30 dienās (1 mēnesi) pirms ārstēšanas uzsākšanas. Tas ir vispārīgs noteikums, kas attiecas uz visiem protokola rādītājiem, ja vien noklusējumā vai atsevišķi atrunājot nav noteikts citādi. Ja nav norādīts, tas nozīmē, ka tas netiek piemērots, tomēr parasti tas ir saprotams no katra rādītāja konteksta (piemēram, ir injicējis, vecums, saņemot pirmo OST u.c.). Narkotiku jautājumos un gadījumā, ja klients pirms ārstēšanas uzsākšanas ir bijis izstājies no ārstēšanas, nav lietojis narkotikas vai ir bijis ieslodzījuma vietā, ziņošanas periods attiecas uz 30 dienām pirms šiem notikumiem (izstāšanās, narkotiku nelietošana vai ieslodzījums).

#### *Narkotiku lietošanas paradumi: lietotās narkotikas*

Dati par narkotiku lietošanas paradumiem (vecums, kad pirmo reizi lietotas narkotikas, lietošanas veids, lietošanas biežums) tiek norādīti par primārajām narkotikām. Jebkad injicētās vielas un vecums, kad pirmo reizi injicētas narkotikas, attiecas uz jebkura veida narkotikām. Tas ir norādīts pie katra rādītāja.

#### *Pārklājums*

Informācija par datu pārklājumu ir nepieciešama, lai izprastu TDI datu kontekstu un to pārstāvību katrā valstī.

Nosakot TDI pārklājumu, jāņem vērā tie ārstniecības centri, kuri, paredzams, iekļausies TDI ziņošanas sistēmā. Vismaz aptuveni jānovērtē arī apmērs, kādā TDI ziņošanas sistēma aptvers valstī kopumā piedāvātos ārstniecības pakalpojumus. Šo prognozi ietekmē valsts ārstniecības sistēmas un nosūtījumu sistēmas pieejamība un organizācija, kā arī likumdošana ar narkotikām saistītajās jomās.

TDI datu analīzes rezultāti rāda, ka starp valstīm vērojamas gan kopīgas iezīmes, gan būtiskas atšķirības, ko, iespējams, rada narkotiku lietošanas problēmu atšķirības nacionālā līmenī, atšķirības ārstniecības sistēmā, kā arī ziņošanas sistēmās un datu kvalitātē. Dažas no atšķirībām tiek saistītas ar atšķirībām ārstniecības iestāžu veidos un/vai klientu grupās, uz ko attiecas valstu sistēmas. 2007.–2008. gadā (Iversen, 2009) īstenotais īpašais ENNUC projekts par datu pārklājumu norādīja uz tiem jautājumiem, kas jāņem vērā, vācot datus par ārstēšanas pieprasījumu. Saskaņā ar dažās valstīs veiktu pētījumu, lai izprastu TDI datu kontekstu, ir nepieciešama labāka informācija par ārstēšanas pieejamību un kapacitāti. Šī informācija daļēji ir ietverta metodoloģiskajā informācijā, un tā tiek daļēji ziņota ar citiem ENNUC rīkiem, kuri

pievēršas ārstēšanas pieejamībai/kapacitātei (24. standarttabula un 27. strukturētā aptauja). Projekta galīgie secinājumi norādīja uz nepieciešamību:

- TDI datu kvalitātes nodrošināšanas sistēmā iekļaut detalizētāku pārklājuma novērtējumu;
- rosināt valstis izstrādāt sistēmas ārstniecības iestāžu un ārstniecības kapacitātes uzraudzīšanai;
- rosināt valstis izstrādāt sistēmas, kuru ietvaros ambulatorajām un stacionārajām narkotiku atkarības ārstēšanas ārstniecības iestādēm (centriem/vienībām) ir jāveic obligāta ziņošana, tostarp ziņošana par kapacitātes datiem un esošajiem TDI datiem.

### ***Datu kvalitāte***

Datu kvalitātei ir ārkārtīgi liela nozīme ar narkotiku lietošanu saistīto datu izmantošanā, jo īpaši attiecībā uz Eiropas līmeņa datu kopumu, kur informācijai jābūt pēc iespējas konsekventākai un salīdzināmai starp valstīm. Tomēr datu kvalitātes kontrole ir sarežģīts uzdevums, jo īpaši tad, ja tā jāpiemēro datiem, kas ievākti dažādās valstīs un nodoti apkopotā veidā.

Kad valstu sniegtie ārstēšanas pieprasījuma dati tiek iesniegti ENNUC, tie tiek regulāri pārbaudīti. Regulāri tiek veiktas datu pamatpārbaudes: datu pilnīgums, datu konsekvence, datu aktualitāte, aizdomīgi gadījumi, kad skaitļi un cipari ļoti atšķiras no ES vidējā līmeņa rezultātiem. Tāpat regulāri tiek pārbaudīta metodoloģiskā informācija, lai iegūtu padziļinātas zināšanas par informācijas sistēmu un datu atbilstību metodoloģiskajām vadlīnijām.

Papildus regulārajai datu kvalitātes kontrolei, kas tiek veikta katru gadu, 2008. gadā tika izstrādāta īpaša sistēma, ar kuras palīdzību tiek vērtēta visu galveno rādītāju datu kvalitāte. Sistēma tiek piemērota TDI datiem, un tās ietvaros tiek vērtēti ar divām datu ziņošanas jomām saistīti aspekti: ziņošanas kārtība un datu kvalitāte. Datu kvalitātes izvērtēšana tiek veikta sadarbībā ar VKC un TDI ekspertiem.

Ziņošanas kārtības izvērtējums skar šādus aspektus: ziņošanas sistēmas organizācija, datu vākšanā iesaistītie finanšu resursi un cilvēkresursi, datu vākšanas tiesiskais pamatojums, datu kvalitātes izvērtējums, progress un galvenie TDI īstenošanas šķēršļi. Datu kvalitātes jomā izvērtējums pievēršas datu pieejamībai valsts līmenī un datu ziņošanai Eiropas līmenī, datu atbilstībai ENNUC vadlīnijām, aktualitātei, datu pārklājumam un datu iekšējai konsekvencei.

Izvērtējuma rezultāti rāda, ka vairumā valstu TDI vadlīniju īstenošanas jomā pēdējos gados ir sasniegts būtisks progress un datu salīdzināmības līmenis ir ievērojami uzlabojies, tomēr ir jomas, kur joprojām nepieciešami uzlabojumi, piemēram, datu pārklājums un atbilstība Eiropas standartiem. Tāpēc jāatceras, ka datu kvalitātes nodrošināšanu valstīs var ierobežot nepietiekami finanšu resursi un cilvēkresursi.

### ***Dubultā uzskaitīšana***

Šī protokola izpratnē “dubultā uzskaitīšana” nozīmē, ka gada laikā klients ārstēšanas uzraudzības datubāzē tiek reģistrēts vairāk nekā vienu reizi. Tas var notikt vairāku iemeslu dēļ: starp ārstniecības centriem ir nepietiekama savstarpējā komunikācija, nav pārbaudes sistēmas u.c. Dubultās uzskaitīšanas dēļ ārstēto personu skaits tiek noteikts nepamatoti liels.

Ņemot vērā principu, ka jāuzskaita personas nevis epizodes, no dubultās uzskaitīšanas pēc iespējas vairāk jāizvairās visos līmeņos, sākot no ārstniecības centra, līdz vietējam, reģionālajam, valsts un starptautiskajam līmenim. Protams, šis noteikums tiek piemērots, ņemot vērā vietējā, reģionālā un valsts līmeņa iespējas un ierobežojumus (tehniskos un

metodoloģiskos instrumentus, finanšu resursus un cilvēkresursus, tiesisko pamatojumu, tostarp juridiskos šķēršļus saistībā ar datu aizsardzības tiesībām).

Valstīs ir ieviesti vairāki mehānismi (*Origer*, 1996), sākot no vienkāršākiem, piemēram, dubultās uzskaites kontrole reģistrā, izmantojot unikālu personai piešķirtu identifikatoru (tas parasti balstās uz algoritmu, kurā tiek iesaistīts vārds un dzimšanas datums) līdz visai sarežģītiem, piemēram, digitālajiem zīmogiem (piemēram, Nīderlandē).

Ideālā gadījumā dubultās uzskaites maksimāla kontrole nozīmē, ka valstīs ir centrāls reģistrs, kur, izmantojot kādu noteiktu identifikatoru, tiek uzskaitītas visas personas, lai izvairītos no dubultas uzskaitīšanas. Šādam reģistram jāatbilst visām prasībām par datu aizsardzības nodrošināšanu. Otrs labākais variants ir izveidot reģionālu datubāzi, kas arī var līdz zināmai robežai kontrolēt dubultu uzskaitīšanu. Ja centrāla vai reģionāla reģistra nav vai ja, piemēram, juridisku, administratīvu vai finansiālu iemeslu dēļ to ir neiespējami ieviest, organizējot ārstēšanu, būtu jāievieš paņēmieni, kā veikt iepriekšējas ārstēšanas datu pārbaudi (piemēram, elektroniski un/vai vaicājot pašam klientam, vai viņš iepriekš ir saņēmis ārstēšanu, un/vai vaicājot to citiem ārstniecības centriem, kas varētu būt bijuši saistīti ar klientu).

Kā liecina situācija 2008. gadā, prakse izvairīties no dubultās uzskaitīšanas ES dalībvalstīs ir visai izplatīta — ir tikai divas valstis, kur nav īstenota dubultās uzskaitīšanas kontrole, vai arī tā ir ierobežota. No 26 valstīm, kur šāda kontrole ir īstenota, deviņās tā tiek īstenota reģionālā vai ārstniecības centru līmenī, bet 17 valstīs — valsts līmenī.

### ***Ētiski apsvērumi un datu aizsardzība***

Ja tiek ārstētas ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, tiek reģistrēta informācija par narkotiku lietošanu un klienta stiprajām un vājajām pusēm. Ārstēšanas soļi parasti tiek plānoti, pamatojoties uz formālu diagnozi vai uz to problēmu pārskatu, kam profesionālim vai profesionāļu komandai jāpievērš pastiprināta uzmanība. Ārstēšanas laikā pastāvīgi tiek uzraudzīts, kā tiek sasniegti mērķi, un beigās tiek izvērtēts sasniegtais rezultāts. Informācija galvenokārt tiek ievākta, lai uzlabotu klientu aprūpi.

Datu vākšanai un ziņošanai papildus klīniskiem mērķiem ir arī uzdevums iegūt pamatinformāciju par epidemioloģisko situāciju, lai atbalstītu uz pierādījumiem balstītu intervenci, kā arī narkotiku lietošanas problēmu efektīvus ārstēšanas paņēmienus.

Visos informācijas līmeņos (piemēram, klīniskais, reģionālais, valsts, starptautiskais u.c.) jāņem vērā valsts un starptautiskie noteikumi par konfidencialitāti un datu aizsardzību, klientu, personāla un ārstniecības centru tiesībām. Tas jo īpaši attiecas uz specifiskiem ārstēšanas apstākļiem, piemēram, ārstēšanu ieslodzījuma vietā, kur, vācot un ziņojot datus, daudz uzmanības jāpievērš ētiskiem apsvērumiem (datu aizsardzība, privātums, cilvēktiesības).

Šīm vadlīnijām jāatbilst valstīs pieņemtajām normām par datu aizsardzību, privātumu un pētniecību. Piekļuve jēldatiem jāierobežo, un tā jāatļauj tikai pilnvarotiem profesionāļiem. Iesaistītajām personām (pakalpojumu sniedzēji, vadītāji, politikas veidotāji, pētnieki u.c.) jāpārrunā datu izmantošanas noteikumi un kārtība, kādā publicējami rezultāti, un jāvienojas par to.

ENNUC (ar šo TDI protokolu 3.0, gluži kā tas bija ar TDI protokolu 2.0) necenšas izveidot Eiropas līmeņa centrālo datubāzi, kur tiek reģistrēti narkotiku atkarības ārstēšanu uzsākošās vai saņemošās personas. Visi dati tiek vākti, salīdzināti un saglabāti pa valstīm, strikti ievērojot pieņemtos ētikas standartus, un tikai apkopotie dati tiek analizēti, lai gūtu salīdzinošu Eiropas līmeņa ieskatu. Tomēr ENNUC īpašiem pētījumiem, tāpat kā citās pētniecības jomās, laiku pa laikam var būt nepieciešamas arī individuālas datu kopas, tomēr par to jāvienojas visām valstīm.

1. tabula <i>Mainīgo salīdzinājuma tabula: TDI versija 2.0 un versija 3.0</i>	
Iepriekš lietotie mainīgie	Jaunie mainīgie
Ārstniecības centra veids	Datu ziņošana vairs nekonzentrējas uz ārstniecības centra veidu.
Ārstēšanas mēnesis	Izslēgts ENNUC līmenī
Ārstēšanas gads	Saglabājas tas pats
Iepriekš jebkad ārstēts	Vairāk kā vienas epizodes gadījumā, jāziņo par pirmo ārstēšanas epizodi
Nosūtītājs	Nelielas izmaiņas kategorijās un secībā
Dzimums	Saglabāties tas pats (mainīts nosaukums)
Vecums	Saglabāties tas pats (mainīts nosaukums)
Dzimšanas gads	Izslēgts ENNUC līmenī
Sadzīves apstākļi (ar ko dzīvo kopā)	Precizētas kategorijas, lai izvairītos no pārklāšanās
Mājokļa tips (kur dzīvo)	Precizēts un nelielas izmaiņas vienā kategorijā
Tautība	Izslēgts ENNUC līmenī
Nodarbinātība	Saskaņots ar <i>Eurostat</i> klasifikāciju
Augstākais iegūtais izglītības līmenis	Saglabāties tas pats; detalizētāka norāde uz ISCED klasifikāciju.
Primārā lietotā viela	Saglabāties tas pats; pievienotas dažas vielas, sekojot līdzīgai pašreizējai situācijai narkotiku lietošanā
Šobrīd saņem aizstājošo terapiju	Līdzīgi – vienkāršotāk
Vielas lietošanas veids	Saglabājas tas pats
Primārās vielas lietošanas biežums	Precizēts dažās kategorijās
Primārās vielas lietošanas uzsākšanas vecums	Saglabājas tas pats
Injicēšanās kādreiz/šobrīd (pēdējo 30 dienu laikā)	Detalizētāk aprakstīts dažās kategorijās
Šobrīd lietotās citas (=sekundārās) vielas	Saglabāties tas pats; pievienotas dažas vielas, sekojot līdzīgai pašreizējai situācijai narkotiku lietošanā
--	Sadzīves apstākļi: vai ir bērni
--	Pirmās injicēšanās vecums
--	Vairāku vielu lietošana
--	Vecums, saņemot OST pirmo reizi
--	HIV testa veikšana
--	HCV testa veikšana
--	Adatu / šīrču kopīga izmantošana

2.tabula Gadījuma definīcija - grafisks attēlojums							
Klients	Ārstēšanas epizode/aktivitātes	Ārstsniecības iestāde	Iepriekšējais gads	Pārskata gads	Nākamais gads	Apraksts	Jāziņo ENNUC
A	A1	1	-----			Klientam A ir nepārtraukta ārstēšana, sākot ar iepriekšējo gadu, turpinot visu pārskata gadu un arī nākamo gadu. Šajā gadījumā nav papildus ārstēšanas veiktas - pārskata gadā netiek ziņots par ārstēšanu.	
B	B1	1	-----			Klientam B ir nepārtraukta ārstēšana, sākot ar iepriekšējo gadu, turpinot visu pārskata gadu un arī nākamo gadu. Šajā gadījumā nav papildus ārstēšanas veiktas - pārskata gadā netiek ziņots par ārstēšanu.	
B	B2	1		---		Otra ārstēšana notiek pārskata gadā tajā pašā ārstniecības iestādē. Pārskata gadā netiek ziņots par ārstēšanu.  (Piezīmes: bieži B2 būs kāda ārstēšanas aktivitāte, piem., konsultēšana, kas papildina ārstēšanu B1 - piemēram, OST, kas veikta plānveidīgi par to pašu narkotiku problēmu, kas radījusi ārstēšanas ierakstu).	
C	C1	1	-----			Klientam C ir nepārtraukta ārstēšana, sākot ar iepriekšējo gadu, turpinot visu pārskata gadu un arī nākamo gadu. Trīs tālākās ārstēšanas notiek pārskata gadā - tajā pašā un divās citās ārstniecības iestādēs. Pārskata gadā netiek ziņots par ārstēšanu.	
C	C2	1		---			
C	C3	2		---			
C	C4	3		-----			
D	D1	1	---			Klientam D ir uzsākta ārstēšana iepriekšējā gadā, nav uzsākta ārstēšana pārskata gadā, ir uzsākta ārstēšana nākamajā gadā tajā pašā vai citā ārstniecības iestādē. Pārskata gadā netiek ziņots par ārstēšanu.	
D	D2	Jebkur			---		
E	E1	1		---		Klients E pārskata gadā uzsākt ārstēšanu pirmo reizi dzīvē. Pārskata gadā tiek ziņots par pirmo reizi veiktu ārstēšanu.	X



2.tabula turpinājums

Klients	Ārstēšanas epizode/aktivitātes	Ārstniecības iestāde	Iepriekšējais gads	Pārskata gads	Nākamais gads	Apraksts	Jāziņo ENNUC
F	F1	1		-----		Klients F pārskata gadā uzsāk ārstēšanu pirmo reizi dzīvē. Ārstēšana tiek turpināta arī nākamajā gadā. Pārskata gadā tiek ziņots par pirmo reizi veiktu ārstēšanu.	X
G	G1	2		-----		Klients G pārskata gadā uzsāk ārstēšanu pirmo reizi dzīvē, pārskata gadā ir papildus ārstēšanas gan tajā pašā, gan citā ārstniecības centrā. Tikai par pirmo pārskata gadā (G1) uzsākto ārstēšanu dati tiek ziņoti.	X
G	G2	2		-----			
G	G3	3		-----			
H	H1	1	-----			Klientam H bija uzsākta un noslēgta ārstēšanas epizode iepriekšējā gadā. Pārskata gadā tajā pašā vai citā ārstniecības iestādē uzsākta jauna ārstēšana, kas turpinās vēl arī nākamajā gadā. Tiek ziņots par veikto ārstēšanu pārskata gadā.	X
H	H2	Jebkur		-----			
I	I1	2	-----			Klientam I bija uzsākta un noslēgta ārstēšanas epizode iepriekšējā gadā. Pārskata gadā tajā pašā ārstniecības iestādē uzsākta un noslēgta jauna ārstēšanas epizode. Vēl viena ārstēšanas epizode šajā pašā gadā uzsākta citā ārstniecības iestādē. Dati par ārstēšanas epizodi I2 tiek ziņoti kā par pirmo uzsākto ārstēšanu pārskata gada laikā. Klients I ar ārstēšanu I2 tiek ziņots kā iepriekš ārstēts.	X
I	I2	2		-----			
I	I3	3		-----			
J	J1	1	-----			Klients J uzsāka ārstēšanos iepriekšējā gadā, un uzsāktā ārstēšana tika noslēgta pārskata gadā. Pēc tam tika uzsākta jauna ārstēšana tajā pašā ārstniecības iestādē. Tā kā pirmā epizode formāli tika noslēgta, tad nepieciešams ziņot par pārskata gadā uzsākto ārstēšanu (J2). Klients tiek reģistrēts kā iepriekš ārstēts.	X
J	J2	1		-----			

2.tabula turpinājums

Klients	Ārstēšanas epizode/ aktivitātes	Ārstniecības iestāde	Iepriekšējais gads	Pārskata gads	Nākamais gads	Apraksts	Jāziņo ENNUC
K	K1	1	-----			Klients K uzsāka ārstēšanos iepriekšējā gadā, kas turpinājās arī pārskata gadā. Pēc tam tika uzsākta jauna ārstēšana pārskata gadā. Iepriekš uzsāktā ārstēšana tika izbeigta, jo 6 mēnešu laikā nebija ārsta un klienta kontakts (kā tas tika paredzēts ārstēšanas plānā).	
K	K2	1		-----		Nepieciešams ziņot par pārskata gadā uzsākto ārstēšanu (K2). Klients tiek reģistrēts kā iepriekš ārstēts.	X
L	L1	1	-----			Klients L uzsāka ārstēšanos iepriekšējā gadā, kas turpinājās un tika noslēgta pārskata gadā. Pēc tam tika uzsākta jauna ārstēšana citā ārstniecības iestādē.	
L	L2	2		-----		Nepieciešams ziņot par pārskata gadā uzsākto ārstēšanu (L2). Klients tiek reģistrēts kā iepriekš ārstēts.	X
M	M1	1	-----			Klients M uzsāka ārstēšanos iepriekšējā gadā, kas turpinājās un tika noslēgta pārskata gadā. Pēc tam tika uzsākta jauna ārstēšana citā ārstniecības iestādē. Iepriekš uzsāktā ārstēšana tika izbeigta, jo 6 mēnešu laikā nebija ārsta un klienta kontakts (kā tas tika paredzēts ārstēšanas plānā).	
M	M2	2		-----		Nepieciešams ziņot par pārskata gadā uzsākto ārstēšanu (M2). Klients tiek reģistrēts kā iepriekš ārstēts.	X

Piezīmes: Gadījumi, kas jāiekļauj un jāizslēdz no datu ziņošanas ENNUC, taču ne obligāti no datu vākšanas valsts vai vietējā līmenī.

Jāiekļauj: |-----|

Jāizslēdz: |-----|

Gadījumus J, K, L un M var uzskatīt kā līdzīgas situācijas. Šos gadījumus veido klienti, kuriem pārskata gadam sākoties, jau bija uzsākta ārstēšana iepriekšējā gadā – pārskata gadā uzsāktā ārstēšana tika noslēgta un vēlāk tika uzsākta jauna ārstēšanas epizode. Gadījumi veido divas iespējas: kad ārstēšanas epizode tika izbeigta formāli, un kad ārstēšana tika pārtraukta sakarā ar 6 mēnešu periodu, kad klientam nebija kontakta ar ārstniecības centru. Pēc tam uzsāktā ārstēšanas epizode tika uzsākta vai nu tajā pašā, vai citā ārstniecības centrā.

## **Protokolā izmantotie saīsinājumi**

**ASI** – Atkarību smaguma indekss

**DRD** – Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi

**DRID** – Ar narkotiku lietošanu saistītas infekcijas slimības

**DSM-IV** – Diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas ceturtais izdevums

**ENNUC** – Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

**ES** – Eiropas Savienība

**GBL** – Gamma butirolaktons

**GHB** - Gamma hidroksibutirāts

**HCI** – Kokaīna pulveris

**HCV** – C hepatīts

**HIV** – Cilvēka imūndeficīta vīruss

**ISCED** – Starptautiskā standartizētā izglītības klasifikācija

**LSD** – Lizergīnskābes dietilamīds

**MDMA** – Metilēndioksimetamfetamīns

**OST** – Opioīdu aizstājterapija

**PG** – Pompidū grupa

**PVO** – Pasaules Veselības organizācija

**SAMHSA** – Atkarību izraisošo vielu un garīgās veselības pakalpojumu administrācija

**SPKC** – Slimību profilakses un kontroles centrs

**SSK-10** – Starptautiskā slimību klasifikatora 10.versija

**TDI** – Ārstniecības pieprasījuma indikators

**UNODC** – Apvienoto Nāciju Organizācijas Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs

**VKC** – Valsts koordinācijas centrs

## Atsauces

**Council of the European Union** (2001), 'Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators on drugs, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction', *CORDROGUE* 67, Brussels.

**Donmall, M.** (2003), *Personal communication*. UNODC meeting to define a toolkit for collecting data on drug treatment demand, UNODC, Vienna, 2–3 December 2003.

**EMCDDA** (2010), *Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>

**EMCDDA Management Board** (2001), *EMCDDA recommendation on the 5 harmonised key indicators*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 1–13.

**European Union** (2003), 'Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence', *Official Journal of the European Union*, L 165, 3.7.2003.

**Hartnoll, R.** (1994), *Drug treatment reporting systems and the first Treatment demand indicator. Definitive Protocol*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.

**Iversen, E.** (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator*, Bergen Clinics Foundation, Norway.  
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>

**Manchester University, D. N.** (2010), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009–31 March 2010*.  
<http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>

**Origer, A.** (1996), *Procedures to avoid double counting in drug treatment reporting systems*, Ministry of Health, Luxembourg.

**SAMHSA** (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights — 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.  
<http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>

**Simon, R.** (1999), 'Treatment Monitoring and reporting system', *European Addiction Research*, Vol. 5, N.4; special topic issue.

**Simon, R. and Pfeiffer, T.** (1999), *Field trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final report on behalf of the EMCDDA*, Institut für Therapieforschung, Munich.

**Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Lockett, C. and Stauffacher, M.** (2000), *The Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 2.0*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 2–36.  
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>

**Stauffacher, M. and Kokkevi, A.** (1999), 'The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field', *European Addiction Research* 5(4), pp. 191–6.

**Treatment demand indicator (TDI) website:** <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>

**UNODC** (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand. Toolkit Module 8*, United Nations Office on Drugs and Crime, New York.