



Protokół monitorowania

wersja 1.0.2

Wskaźnik zgłaszalności do leczenia
Treatment Demand Indicator

TDI





Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

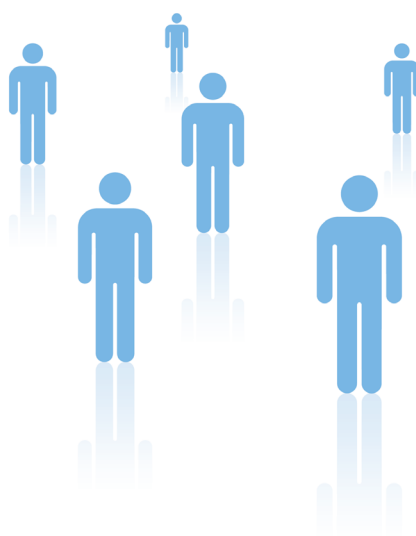


CENTRUM INFORMACJI
O NARKOTYKACH
I NARKOMANII

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA PROTOKÓŁ MONITOROWANIA

(WERSJA 1.0.2)



Warszawa 2012

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii**

Autorzy:

Janusz Sierosławski (IPiN)

Marta Struzik (CINN KBPN)

Michał Kidawa (CINN KBPN)

Katarzyna Sollich (CINN KBPN)

Anna Strzelecka (CINN KBPN)

SPIS TREŚCI

Skróty	4
1. WPROWADZENIE	5
1.1. Cel zbierania danych z lecznictwa	5
1.2. Dotychczasowy system zbierania danych z lecznictwa i jego ograniczenia	5
1.3. Kontekst europejski	6
1.4. Wdrażanie systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia oraz podstawy prawne	7
2. PROCEDURA MONITOROWANIA	8
2.1. Zbieranie danych	9
2.2. Przepływ i czyszczenie danych	10
2.3. Analizy i raporty	12
3. DEFINICJE I KWESTIE METODOLOGICZNE	12
3.1. Definicja epizodu leczniczego	12
3.2. Mechanizm unikania wielokrotnego liczenia tych samych osób	16
3.3. Struktura kwestionariusza	16
3.4. Wypełnianie kwestionariusza	17
3.5. Przegląd poszczególnych pozycji kwestionariusza	17
4. KWESTIE ETYCZNE	22
5. BIBLIOGRAFIA	23
6. ZAŁĄCZNIKI	
1. Pełna instrukcja wypełniania kwestionariusza	
2. Kwestionariusz pomocniczy do wersji elektronicznej	
3. Kwestionariusz pomocniczy do wersji papierowej	
4. „Check list” dla osoby wprowadzającej dane do TDI Manager	

Skróty

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome lub Acquired Immune Deficiency Syndrome (Zespół nabytego niedoboru odporności)
CINN	Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii)
CSV	Comma Separated Values (wartości rozdzielone przecinkiem – format przechowywania danych w plikach tekstowych)
GAP	Global Assessment Program on Drug Abuse (Globalny Program Oceny Nadużywania Narkotyków)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBV	Hepatitis B Virus (wirus zapalenia wątroby typu B)
HCV	Hepatitis C Virus (wirus zapalenia wątroby typu C)
HIV	Human immunodeficiency virus (wirus zespołu nabytego braku odporności)
ICD	International Classification of Diseases (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)
IDU	Injecting drug use (używanie narkotyków w zastrzykach)
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
ISCE	International Standard Classification of Education (Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Wykształcenia)
KBPN	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
KPPN	Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii
LSD	Lyserg-Säure-Diäthylamid (Dietyloamid kwasu lizergowego)
MDMA	3,4-Metylenodioksymetamfetamina
MZ	Ministerstwo Zdrowia
OCR	Optical Character Recognition (zestaw technik służących do rozpoznawania znaków i całych tekstów w pliku graficznym)
OMR	Optical Mark Recognition (Optyczne rozpoznawanie znaków)
PG	Pompidou Group (Grupa Pompidou – Rada Europy)
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
TDI	Treatment Demand Indicator (wskaźnik zgłaszalności do leczenia)
UNODC	United Nation Office on Drugs and Crime (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości)

1. WPROWADZENIE

1.1. Cel zbierania danych z lecznictwa

Dane z lecznictwa stanowią jedno z najważniejszych narzędzi monitorowania epidemiologicznego problemu narkomanii. Ich analiza dostarcza informacji o obrazie i dynamice sceny narkotykowej. Dzięki monitorowaniu możemy śledzić trendy w zakresie wzorów problemowego używania narkotyków, społeczno-demograficznych oraz terytorialnych korelatów problemu, a także niektórych jego konsekwencji społecznych i zdrowotnych. Wnioski z monitorowania pozwalają na ewaluację i kształtowanie polityki zdrowotnej i społecznej.

1.2. Dotychczasowy system zbierania danych z lecznictwa i jego ograniczenia

Podstaw do monitorowania zgłaszalności do leczenia dostarczają obecnie dane pochodzące z ogólnopolskiego systemu statystycznego lecznictwa psychiatrycznego, administrowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN). W naszym kraju funkcjonują dwa inaczej zorganizowane systemy zbierania danych, pierwszy obejmuje lecznictwo stacjonarne, drugi – ambulatoryjne.

Dane ze szpitalnego lecznictwa psychiatrycznego obejmują wszystkie stacjonarne placówki psychiatryczne, a zatem również specjalistyczne lecznictwo uzależnień lekowych, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia. Uwzględniają zatem wszystkich przyjętych do szpitali psychiatrycznych, w tym oddziałów detoksykacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków, a także ośrodków rehabilitacyjnych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej.

Sprawozdawczość statystyczna lecznictwa stacjonarnego opiera się na indywidualnych kartach statystycznych opatrzonych identyfikatorem (inicjały i data urodzenia), co pozwala uniknąć wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli w danym roku rejestrowane były przez więcej niż jedną placówkę lub więcej niż raz przebywały w tej samej placówce.

Karty statystyczne wypełniane są przy wypisie pacjenta. Karta obok podstawowych danych społeczno-demograficznych, miejsca zamieszkania, informacji dotyczącej ewentualnego wcześniejszego leczenia stacjonarnego oraz dat obecnego przyjęcia i wypisu zawiera informacje o diagnozie choroby podstawowej i choroby towarzyszącej kodowane do 1996 r. według Dziewiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD-9), natomiast od roku 1997 wg Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów.

Dane z lecznictwa ambulatoryjnego zbierane są z poradni zdrowia psychicznego, poradni odwykowych (uzależnień od alkoholu) oraz specjalistycznych poradni leczenia uzależnień od innych substancji psychoaktywnych. W ostatnich latach pojawił się nowy typ placówek ambulatoryjnych określanych jako poradnie uzależnień zajmujące się w równym stopniu osobami uzależnionymi od alkoholu, co osobami uzależnionymi od narkotyków. Dane zbierane są w postaci zagregowanej na drukach statystycznych wypełnianych na koniec roku przez placówki. Ich zakres obejmuje diagnozę wg ICD-10, płeć, trzy grupy wieku oraz zgłoszenia pierwszorazowe, rozumiane jako pierwsze leczenie w życiu w placówce psychiatrycznej. Dane z placówek przesyła się do wojewódzkich

wydziałów zdrowia, gdzie są agregowane na poziomie województwa i w tej postaci przesyłane do Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Brak możliwości kontroli wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli leczą się w więcej niż jednej placówce ambulatoryjnej w ciągu roku, oraz wąski zakres możliwych do przeprowadzenia analiz są pochodną systemu zbierania danych w postaci zagregowanej.

Dane z lecznictwa ambulatoryjnego oraz stacjonarnego nie mogą być sumowane, bowiem w pewnej, niemożliwej do określenia części, dotyczą tych samych osób. Na potrzeby analiz epidemiologicznych częściej wykorzystuje się dane z lecznictwa stacjonarnego, bowiem są dokładniejsze - nie są obciążone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. Nie jest to jedyny powód przewagi danych lecznictwa stacjonarnego jako wskaźnika do oceny sytuacji epidemiologicznej. Warto również wskazać na wyrównany w skali kraju poziom dostępności leczenia stacjonarnego, co wynika z braku rejonizacji. Lecznictwo ambulatoryjne ze względu na swą istotę ma charakter lokalny, na liczbę osób objętych opieką będzie zatem silniej wpływać poziom dostępności. Ma to szczególnie duże znaczenie przy porównaniach międzyregionalnych.

Dotychczasowy system statystyczny nie daje możliwości śledzenia trendów w zakresie wzorów używania narkotyków, zachowań ryzykownych oraz innych wymiarów najistotniejszych z perspektywy problemu narkotyków. Zakres zbieranych danych dostosowany jest do całego lecznictwa psychiatrycznego, w którym leczeni z powodu problemu narkotyków stanowią nieznaczny odsetek. Stąd brak podstawowych informacji o wzorze używania substancji oraz zachowaniach ryzykownych z tym związanych w zestawie gromadzonych danych. Dlatego też dane z lecznictwa zbierane w Polsce nie spełniają oczekiwań. Ponadto są one niezgodne ze standardem europejskim wypracowanym pod kierunkiem Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA.

Warto zaznaczyć, że u podstaw standardu europejskiego leży metodologia zbierania danych wypracowana przez Grupę Pompidou (Rada Europy) w ramach programu „Multi-City Study” realizowanego od końca lat osiemdziesiątych. Program ten obejmował miasta europejskie, dane zbierane były zatem na poziomie lokalnym. Dwa polskie miasta (Warszawa i Gdańsk) zostały włączone do tego przedsięwzięcia w 1994 r. Od 1998 r. dane z lecznictwa są w ten sam sposób zbierane także w Krakowie.

1.3. Kontekst europejski

Zapisana w międzynarodowych konwencjach idea współdziałania społeczności międzynarodowej wymaga wspólnej, skoordynowanej bazy informacyjnej. Państwa Unii Europejskiej powołały w tym celu Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie, które koordynuje sieć krajowych centrów monitoringu (Reitox National Focal Points) wyznaczonych we wszystkich krajach członkowskich. W Polsce tę rolę spełnia Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii powołane w ramach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zadaniem Centrum jest stałe monitorowanie wystandaryzowanymi metodami sceny narkotykowej oraz oddziaływań zapobiegawczych w Polsce na różnych poziomach, co zapewnia zarówno możliwość porównań między województwami i społecznościami lokalnymi, jak również

porównań międzynarodowych. W zadaniach Centrum dużą rolę odgrywa doskonalenie metodologii zbierania i analizy danych. Metodologia monitorowania stosowana przez Centrum jest zgodna ze standardami wypracowywanymi wspólnie z EMCDDA w Lizbonie.

Zgodnie z rekomendacjami EMCDDA lista priorytetowych obszarów zbierania danych obejmuje:

- rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej i w poszczególnych jej segmentach (np. młodzież),
- zgłaszalność do leczenia,
- zgony związane z narkotykami,
- choroby zakaźne związane z narkotykami,
- oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków.

Wskaźnik zgłaszalności do leczenia (TDI – Treatment Demand Indicator) jest zatem jednym z 5 kluczowych wskaźników monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w Europie, co więcej, wskaźnikiem najlepiej wystandaryzowanym. Zbieranie danych według protokołu EMCDDA pozwala nie tylko na wypełnienie obowiązku sprawozdawczego wobec tej instytucji, ale także umożliwia prowadzenie analiz porównawczych z innymi krajami Unii Europejskiej. Takie analizy dostarczają okazji do głębszego zrozumienia dynamiki zjawiska oraz formułowania bardziej użytecznych rekomendacji.

Dane na temat zgłaszalności do leczenia są obecnie zbierane w niemal wszystkich krajach Unii według metodologii uzgodnionej z EMCDDA. Polska należy do nielicznych państw, które jeszcze nie wprowadziły w życie tego systemu jako krajowego regularnego monitoringu.

Standard metodologiczny monitorowania zgłaszalności do leczenia przyjęty przez EMCDDA jest zgodny ze standardem światowym przyjętym przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości (United Nation Office on Drugs and Crime – UNODC) na potrzeby Globalnego Programu Oceny Nadużywania Narkotyków (Global Assessment Program on Drug Abuse – GAP).

1.4. Wdrażanie systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia oraz podstawy prawne

Wdrożenie w Polsce systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia (TDI) zgodnego z wymaganiami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii odbyło się w ramach Programu Środków Przejściowych (Transition Facility) na podstawie „Umowy Bliźniaczej” (Twinning Covenant - PL2004/IB/JH/01/TL) z Niemcami. W ramach programu, wspólnie z niemieckimi ekspertami, wypracowane zostały podstawy prawne monitorowania oraz schematy zbierania, przepływu i opracowywania danych. Przeprowadzono także szkolenia dotyczące metodologii monitorowania dla przedstawicieli placówek leczniczych biorących udział w pilotażu systemu.

W oparciu o doświadczenia i wnioski z pilotażu systemu opracowano ostateczne wersje narzędzi do zbierania danych.

Obecnie podstawy prawne monitorowania zgłaszalności do leczenia stanowią następujące dokumenty:

- przepisy Unii Europejskiej zobowiązujących kraje członkowskie do monitorowania 5 kluczowych wskaźników według standardów EMCDDA,
- przepisy Ustawy z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 678)
- zapisy Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016.



2. PROCEDURA MONITOROWANIA

Instytucją wdrażającą system monitorowania, a następnie koordynującą systemem jest **Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii** Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN).

Do zadań CINN KBPN w ramach systemu należy wskazanie placówkom leczniczym druków oraz aplikacji elektronicznej służących do zbierania informacji, odbieranie danych z placówek, założenie, kontrola i przetwarzanie zbioru danych, ich analiza i opracowanie. Ponadto CINN dokonuje oceny kompletności i spójności danych. CINN KBPN pełni także rolę koordynatora systemu i służy pomocą w rozwiązywaniu wszystkich problemów metodologicznych. Zapewnia zatem ciągłą współpracę w procesie zbierania danych m.in. poprzez:

- konsultacje dla realizatorów – „help desk” (telefoniczny, mailowy),
- kontakty z realizatorami w sprawie poprawek błędów.

Do zadań placówek leczniczych należy zbieranie danych, dbanie o ich jakość, kompletność i spójność oraz przesyłanie ich do CINN KBPN. Placówki zobowiązane są również do niezwłocznego kontaktowania się z CINN w kwestiach dotyczących zbierania danych, w tym do przesyłania poprawek w przypadku wystąpienia błędów.

Monitorowaniem objęte są placówki prowadzące leczenie lub rehabilitację osób używających narkotyków działające w trybie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym. Dodatkowo w systemie uczestniczą programy leczenia substytucyjnego oraz oddziały dzienne. W przyszłości planuje się rozszerzenie systemu m.in. o oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych od narkotyków w zakładach karnych i aresztach śledczych oraz punkty konsultacyjne dla osób używających narkotyków.

2.1. Zbieranie danych

Indywidualne kwestionariusze sprawozdawcze wypełniane są w podmiotach leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych **w momencie zgłoszenia się pacjenta** do leczenia.

Dane do wypełnienia kwestionariusza powinny być zebrane **w drodze wywiadu** z pacjentem w momencie jego pierwszej wizyty w placówce. Jeśli z różnych przyczyn nie ma możliwości zebrania wszystkich danych w czasie pierwszego kontaktu, kwestionariusz można uzupełnić później (maksymalnie w ciągu dwóch następnych spotkań). Wskazane jest jednak, aby podczas pierwszego kontaktu zebrać przynajmniej podstawowe informacje (płeć, wiek, wzór używania substancji). Ponadto można dokonać późniejszych poprawek, jeśli w wyniku kolejnych kontaktów z pacjentem okaże się, że zebrane wcześniej dane są niezetelne.

Dla każdego pacjenta zgłaszającego się do leczenia wypełniany jest jeden kwestionariusz. Systemem monitorowania zgłaszalności do leczenia mogą być objęte jedynie osoby fizycznie zgłaszające się do placówki; nie wypełnia się ankiet osobom, które kontaktują się np. listownie lub telefonicznie. Nie można wypełniać kwestionariusza, jeśli pacjent zgłosił się do placówki w innym celu, np. wymiany igieł i strzykawek lub uzyskania informacji niezwiązanych z chęcią podjęcia leczenia.

Zbieranie danych odbywa się poprzez wypełnienie wskazanego przez CINN kwestionariusza papierowego lub z wykorzystaniem aplikacji elektronicznej TDI Manager.

Dla każdej z form kwestionariusza sprawozdawczego opracowany został kwestionariusz pomocniczy, którego rolą jest usprawnienie procesu zbierania danych. W szczególności może on mieć zastosowanie, gdy dane zbierane są przez **terapeutę** w trakcie wywiadu z pacjentem, zaś kwestionariusz do raportowania wypełniany jest później przez **pracownika technicznego**, np. rejestratorkę lub sekretarkę medyczną.

Kwestionariusz pomocniczy służy jedynie do usprawnienia rejestracji danych, a więc ułatwia przepływ informacji w samej placówce. Nie musi on być w ogóle używany, jeśli nie będzie pomocny. Wypełnione kwestionariusze pomocnicze, jeśli znajdują zastosowanie, nie będą nigdzie wysyłane, mogą pozostać w dokumentacji pacjenta lub można je zniszczyć, pamiętając o procedurach niszczenia tego rodzaju dokumentów.

W kwestionariuszach pomocniczych dla obu wersji (załącznik nr 2 i 3) kolejność pytań zgadza się z logiką wywiadu z pacjentem. Rozkład pytań zarówno w wersji papierowej kwestionariusza sprawozdawczego, jak i aplikacji elektronicznej jest różny i wynika z zastosowanych odmiennych rozwiązań technicznych. W kwestionariuszach sprawozdawczych oraz odpowiadających im kwestionariuszach pomocniczych zachowano jednak tę samą numerację pytań, co umożliwia korespondencję pomiędzy narzędziami.

Kwestionariusz do raportowania w formie papierowej musi być wypełniany szczególnie dokładnie, ponieważ dane są wczytywane automatycznie. Konieczne jest dokładne zamazywanie pól przy wybranych odpowiedziach - zgodnie ze wzorami zamieszczonymi na kwestionariuszu.

Wybór aplikacji elektronicznej umożliwia wykorzystanie dodatkowych jej funkcji. Wprowadzane do aplikacji dane pacjentów są przechowywane w lokalnej bazie

danych i mogą być wykorzystane na potrzeby placówki. Możliwe zatem jest przeglądanie w różnych układach danych o osobach zgłaszających się do leczenia, sporządzanie zestawień oraz proste wyliczenia według kilku wymiarów, takich jak płeć, grupy wiekowe, miejsce zamieszkania czy typ narkotyku podstawowego. Ponadto aplikacja umożliwia automatyczne wygenerowanie danych do części formularza statystycznego MZ wypełnianego przez placówki ambulatoryjne.

2.2. Przepływ i czyszczenie danych

Placówki **wysyłają dane do CINN** KBPN. Tryb ich przekazywania jest ustalany indywidualnie i - w zależności od systemu pracy placówki - może być miesięczny lub kwartalny.

Kwestionariusze papierowe należy wysłać pocztą lub dostarczać bezpośrednio do CINN KBPN. Istotne jest, aby ich stan umożliwiał odczytanie w skanerze OMR. Należy zatem zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe zamazywanie pól oraz odpowiednie zabezpieczenie kwestionariuszy podczas przechowywania i transportu w celu uniknięcia uszkodzenia lub zniszczenia (zabrudzenia, pogniczenia oraz podarcia).

Dane z aplikacji elektronicznej należy przekazywać za pomocą poczty elektronicznej (przy zachowaniu reguł bezpieczeństwa, tzn. poprzez połączenie szyfrowane) albo na dyskach optycznych dostarczonych w formie przesyłek pocztowych lub osobiście.

Raz w roku należy przesać listę identyfikatorów pacjentów pozostających w leczeniu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

Placówki stacjonarne oraz programy substytucyjne są zobowiązane do przesłania listy identyfikatorów **do końca stycznia kolejnego roku**, placówki **ambulatoryjne do końca lipca kolejnego roku**.

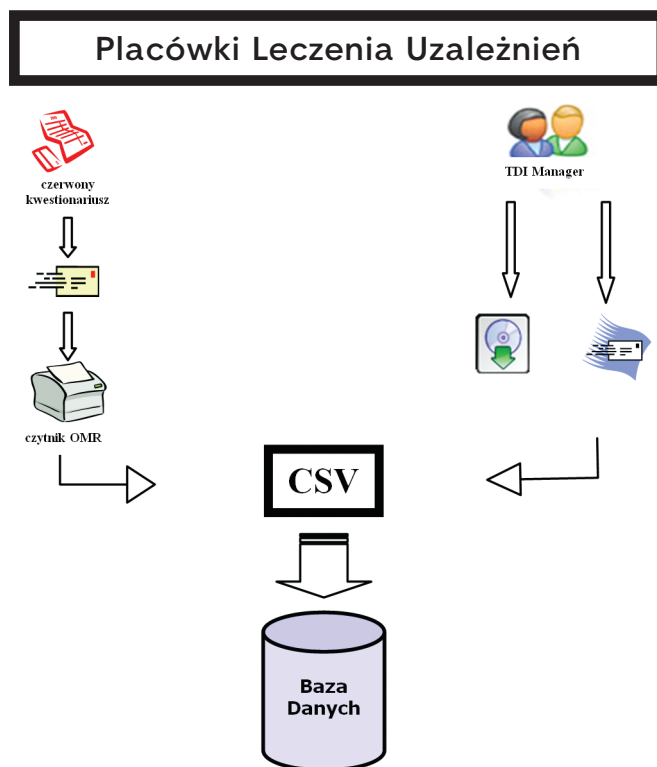
Termin przesyłania danych w przypadku ambulatoriów jest dłuższy, ponieważ dopiero **ostatniego dnia czerwca** można stwierdzić, którzy pacjenci kontynuują leczenie rozpoczęte w roku poprzednim.

Jest to związane z definicją epizodu leczniczego (patrz str. 13) dla placówek ambulatoryjnych, zgodnie z którą leczenie uznaje się za przerwane między innymi wtedy, gdy pacjent przez okres co najmniej 6 miesięcy nie zgłasza się na wizyty do placówki. Jeśli zatem przerwał on kontakty z poradnią w grudniu, a zgłosił się ponownie w maju lub na początku czerwca następnego roku, traktujemy to jako kontynuację jednego epizodu leczenia. W takim przypadku identyfikator pacjenta powinien znaleźć się na liście pozostających w leczeniu 31 grudnia roku poprzedniego.

W przypadku korzystania z elektronicznej wersji kwestionariusza wysłanie identyfikatorów odbywać się będzie w sposób zautomatyzowany. Do CINN KBPN zostaną wysłane ankiety wszystkich pacjentów z zaznaczonym polem „Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku”.

Poniższy diagram prezentuje proces przepływu danych w ramach systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia.

Diagram 1. Proces przepływu danych.



Źródło: Sokotowska, E., Struzik, M., Kidawa, M. (2008)

Dane z kwestionariuszy „papierowych” wczytuje się przy użyciu skanera z zastosowaniem technologii OMR, a następnie zapisuje w formacie CSV. Dane z aplikacji elektronicznej po przesłaniu do CINN KBPN w postaci zakodowanych raportów, są odkodowywane oraz zapisywane w formacie CSV. Następnie dane z obu źródeł weryfikuje się i dołącza do zbioru.

W celu zapewnienia możliwie jak najlepszej kontroli jakości i kompletności danych zdecydowano się na zastosowanie złożonego i wieloetapowego procesu ich czyszczenia. Przy weryfikacji wykorzystuje się zarówno potencjał ludzki, jak i zmechanizowane procesy kontroli jakości i spójności danych.

Kontrola zbioru danych prowadzona jest w zakresie:

- kompletności danych,
- zakresów wartości zmiennych,
- spójności logicznej wartości zmiennych.

Błędy wykryte w trakcie kontroli zbioru danych są korygowane w drodze kontaktu z placówkami.

Końcowym efektem tej procedury jest zbiór danych na poziomie epizodów leczenia. W zbiorze tym jednostką jest przypadek zgłoszenia się pacjenta do leczenia (epizod leczenia). Oznacza to, że w zbiorze każdy pacjent może pojawić się więcej niż raz, jeśli wielokrotnie w ciągu roku zgłaszał się do leczenia w tej samej placówce lub w różnych placówkach.

W bazach danych dostępnych produkcyjnie są przechowywane dane bieżące oraz dane z lat poprzednich. CINN dokonuje analizy danych oraz przygotowuje niezbędne raporty.

2.3. Analizy i raporty

Dane z monitoringu zgłaszalności do leczenia są analizowane przez CINN KBPN. Przygotowane opracowania dostarczają informacji niezbędnych na poziomie krajowym, a także związanych z obowiązkiem sprawozdawczości międzynarodowej. Analizy prowadzi się w trybie rocznym lub dwuletnim.

Na potrzeby krajowe analizy są dokonywane zarówno na poziomie wszystkich zgłoszeń do leczenia, jak również po eliminacji tzw. „wielokrotnego liczenia” w zależności od potrzeb informacyjnych.

Na potrzeby międzynarodowe opracowuje się dane umożliwiające wypełnianie tabel standardowych EMCDDA, w rytmie rocznym, w terminach wyznaczonych przez EMCDDA. Jednym z podstawowych wymagań stawianych przez EMCDDA jest eliminacja tzw. „wielokrotnego liczenia”, czyli przypadków, w których pacjent zgłasza się do leczenia więcej niż raz w ciągu roku (patrz str. 16). W efekcie tworzony jest zbiór danych na poziomie osób uwzględniający informacje uzyskane przy ostatnim zgłoszeniu danej osoby do leczenia w danym roku.

Polskie dane dotyczące zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków prezentowane są w raporcie krajowym opracowywanym co roku w ramach sprawozdawczości do EMCDDA. Następnie są one wykorzystywane przez Europejskie Centrum do analiz porównawczych na poziomie europejskim i publikowane w Sprawozdaniu rocznym dotyczącym stanu problemu narkotykowego w Europie.

Wyniki monitorowania publikuje się w periodykach dla profesjonalistów, w wydawnictwach naukowych, a także na stronie internetowej KBPN (<http://www.kbpn.gov.pl/>) oraz CINN (<http://www.cinn.gov.pl/>).

Wyniki analiz monitoringu są także przedmiotem referatów i prezentacji na seminariach, konferencjach i kongresach, zarówno w o charakterze naukowym, jak i szkoleniowym.

3. DEFINICJE I KWESTIE METODOLOGICZNE

Metodologia monitorowania zgłaszalności do leczenia w Polsce bazuje na standardach wypracowanych przez EMCDDA oraz sieć Reitox opublikowanych w „TDI Standard Protocol 2.0”. Przy konstruowaniu polskiego protokołu zadbano o to, aby dane zbierane w Polsce były zgodne z protokołem EMCDDA i dzięki temu w pełni porównywalne z danymi innych krajów Unii.

3.1. Definicja epizodu leczniczego

W polskim systemie monitorowania zgłaszalności do leczenia **przyjęto definicję przypadku zgodną z protokołem standardowym EMCDDA z rozszerzeniem na przypadki zgłaszania się do leczenia, które nie zakończyły się jego podjęciem**. Pytanie o fakt podjęcia leczenia pozwala na identyfikację przypadków zgodnych z definicją EMCDDA. Definicja przypadku przyjęta przez **EMCDDA brzmi**: „Dla potrzeb raportowania

zgłaszalności do leczenia, przypadek definiuje się jako osobę, która podejmuje leczenie z powodu używania narkotyków w placówce leczniczej w roku kalendarzowym pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia.”

Jeśli osoba zgłaszała się do leczenia więcej niż raz w danym roku kalendarzowym, w analizach na potrzeby sprawozdawczości do EMCDDA uwzględnia się jedynie jej ostatni epizod leczniczy. W celu zaprezentowania reguł wyboru epizodów leczniczych do analiz dla EMCDDA na poniższej rycinie przedstawiono kilka hipotetycznych przypadków zgłoszeń do leczenia.

Rycina 1. Przypadki zgłoszeń do leczenia

Pacjent	Epizod leczenia	Placówka lecznicza	Poprzedni rok	Aktualny rok	Następny rok
A	A1	1
A	A2	2		
A	A3	2		-----	
A	A4	3	
B	B1	1		
B	B2	1		
C	C1	1		-----	-----

Zgodnie z *definicją przypadku* jedynie epizody leczenia oznaczone w tabeli jako A3 i C1 będą uwzględnione w raportowaniu do EMCDDA.

- **Pacjent A:** Epizod leczenia A1 rozpoczął się w poprzednim roku i dlatego nie jest rejestrowany w bieżącym roku. Epizod A2 byłby brany pod uwagę, gdyby nie było kolejnego leczenia w bieżącym roku. Nawet gdy A3 nie jest jedynym leczeniem pacjenta A, które zostało podjęte w bieżącym roku, to i tak jest brane pod uwagę, bowiem stanowi ostatni przypadek leczenia podjętego w bieżącym roku. Dane uzyskane przy zgłoszeniu się do ostatniego leczenia dostarczają najbardziej aktualnego obrazu sytuacji pacjenta. Epizod A4 rozpoczyna się przed epizodem A3 i dlatego nie jest uwzględniany.
- **Pacjent B:** Epizod B1 nie będzie uwzględniony, bowiem pacjent nie zgłosił się do leczenia w czasie bieżącego roku. Stanowi on „stary” przypadek, a nie nowe zgłoszenie do leczenia. Epizod B2 nie został rozpoczęty w bieżącym roku i dlatego nie jest brany pod uwagę.
- **Pacjent C:** Epizod C1 jest uwzględniany, ponieważ zgłoszenie do leczenia nastąpiło w bieżącym roku.

Z definicją przypadku wiąże się kwestia zakończenia leczenia determinująca uznanie kolejnego zgłoszenia się do leczenia jako nowego epizodu leczniczego.

W przypadku placówek **stacjonarnych** zakończenie leczenia rozumiane jest jako planowane ukończenie terapii, nieplanowe przerwanie leczenia lub zgon pacjenta i definiowane jest poprzez wypis pacjenta z placówki. Kolejny epizod leczniczy rozpoczyna się przyjęciem pacjenta do placówki. Te same zasady stosujemy w przypadku placówek leczenia substytucyjnego oraz oddziałów dziennych.

W przypadku **placówek ambulatoryjnych** zakończenie leczenia rozumiane jest jako planowane ukończenie leczenia, nieplanowe przerwanie leczenia lub zgon pacjenta. Z uwagi na charakterystykę trybu pracy placówek ambulatoryjnych za zakończenie leczenia uznaje się także przypadki, gdy pacjent nie zgłasza się na wizyty do placówki przez okres co najmniej 6 miesięcy. Zgłoszenie się pacjenta do placówki ambulatoryjnej w celu podjęcia leczenia po przerwie trwającej co najmniej 6 miesięcy traktować należy jako rozpoczęcie nowego epizodu leczenia. Natomiast wszystkie przerwy trwające krócej niż 6 miesięcy traktuje się jako kontynuację wcześniej rozpoczętego leczenia. W konsekwencji w pierwszym przypadku należy wypełnić nowy kwestionariusz (rozpoczęto nowy epizod leczenia), w drugim przypadku nie wypełnia się kwestionariusza, bowiem zgłoszenie się jest tu traktowane jako kontynuacja leczenia.

W celu egzemplifikacji problemu określenia początku i zakończenia epizodu leczniczego, a w konsekwencji podejmowania decyzji o wypełnianiu kwestionariusza w placówkach ambulatoryjnych, na poniższej rycinie zaprezentowano hipotetyczne przypadki zgłoszeń do leczenia.

Rycina 2. Przypadki zgłoszeń do leczenia ambulatoryjnego

Pacjent	Poprzedni rok			Aktualny rok												Następny rok		
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
A			—	—	—	—	—				—	—	—	—				
B		—	—	—	—	—								—				
C					—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D					—	—							—		—			
E			—	—									—	—	—	—	—	—
F						—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
G				—								—				—	—	—
H					—	—									—	—	—	—

Zgodnie z definicją zakończenia i rozpoczęcia epizodu leczniczego w placówkach ambulatoryjnych jedynie w przypadku pacjentów **G i H** mamy do czynienia z **dwoma epizodami** rozpoczętymi w aktualnym roku. W związku z powyższym zachodzi konieczność dwukrotnego wypełnienia kwestionariusza. W przypadku pacjentów **B, C, D, E, i F** występuje tylko jeden epizod leczenia w aktualnym roku, stąd kwestionariusz należy wypełnić tylko raz. W przypadku pacjenta **A** nie występuje potrzeba wypełnienia kwestionariusza w aktualnym roku. Konieczne jest jednak przesłanie do CINN KBPN jego identyfikatora w połowie aktualnego roku.

- **Pacjent A:** Na początku aktualnego roku pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w roku poprzednim. W maju i czerwcu nie zgłasza się na wizyty, ale od lipca znowu jest w regularnym kontakcie z placówką. Ponieważ przerwa w wizytach była krótsza niż sześć miesięcy traktujemy to jako **kontynuację leczenia** rozpoczętego w roku poprzednim. Pacjent A nie rozpoczął zatem leczenia w aktualnym roku, dlatego też nie ma potrzeby wypełnienia kwestionariusza. W tym przypadku do końca lipca aktualnego roku konieczne jest **przesłanie do CINN KBPN identyfikatora** pacjenta.
- **Pacjent B:** w przypadku tego pacjenta mamy do czynienia z **dwoma epizodami leczniczymi**. Pierwszy z nich został rozpoczęty w poprzednim roku i był kontynuowany w aktualnym roku do marca. Oznacza to, że w przypadku pacjenta B należy wysłać jego identyfikator do końca lipca aktualnego roku. Drugi epizod pacjent rozpoczął

w listopadzie aktualnego roku. Z uwagi na to, że przerwa w kontaktach z placówką była dłuższa niż 6 miesięcy (kwiecień – październik), w momencie zgłoszenia się pacjenta do leczenia w listopadzie aktualnego roku należy wypełnić kwestionariusz.

- **Pacjent C:** pacjent ten rozpoczął epizod leczniczy w lutym aktualnego roku i leczył się do stycznia następnego roku. W przypadku pacjenta C w lutym należy wypełnić kwestionariusz. Ponadto do końca lipca następnego roku trzeba **wysłać do CINN KBPN jego identyfikator**.
- **Pacjent D:** pacjent rozpoczął epizod leczniczy w lutym aktualnego roku. Następnie przez pięć miesięcy nie zgłaszał się na wizyty do placówki. Kolejne kontakty z poradnią miały miejsce we wrześniu i październiku oraz w grudniu. Ponieważ żadna z przerw w kontaktach z placówką nie trwała dłużej niż sześć miesięcy, mamy do czynienia z **jednym epizodem leczenia**. W przypadku tego pacjenta kwestionariusz należy wypełnić w lutym aktualnego roku.
- **Pacjent E:** pacjent zgłosił się do leczenia w grudniu poprzedniego roku i utrzymywał ciągły kontakt z poradnią do lutego aktualnego roku. W okresie od marca do sierpnia nie zgłaszał się do placówki, natomiast od września aktualnego roku do marca następnego roku ponownie pozostawał w stałym kontakcie z poradnią. Podobnie jak w przypadku pacjenta B mamy tu do czynienia z **dwoma epizodami leczniczymi**, ponieważ przerwa w kontakcie pacjenta z placówką była dłuższa niż sześć miesięcy. Z uwagi na to, że pierwszy epizod leczenia rozpoczął się w poprzednim roku, do końca lipca aktualnego roku należy **prześłać do CINN KBPN identyfikator pacjenta**. Drugi epizod leczenia zaczął się we wrześniu aktualnego roku, zatem wymagane jest wypełnienie kwestionariusza. W efekcie dla tego pacjenta w aktualnym roku wypełniany jest **tylko jeden kwestionariusz**.
- **Pacjent F:** pacjent rozpoczął leczenie w marcu aktualnego roku i kontynuował je do września. Następnie na dwa miesiące przerwał kontakt z poradnią i odnowił go w grudniu. Przerwa w leczeniu trwała krócej niż sześć miesięcy, zatem odnowienie kontaktu uznać można za kontynuację poprzedniego leczenia. W przypadku tego pacjenta **kwestionariusz wypełniany jest** zatem **tylko raz** w aktualnym roku, tj. w lutym.
- **Pacjent G:** pacjent rozpoczął leczenie w styczniu aktualnego roku, po czym nie zgłaszał się na wizyty do placówki aż do sierpnia. **Kontakt z poradnią w sierpniu należy uznać za rozpoczęcie nowego epizodu leczenia, ponieważ przerwa trwała dłużej niż sześć miesięcy**. Po sierpniowym kontakcie z placówką pacjent kolejny raz zgłosił się do poradni dopiero w styczniu następnego roku. W przypadku pacjenta G mamy do czynienia z dwoma epizodami leczniczymi w aktualnym roku. Wymaga to zatem **dwukrotnego wypełnienia kwestionariusza** (w styczniu oraz w sierpniu aktualnego roku). Zgłoszenie się pacjenta do placówki w następnym roku należy traktować jako **kontynuację leczenia podjętego w sierpniu** aktualnego roku, gdyż przerwa w kontaktach pacjenta z poradnią była krótsza niż sześć miesięcy. W konsekwencji do końca lipca następnego roku należy przesłać do CINN KBPN **identyfikator** pacjenta.
- **Pacjent H:** pacjent rozpoczął w aktualnym roku **dwa epizody lecznicze**. Pierwszy trwał od lutego do kwietnia aktualnego roku, natomiast drugi rozpoczął się w grudniu i był kontynuowany w następnym roku. W tym przypadku mamy do czynienia z dwoma epizodami leczniczymi, ponieważ przerwa między nimi była dłuższa niż sześć miesięcy. W tej sytuacji wypełnione powinny być dwa kwestionariusze - pierwszy w lutym, a drugi w grudniu.

3.2. Mechanizm unikania wielokrotnego liczenia tych samych osób

Eliminacja wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli więcej niż raz w roku zgłaszają się do leczenia, odbywa się na poziomie ogólnopolskiego zbioru danych.

Punkt wyjścia stanowi zbiór danych ze wszystkich placówek zawierający pełen rejestr epizodów leczniczych. Rekordem w tym zbiorze jest epizod leczenia będący odzwierciedleniem pojedynczego zgłoszenia. W zbiorze epizodów niektóre rekordy mogą dotyczyć tych samych osób, co z jednej strony umożliwia analizę obciążenia placówek, natomiast z drugiej - nie pozwala na analizę mającą na celu stworzenie epidemiologicznej charakterystyki pacjentów.

W celu ustalenia liczby osób leczonych oraz wyeliminowania skrzywienia w obrazie wzorów używania narkotyków i charakterystyk społeczno-demograficznych musimy wyeliminować efekt wielokrotnego liczenia poprzez stworzenie zbioru osób leczonych, w którym każdy zgłaszający się do leczenia występowałby tylko raz i był reprezentowany przez swoją najbardziej aktualną charakterystykę.

Podstawą do eliminowania powtórzeń jest **identyfikator pacjenta**, który tworzą dwie pierwsze litery imienia, dwie pierwsze litery nazwiska, data urodzenia oraz płeć.

Eliminacja wielokrotnego liczenia tych samych osób odbywa się poprzez poszukiwanie w zbiorze danych rekordów o tych samych identyfikatorach. W przypadku wykrycia powtarzających się identyfikatorów do obliczeń wykorzystane są rekordy dotyczące ostatniego epizodu leczenia danego pacjenta.

3.3. Struktura kwestionariusza

Struktura kwestionariusza jest zgodna z zakresem informacji gromadzonych podczas wywiadu z pacjentem (anamneza). Zawiera on następujące obszary tematyczne:

1. **Charakterystyka społeczno-demograficzna pacjenta** (płeć, wiek, wykształcenie, zamieszkanie, aktywność ekonomiczna).
2. **Wzór używania substancji** (rodzaje substancji, sposób i częstość ich używania, wiek pierwszego użycia, wiek rozpoczęcia regularnego używania).
3. **Zachowania ryzykowne** (iniekcje, dzielenie się igłami lub strzykawkami).
4. **Status HIV, HCV.**
5. **Źródło i wynik zgłoszenia się do leczenia**, informacje o ewentualnym wcześniejszym leczeniu.
6. **Diagnoza (ICD-10).**

Polski kwestionariusz zgodny jest z wymaganiami zawartymi w protokole EMCDDA. Dodatkowo została rozbudowana część dotycząca wzoru używania narkotyków (pytania o używanie 24 rodzajów substancji), dodano także kilka pytań (m.in. gmina zamieszkania pacjenta, dzielenie się igłami lub strzykawkami, status HCV, diagnoza podstawowa wg ICD-10 oraz diagnoza choroby dodatkowej).

3.4. Wypełnianie kwestionariusza

Prawie wszystkie pytania kwestionariusza mają charakter zamknięty, tzn. opatrzone są zestawem odpowiedzi, z których należy wybrać i zaznaczyć **tylko jedną** właściwą dla danego pytania. Część pytań sformułowana została w taki sposób, że odpowiedzi mają charakter numeryczny, np. pytanie o datę urodzenia, datę kontaktu z placówką czy wiek inicjacji.

W kwestionariuszu określenia „obecnie”, „aktualnie” we wszystkich pytaniach odnoszą się do sytuacji pacjenta w ciągu ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia.

3.5. Przegląd poszczególnych pozycji kwestionariusza

- czarna numeracja dotyczy kolejności pytań w aplikacji elektronicznej oraz w kwestionariuszu pomocniczym do wersji elektronicznej
- czerwona numeracja dotyczy kolejności pytań w kwestionariuszu papierowym
- zielona numeracja dotyczy kolejności pytań w kwestionariuszu pomocniczym do kwestionariusza papierowego w wersji papierowej

Kod placówki – unikalny numer placówki brak/1./brak

Każda placówka uczestnicząca w systemie monitorowania zgłaszalności do leczenia otrzymuje od CINN KBPN unikalny kod. Służy on identyfikacji kwestionariuszy pochodzących z poszczególnych placówek. Dzięki temu możliwe jest identyfikowanie placówki w procesie weryfikacji poprawności danych. Kody służą także do prowadzenia analiz mających na celu charakterystykę pacjentów ze względu na typ placówki, w której podjęli leczenie.

Numer pacjenta brak/1a./2.

Numer pacjenta z księgi głównej lub innego systemu rejestracji wewnątrzszpitalowej służy do identyfikacji dokumentacji (historii choroby) pacjenta w placówce. Znajduje on zastosowanie w przypadku wystąpienia błędów w przesłanych danych i konieczności dokonania korekty informacji o pacjencie w procesie konsultacji z placówką.

Kod pacjenta brak/2./9.

Kod pacjenta służy generowaniu unikalnego identyfikatora koniecznego do eliminowania wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli w danym roku kalendarzowym więcej niż raz zgłaszały się do leczenia.

Czy nowy pacjent 1/brak./brak.

Należy zaznaczyć, jeśli pacjent nie był leczony w tej placówce, tzn. nie ma go jeszcze w bazie danych

Imię i nazwisko pacjenta 2./brak./brak

Imię i nazwisko pacjenta są jednym z elementów tworzących indywidualny kod pacjenta. Zarówno w wersji papierowej, jak i w aplikacji elektronicznej może zostać wypełnione pełne imię i nazwisko, natomiast system prześle do KBPN jedynie dwie pierwsze litery imienia i nazwiska.

Data kontaktu z placówką 3./11./11.

Zmienna ta dotyczy daty zgłoszenia się pacjenta do placówki w celu rozpoczęcia danego cyklu terapii (epizodu leczenia). Niekoniecznie oznacza ona datę wypełnienia kwestionariusza.

Kto skierował pacjenta 4./6./6.

Pytanie to ma na celu ustalenie, kto najczęściej kieruje pacjentów do placówek i dotyczy odtworzenia źródeł motywacji pacjenta do podjęcia leczenia. Dzięki zebranych informacjom możliwe jest określenie w tym procesie roli m.in. pomocy społecznej, ogólnej służby zdrowia lub instytucji kontroli społecznej takich jak Policja czy wymiar sprawiedliwości.

Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków 5./4./4.

Celem tego pytania jest identyfikacja osób podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu. Kategoria „był poprzednio leczony” oznacza, że pacjent w przeszłości poddał się leczeniu z powodu problemów związanych z używaniem narkotyków w jakiegokolwiek placówce. Kategoria „nigdy” oznacza, iż pacjent podejmuje leczenie po raz pierwszy w życiu.

Rok pierwszego leczenia w życiu 6./5./5.

Zmienna ta dostarcza informacji o roku, w którym pacjent po raz pierwszy w życiu podjął leczenie. Może ona zostać wykorzystana do prowadzenia rozmaitych analiz np. w porównaniu do wieku inicjacji narkotykowej lub wieku rozpoczęcia regularnego używania narkotyków można określić tzw. *latency period*, czyli okres między rozpoczęciem używania narkotyków (w tym używania problemowego) a podjęciem leczenia.

Płeć 7./3./3.

Płeć należy do podstawowych danych epidemiologicznych. Stanowi też jeden z elementów identyfikatora pacjenta.

Data urodzenia 8./10./10.

Wymagana jest pełna data urodzenia, która stanowi jeden z elementów identyfikatora pacjenta. Ponadto służy do obliczenia wieku będącego jedną z podstawowych danych epidemiologicznych.

Z kim mieszka 9./7./7.

Zmienna ta służy określeniu sytuacji mieszkaniowej pacjenta poprzez wybór jednego ze wskazanych modeli. Służy ona także do analizy zakresu kontaktów społecznych pacjenta oraz poziomu jego integracji społecznej.

Status zamieszkania 10./12./12.

Zmienna ta służy określeniu, na ile stabilna jest sytuacja mieszkaniowa pacjenta.

Miejsce zamieszkania – nazwa miejscowości, gminy, powiatu i województwa 11./8./8.

Zmienna ta służy określeniu miejsca zamieszkania/przebywania pacjenta. Ponadto wykorzystywana jest do automatycznego generowania kodu terytorialnego GUS w przypadku aplikacji elektronicznej lub do kontroli poprawności kodu GUS w przypadku kwestionariusza papierowego.

Miejsce zamieszkania – symbol terytorialny GUS brak/13./13.

Informacje dotyczące miejsca zamieszkania pacjentów umożliwiają przeprowadzanie analiz terytorialnych zgłoszeń do leczenia. Pozwala to zatem na ocenę sytuacji epidemiologicznej oraz zapotrzebowania na leczenie na poziomie województwa, powiatu czy gminy. Dane te mogą posłużyć do kształtowania oraz ewaluacji polityki antynarkotykowej na poziomie regionalnym i lokalnym.

Symbol terytorialny GUS składający się z 7 znaków pozwala zarówno na jednoznaczną identyfikację województwa, powiatu i gminy, jak również wskazuje na typ obszaru (wiejski, miejski lub miejsko-wiejski). Zastosowanie kodów GUS pozwala na łatwe uwzględnianie różnicowań terytorialnych w prowadzonych analizach.

Osobno klasyfikowani są pacjenci, którzy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia mieszkali poza granicami Polski oraz osoby, które mieszkały w Polsce, ale nie udało się ustalić, w jakiej gminie. Dane tych osób nie biorą udziału w analizach terytorialnych.

Obywatelstwo 12./14./14.

W wielu krajach europejskich problem narkotyków dotyczy w dużej mierze mniejszości etnicznych oraz emigrantów. Jak dotąd w Polsce zjawisko to nie przybrało dużych rozmiarów, jednakże uwzględnienie tej zmiennej pozwala na identyfikację potencjalnych zmian w tym obszarze i ewentualnych potrzeb w zakresie specjalistycznej pomocy dla tej grupy odbiorców.

Aktywność zawodowa 13./16./16

Intencją pytania jest uchwycenie aktualnej sytuacji pacjenta w zakresie jego aktywności zawodowej. Zmienna ta jest jednym z ważniejszych wskaźników sytuacji życiowej oraz poziomu integracji społecznej.

Poziom wykształcenia 14./15./15.

Wykształcenie należy do kluczowych wskaźników pozycji społeczno-ekonomicznej. Dane o nim zbierane są zarówno od osób, które zakończyły już swoją edukację, jak również dla tych, które nadal się uczą. W przypadku pacjentów pozostających jeszcze w procesie kształcenia zbiera się informacje na temat ukończonej do tej pory szkoły. Kategoryzacja wykształcenia zastosowana w pytaniu uwzględnia zmiany w systemie edukacji w Polsce, które nastąpiły w latach dziewięćdziesiątych. Ponadto umożliwia ona mapowanie danych do kategorii Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Wykształcenia (*International Standard Classification of Education – ISCE*). Pozwala to na uwzględnienie wykształcenia w porównaniach międzynarodowych.

Używanie substancji 15./30./30

Ta sekcja kwestionariusza służy do zbierania danych o aktualnym wzorze używania narkotyków, czyli informacji na temat rodzaju i statusu substancji, sposobu ich przyjmowania oraz częstości używania. Ponadto gromadzone są dane dotyczące wieku pierwszego użycia poszczególnych substancji oraz wieku rozpoczęcia ich regularnego używania.

Szczegółowy opis informacji zbieranych w ramach tej sekcji znajduje się poniżej.

Status narkotyku 15a./tabela/30a

W tym punkcie dokonuje się identyfikacji narkotyków używanych przez pacjenta oraz określa się ich rolę we wzorze używania.

W Polsce, ze względu na znaczne rozpowszechnienie wzoru polegającego na używaniu wielu różnych substancji, zbierane są dane o wszystkich substancjach używanych w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia.

Narkotyk podstawowy to substancja, której używanie powoduje najwięcej problemów i stanowi przyczynę zgłoszenia się do leczenia. Należy zaznaczyć, że na potrzeby monitorowania zgłaszalności do leczenia alkohol nie może być narkotykiem podstawowym. Pacjenci, dla których alkohol jest podstawowym problemem nie są objęci monitoringiem.

Narkotyk pierwszy dodatkowy to druga co do ważności substancja we wzorze używania pacjenta, natomiast pozostałe substancje uzyskują status kolejnych dodatkowych.

Sposób przyjmowania narkotyku 15b./tabela/30b

W ramach tej zmiennej zbierane są informacje o drodze przyjmowania każdego używanego narkotyku. Dane te służą do identyfikacji szczególnie ryzykownych sposobów przyjmowania substancji.

Częstość używania narkotyku 15c./tabela/30c

Częstość używania substancji może być wskaźnikiem nasilenia problemu narkotykowego danej osoby oraz determinować wystąpienie szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z ich używania.

Wiek pierwszego użycia narkotyku 15d./tabela/30d

Dane zebrane w tym punkcie służą do analizy biografii narkotykowej pacjentów.

Wiek rozpoczęcia regularnego używania narkotyku 15e./tabela/30e

Dane zebrane w tym punkcie służą do analizy biografii narkotykowej pacjentów.

Czy informacja o narkotyku podstawowym jest pewna 16./29./29.

Pytanie służy identyfikacji przypadków, w których wskazanie narkotyku podstawowego przysporzyło trudności.

Dzięki tej zmiennej możliwe jest wyodrębnienie grupy pacjentów, w przypadku których zamiennie lub jednocześnie używanie wielu substancji jest powodem powstawania problemów (politoksykomania).

Leczenie substytucyjne już otrzymywane 17-20./17-20./17-20.

Ten punkt kwestionariusza służy zarówno do identyfikacji osób, które są w trakcie leczenia substytucyjnego jak również do ewaluacji odpowiedzi na pytanie o wzór używania narkotyków.

Używanie narkotyków w iniekcjach 21./21./21.

Pytanie dotyczy używania narkotyków w iniekcjach w celach nie medycznych. Jako iniekcje w tym przypadku rozumie się zastrzyki dożylny, domięśniowe, śródskórne i podskórne, za wyjątkiem zabiegów czysto medycznych takich jak szczepienia, podawanie insuliny itp.

Stosowanie substancji w iniekcjach należy do jednych z bardziej ryzykownych zachowań wśród użytkowników narkotyków. Monitorowanie tego zjawiska jest szczególnie istotne z perspektywy szkód zdrowotnych związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków, do których zalicza się m.in. choroby zakaźne (HIV, HCV, itp.), zatrucia (przedawkowania) i inne.

Wiek pierwszej iniekcji 22./22./22.

Pytanie to dostarcza informacji na temat długości ekspozycji pacjentów na czynniki ryzyka związane ze stosowaniem narkotyków w iniekcjach.

Dzielenie się igłami i strzykawkami 23./23./23.

Dzielenie się sprzętem do iniekcji oznacza tu zarówno przypadki korzystania z igieł lub strzykawek używanych przez inne osoby, jak też udostępnianie innym używanej przez siebie igły lub strzykawkę.

Intencją tego pytania jest identyfikacja grup użytkowników szczególnie narażonych na zwiększone ryzyko występowania chorób zakaźnych związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków.

Status HIV 24./24./24.

Pytanie o status HIV służy do oszacowania rozpowszechnienia występowania tego schorzenia wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, a także do prób określenia czynników ryzyka zakażeń.

Status HCV 25./25./25.

Pytanie o status HCV służy do oszacowania rozpowszechnienia występowania tego schorzenia wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, a także do prób określenia czynników ryzyka zakażeń.

Wynik zgłoszenia 26./26./26.

Zmienna ta umożliwia wyróżnienie dwóch grup pacjentów. Pierwszą z nich stanowią osoby, które w wyniku zgłoszenia podjęły leczenie w danej placówce. Do drugiej należą pacjenci, którzy nie rozpoczęli leczenia.

Diagnoza podstawowa wg ICD-10 27./27./27.

Zmienna ta dotyczy wstępnej diagnozy choroby zasadniczej wpisanej do historii choroby pacjenta. Dane te zbiera się tylko w odniesieniu do osób, które podjęły leczenie.

Diagnoza dodatkowa wg ICD-10 28./28./28.

Zmienna ta dotyczy wstępnej diagnozy choroby współistniejącej wpisanej do historii choroby pacjenta. Dane te zbiera się tylko w odniesieniu do osób, które podjęły leczenie. Intencją tego pytania jest monitorowanie rozmiarów i charakteru problemu współzachorowalności, czyli występowania przypadków tzw. podwójnej diagnozy.

4. KWESTIE ETYCZNE

Podstawową kwestią etyczną systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia jest zapewnienie poufności zbieranych informacji. Obowiązek ten dotyczy wszystkich partnerów w ramach systemu tj. zarówno placówek jak też CINN KBPN.

Bazy danych opracowywane są tak, aby nie było możliwości zidentyfikowania poszczególnych pacjentów.

Dane są publikowane jedynie w postaci zbiorczych zestawień statystycznych.

5. BIBLIOGRAFIA

Donmall, M. (1999) UK monitoring of problem drug users: The Drug Misuse Database – A system based on regional centres, *European Addiction Research*, 5(4), 185–190.

EMCDDA/Pompidou Group (2000), Treatment Demand Indicator. Standard protocol 2.0

Hartnoll, R. (1994) Drug treatment reporting systems and the first Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol, Strasbourg: Council of Europe Press.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005. Warszawa 2002, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010. Warszawa 2006, (www.kbpn.gov.pl).

Origer, A. (1996) EMCDDA epidemiology work programme 1996. Procedures to avoid double counting in drug treatment reporting systems, Luxembourg: Ministry of Health.

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

Sierosławski J. (1996) Narkomania w Warszawie - wielowskaźnikowa ocena epidemiologiczna. *Alkoholizm i Narkomania*. No 2(23)

Sierosławski J. (1996) Wzory używania narkotyków wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie. *Alkoholizm i Narkomania*. 4(25).

Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M., Vicente, J. (1999) 'The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European core item set for treatment monitoring and reporting', *European Addiction Research*, 5(4), 197–207.

Simon, R., Tauscher, M. (1997) Reitox sub-task 3.2. Improvement of comparability between established national treatment reporting systems. Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers. Final report, Reitox Focal Point Reports Germany No.4, Munich: IFT.

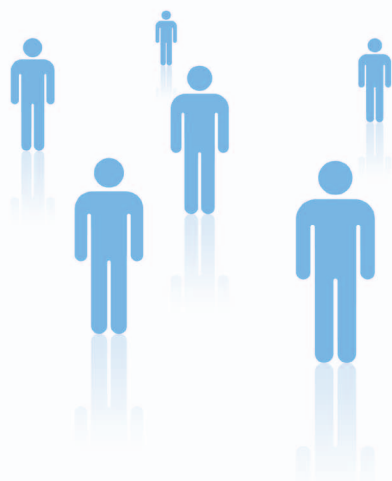
Sinclair H. (2006) Drug treatment demand data: influence on policy and practice. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

Sokołowska, E., Struzik, M., Kidawa, M. (2008). Monitorowanie zgłaszalności do leczenia. Problemy Narkomanii nr 1, str. 27-43.

Stauffacher M. (1999) Treated Drug Users in 23 European Cities. Data 1997. Trends 1996-97. Pompidou Group Project on Treatment Demand: Final Report. Strasbourg. Council of Europe Publishing.

United Nation Office on Drugs and Crime (2006) Guidance for the measurement of drug treatment demand, Toolkit Module 8, Global Assessment Programme on Drug Abuse, New York.

Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej (1990-2005) Roczniki statystyczne z lat 1990-2003. Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii.





Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii



CENTRUM INFORMACJI
O NARKOTYKACH
I NARKOMANII

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KWESTIONARIUSZA TDI

Szczegółowe informacje na temat metodologii monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków dostępne są w protokole w rozdziale 3.1. „Definicja epizodu leczniczego”.

W celu określenia początku i zakończenia epizodu leczniczego, a w konsekwencji podejmowania decyzji o wypełnianiu kwestionariusza zarówno w placówkach stacjonarnych (w tym w programach leczenia substytucyjnego oraz oddziałach dziennych), jak i w placówkach ambulatoryjnych, poniżej zaprezentowano hipotetyczne przypadki zgłoszeń do leczenia.

LECZNICTWO STACJONARNE (W TYM PROGRAMY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO ORAZ ODDZIAŁY DZIENNE)

Przykład

Pacjent	Epizod leczenia	Placówka lecznicza	Poprzedni rok (2010)	Aktualny rok (2011)	Następny rok (2012)
B	B1	1	VII.....V	
B	B2	1			II.....VIII

W tym przypadku pacjent pojawia się w placówce w lipcu 2010 roku i pozostaje w leczeniu do maja 2011 roku. Następną próbą leczenia tego samego pacjenta w tej samej placówce rozpoczyna się w lutym 2012 roku i kończy w sierpniu tego roku.

Przy pierwszej próbie leczenia - B1 (lipiec 2010 - maj 2011)- ankietę wypełniamy oraz wysyłamy do CINN KBPN w lipcu 2010 roku. Następnie w styczniu 2011 roku zaznaczamy w ankiecie pole „Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku” i wysyłamy do CINN KBPN (termin przesyłania identyfikatorów pacjentów pozostających w leczeniu w kolejnym roku kalendarzowym upływa w dniu 31 stycznia).

Datę zakończenia epizodu leczniczego dla przypadku B1 zaznaczamy oraz wysyłamy w maju 2011 roku.

Kiedy pacjent pojawia się w tej samej placówce po raz drugi – przypadek B2 - w lutym 2012 roku, wypełniamy dla niego nową ankietę (nowy epizod leczniczy). Następnie w tej samej ankiecie zaznaczamy datę zakończenia epizodu leczniczego pacjenta (sierpień 2012 roku) oraz wysyłamy do CINN KBPN.

LECZNICTWO AMBULATORYJNE

Przykład 1

Pacjent	Poprzedni rok (2010)			Aktualny rok (2011)												Następny rok (2012)		
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
A			—								—							

Pacjent trafia do poradni w grudniu 2010 roku i systematycznie zgłasza się na wizyty do placówki do kwietnia 2011 roku, zaś w maju i czerwcu w ogóle nie pojawia się w placówce. Następnie pacjent zgłasza się ponownie na wizytę w lipcu i kontynuuje leczenie do listopada 2011 roku.

W tym przypadku wypełniamy tylko jedną ankietę, gdyż nieobecność pacjenta w placówce w maju i czerwcu nie oznacza końca epizodu leczniczego (nieobecność trwała krócej niż 6 miesięcy - patrz protokół 3.1. - „Definicja epizodu leczniczego”). Ankietę wypełniamy zatem w grudniu 2010 roku i przesyłamy do CINN KBPN w terminie zgodnym z ustalonym wcześniej rytmem przesyłania danych.

Ponieważ epizod leczniczy tego pacjenta przypada na przełom lat (2010/2011), w roku 2011 należy w tej samej ankiecie, najpóźniej do 31 lipca (termin nadsyłania kodów pacjentów, którzy kontynuują leczenie w placówkach ambulatoryjnych w kolejnym roku – patrz protokół 3.1. „Definicja epizodu leczniczego”), zaznaczyć pole „Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku”, a następnie przestać ankietę do CINN KBPN.

Jeżeli zakończenie epizodu leczniczego w/w pacjenta, tzn. listopad 2011 roku, nie jest terminem zakończenia leczenia wcześniej ustalonym z terapeutą lub datą skierowania pacjenta do innej placówki, należy odczekać 6 miesięcy, a następnie przestać do CINN KBPN w tej samej ankiecie datę zakończenia epizodu leczniczego. Zatem, jeśli pacjent w ciągu 6 miesięcy nie pojawi się ponownie w placówce, epizod leczniczy uznajemy za zakończony w listopadzie 2012 roku.

LECZNICTWO AMBULATORYJNE

Przykład 2

Pacjent	Poprzedni rok (2010)			Aktualny rok (2011)												Następny rok (2012)		
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
E			—	—	—								—	—	—	—	—	

Pacjent „E” trafia do placówki w grudniu 2010 roku i leczy się do końca lutego aktualnego roku. Ponownie zgłasza się na wizytę do tej samej placówki we wrześniu 2011 roku i kontynuuje terapię do końca lutego 2012 roku.

W tym przypadku mamy do czynienia z dwoma epizodami leczniczymi, co wynika z faktu, że pacjent przez co najmniej 6 miesięcy nie zgłaszał się na wizyty.

Ankietę należy wypełnić zatem dwa razy. Pierwszy raz w grudniu 2010 roku, gdy pacjent zgłasza się na leczenie. W roku 2011 zaznaczamy w ankiecie pole „Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku” oraz wysyłamy ją do CINN KBPN. W tym samym roku, po 6 miesiącach od ostatniej wizyty (lub od razu, jeśli wiemy, że pacjent zakończył leczenie) w tej samej ankiecie wprowadzamy datę zakończenia epizodu leczniczego, a następnie ją wysyłamy.

Następnie - we wrześniu 2011 roku - tworzymy dla tego pacjenta nową ankietę (kolejny epizod leczniczy) i wysyłamy do CINN KBPN. W 2012 roku zaznaczamy w niej pole „Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku” i również wysyłamy do CINN KBPN. W roku 2012 wpisujemy datę zakończenia epizodu leczniczego oraz wysyłamy ankietę do CINN KBPN. Datą zakończenia będzie tu luty 2012. Jednak - w zależności od informacji o pacjencie - możemy ją wpisać jeszcze w lutym (gdy wiemy, że zakończył, przerwał leczenie, zgłosił się do innej placówki) lub dopiero po 6 miesiącach od jego ostatniej wizyty.

INFORMACJE DOTYCZĄCE POSZCZEGÓLNYCH PUNKTÓW KWESTIONARIUSZA

- Poszczególne pozycje kwestionariusza uporządkowane są zgodnie z kolejnością wprowadzoną w wersji elektronicznej kwestionariusza tj. w aplikacji TDI Manager oraz w kwestionariuszu pomocniczym do wersji elektronicznej.
- **Kolorem czerwonym** zaznaczona jest numeracja odpowiadająca punktom w kwestionariuszu papierowym oraz w kwestionariuszu pomocniczym do wersji papierowej.

1. Czy nowy pacjent (brak)

Pole należy zaznaczyć, jeśli pacjent nie był wcześniej leczony w danej placówce, tzn. nie ma go jeszcze w bazie danych.

2. Imię i nazwisko pacjenta (brak)

Imię i nazwisko są jednym z elementów tworzących identyfikator pacjenta. W przypadku aplikacji elektronicznej danej placówki można wpisać pełne imię i nazwisko pacjenta. System prześle do CINN KBPN jedynie dwie pierwsze litery imienia i nazwiska.

3. Data kontaktu z placówką (11)

W tym punkcie ankiety należy zaznaczyć datę zgłoszenia się pacjenta do placówki po raz pierwszy w celu rozpoczęcia danego cyklu terapii (epizodu leczenia), a niekoniecznie datę wypełnienia ankiety.

W wersji elektronicznej kwestionariusza pole „Data kontaktu z placówką” uzupełnić można manualnie lub poprzez wybranie daty z kalendarza.

W wersji papierowej kwestionariusza w pierwszej kolumnie należy zaznaczyć pierwszą cyfrę dnia, a w drugiej – drugą. W trzeciej i czwartej kolumnie zaznaczamy dwie kolejne cyfry miesiąca, a w piątej i szóstej dwie ostatnie cyfry roku. Na przykład jeśli pacjent zgłosił 2.10.2007 roku: w pierwszej kolumnie zaznaczamy „0”, w drugiej – „2”, w trzeciej – „1”, w czwartej „0”, w piątej – „0” i w szóstej – „7”.

4. Kto skierował pacjenta (6)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Pytanie to ma na celu ustalenie, kto najczęściej kieruje pacjentów na leczenie. Należy wybrać tylko jedną odpowiedź, najlepiej charakteryzującą - zdaniem badanego - podłoże jego zgłoszenia się do placówki. Wybierając odpowiedź, należy zaznaczyć odpowiednią kategorię (w wersji papierowej kratkę). W przypadku instytucji takich jak inna placówka lecznicza lub pomoc społeczna, chodzi nie tyle o formalne wypisanie skierowania, co raczej o rzeczywisty wkład w proces budowania motywacji do poszukiwania leczenia. Każdorazowo pacjent musi sam zdecydować, co w największym stopniu przyczyniło się do poszukiwania przez niego leczenia.

5. Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków (4)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

W pytaniu tym nie chodzi o to, czy pacjent poszukiwał wcześniej leczenia, ale o to, czy już je wcześniej podejmował. Należy wyraźnie rozróżnić pojęcie zgłoszenia się w poszukiwaniu leczenia oraz podjęcie leczenia. Kwestionariusz jest wypełniany w przypadku wszystkich pacjentów zgłaszających się w poszukiwaniu leczenia, niezależnie od tego, czy pierwszy kontakt z placówką wiązał się z podjęciem leczenia, czy też do tego nie doszło. To pytanie natomiast dotyczy tylko wcześniej podejmowanego przez pacjenta leczenia.

„Nigdy nie był leczony” – symbol „1” oznacza, że pacjent nigdy przedtem nie był leczony z powodu problemu narkotyków w żadnej placówce. Oznacza to, że zgłasza się na jakiegokolwiek leczenie z powodu używania narkotyków po raz pierwszy w życiu.

„Był poprzednio leczony” – symbol „2” oznacza, że dany pacjent w przeszłości poddał się jakiegokolwiek terapii ukierunkowanej na leczenie uzależnienia od środków odurzających w danej bądź w jakiegokolwiek innej placówce terapeutycznej.

Jeżeli nie można uzyskać powyższych informacji - należy zaznaczyć odpowiedź „nie ustalono” – symbol „0”. Jednak jest to szczególnie ważne pytanie i należy dołożyć wszelkich starań, aby uzyskać na nie odpowiedź.

Jeżeli pacjent został skierowany z innego ośrodka specjalizującego się w leczeniu problemowego używania narkotyków, lecz nie był w nim leczony, należy zaznaczyć symbol „1” – odpowiedź „Nigdy nie był leczony” (należy się przy tym upewnić, że pacjent nie był uprzednio leczony w innych ośrodkach).

6. Rok pierwszego leczenia w życiu (5)

Chodzi tu o leczenie skierowane na zaprzestanie używania narkotyków, a nie leczenie schorzeń towarzyszących np. zakażeń. Nie należy też w tym przypadku brać pod uwagę leczenia ostrego zatrucia w wyniku przedawkowania narkotyku. Powinno się jednak uwzględnić zarówno leczenie w placówkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych. Jeśli pacjent nigdy w życiu nie był leczony z powodu narkotyków, nie należy nic zaznaczać, pole odpowiedzi powinno zostać niewypełnione. Jeśli nie udało się ustalić roku pierwszego leczenia także nie należy nic zaznaczać, pole odpowiedzi powinno zostać niewypełnione.

Należy dążyć do ustalenia roku pierwszego leczenia, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny rok, nawet, jeśli jest on niepewny, niż pozostawić pole odpowiedzi niewypełnione.

W wersji elektronicznej kwestionariusza należy wpisać cztery cyfry roku, jeśli w punkcie „Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków?” została wybrana kategoria „Był poprzednio leczony w jakiegokolwiek placówce”. W przypadku wybrania kategorii „Nigdy nie był leczony w żadnej placówce” lub „Nie ustalono”, pole „Rok pierwszego leczenia” będzie nieaktywne.

W wersji papierowej kwestionariusza, należy zaznaczyć dwie ostatnie cyfry roku, w którym pacjent podjął pierwsze w życiu leczenie z powodu problemu narkotyków, niekoniecznie w tej placówce.

7. Płeć (3)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Jest jednym z elementów tworzących indywidualny kod pacjenta.

8. Data urodzenia – dzień, miesiąc, rok (10)

Wymagana jest pełna, dokładna data urodzenia.

Stanowi ona jeden z istotnych elementów kodu pacjenta.

W wersji elektronicznej kwestionariusza pole „Data urodzenia” uzupełnić można manualnie lub poprzez wybranie daty z kalendarza.

W wersji papierowej kwestionariusza w pierwszej kolumnie należy zaznaczyć pierwszą cyfrę, a w drugiej – drugą cyfrę dnia urodzenia. W trzeciej i czwartej kolumnie zaznacza się dwie kolejne cyfry miesiąca, a w piątej i szóstej dwie ostatnie cyfry roku urodzenia. Na przykład, jeśli pacjent urodził się 20.05.1986 roku: w pierwszej kolumnie zaznaczymy „2”, w drugiej – „0”, w trzeciej – „0”, w czwartej „5”, w piątej – „8” i w szóstej – „6”.

9. Z kim mieszka (7)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

W tym punkcie staramy się przyporządkować pacjenta do jednego z wyróżnionych w ankiecie modeli. Gdy żadna z odpowiedzi nie opisuje dokładnie jego sytuacji, należy wybrać tę wersję, która jest najbardziej do niej zbliżona. Pytanie dotyczy stanu w ciągu ostatnich **30 dni** przed zgłoszeniem się na leczenie. Jeżeli sytuacja pacjenta ulegała zmianie w czasie ostatnich 30 dni, należy zaznaczyć odpowiedź adekwatną do sytuacji bezpośrednio poprzedzającej rozpoczęcie leczenia.

„Z rodzicami” – symbol „2”: oznacza z matką i/lub ojcem, a także ewentualnie z dalszą rodziną (dziadkowie, wujostwo itd.). Generalnie pytanie to dotyczy rodziny pierwotnej badanego.

„Z partnerem” – symbole „4” i „5”: partner oznacza tu partnera seksualnego (formalnego lub nie), tzn. zarówno współmałżonka, jak i partnera ze związku niesformalizowanego (konkubinat).

„Z dzieckiem/dziećmi” – symbole „3” i „5”: chodzi tu zarówno o własne dzieci w sensie biologicznym, jak również dzieci wychowywane przez badanego (dzieci przysposobione, dzieci partnera, itp.).

„Z przyjaciółmi” – symbol „6”: chodzi tu o zamieszkiwanie z osobami niespokrewnionymi z pacjentem, ale pozostającymi z nim w stosunkach co najmniej koleżeńskich.

10. Status zamieszkania (12)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Pytanie dotyczy stanu w ciągu ostatnich **30 dni** przed rozpoczęciem leczenia. Jeżeli sytuacja pacjenta ulegała zmianie w ciągu ostatnich 30 dni, należy podkreślić odpowiedź odpowiadającą stanowi bezpośrednio poprzedzającemu rozpoczęcie leczenia.

„Stałe miejsce zamieszkania” – symbol „1”: oznacza stabilną sytuację mieszkaniową pacjenta, niezależnie od tego, jaką formę przybiera. Wybór symbolu „1” oznacza, że pacjent ma uporządkowaną sytuację mieszkaniową, innymi słowy ma stały, pewny dach nad głową. Można też powiedzieć, iż ma prawo mieszkać tam, gdzie mieszka.

„Niestałe miejsce zamieszkania” – symbol „2”: oznacza brak stabilnej sytuacji mieszkaniowej, tzn. pacjent w ogóle nie ma gdzie mieszkać (jest bezdomny) lub

pomieszkuje czasowo u innych osób. W tej drugiej sytuacji jest to równoznaczne z tym, że praktycznie w każdej chwili może zostać pozbawiony możliwości zamieszkania.

„Instytucja” – symbol „3”: oznacza szpital, dom dziecka, więzienie, koszary, schronisko dla bezdomnych, hostel, mieszkanie readaptacyjne, itp.

11. Miejsce zamieszkania (8)

W wersji elektronicznej kwestionariusza należy dokonać wyboru właściwych nazw z rozwijanej listy. Należy pamiętać, że tylko po wypełnieniu wszystkich rubryk zaistnieje możliwość wygenerowania przez aplikację poprawnego kodu GUS.

W wersji papierowej kwestionariusza należy wpisać nazwę miejscowości, gminy i powiatu. W przypadku wielkich miast (Warszawa, Łódź, Kraków, Wrocław, Poznań) należy w miejsce nazwy miejscowości wpisać nazwę dzielnicy, zaś w miejsce nazwy gminy – nazwę miasta.

12. Obywatelstwo (14)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

W zdecydowanej większości przypadków będziemy mieli do czynienia z obywatelami naszego kraju (symbol „1”). Jeśli w poszukiwaniu leczenia zgłosi się obywatel innego kraju, należy ustalić, czy jest on obywatelem jednego z pozostałych krajów Unii Europejskiej. Poza Polską do Unii należą następujące kraje: Austria, Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy. W przypadku obywateli tych krajów zaznaczamy symbol „2”. W przypadku obywateli innych krajów – symbol „3”. W przypadku podwójnego obywatelstwa należy kierować się miejscem stałego pobytu.

13. Aktywność zawodowa (16)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź, najlepiej charakteryzującą – zdaniem pacjenta – jego aktualną sytuację (ostatnie **30 dni** przed zgłoszeniem się do leczenia). Jeśli np. pacjent pracuje i jednocześnie uczy się, sam musi zdecydować, czy bardziej „czuje się” uczniem czy pracownikiem. Jako osoby bezrobotne (symbol „4”) powinni być kwalifikowani wszyscy, którzy są w wieku produkcyjnym, są zdolni do pracy i nie mają stałego zatrudnienia, a jednocześnie nie należą do żadnej z pozostałych kategorii wymienionych w kwestionariuszu. Będą to zatem nie tylko osoby zarejestrowane jako bezrobotne, ale także wykonujące prace dorywcze lub utrzymujące się z działalności przestępczej (np. handel narkotykami), żebractwa, prostytutki, itp. W kategorii „inne” (symbol „5”) powinny się znaleźć osoby, które np. odbywają służbę wojskową, są pozbawione wolności lub znajdują się w innej nietypowej sytuacji nie mieszczącej się w zakresie wyróżnionych w kwestionariuszu kategorii.

14. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone) (15)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Dla pacjentów, którzy zakończyli już swoją edukację, jak również dla tych, którzy nadal się uczą, należy zaznaczyć najwyższy poziom uzyskanego wykształcenia (ukończonej szkoły). Na przykład uczeń liceum powinien mieć zaznaczone wykształcenie gimnazjalne – symbol „3”. Wykształcenie średnie maturalne (symbol „5”) oznacza ukończenie szkoły średniej, która daje uprawnienia do zdawania matury, nawet jeśli badany matury nie zdał lub w ogóle nie zdawał. W tym przypadku ważne jest, że taką szkołę ukończył i w związku z tym ma prawo zdawać maturę.

15. Używanie substancji (30)

Ta część kwestionariusza służy do zbierania danych o wzorze używania narkotyków przez pacjenta bezpośrednio przed zgłoszeniem się do leczenia. Pacjent powinien być zatem pytany o używanie narkotyków w czasie ostatnich **30 dni** przed zgłoszeniem się. Ponadto, zbierane są w tym pytaniu dane dotyczące używania narkotyków w przeszłości, ale tylko w stosunku do tych narkotyków, których pacjent aktualnie używa lub które są (były) dla niego substancją problemową/podstawową.

(a) Status narkotyku

W pierwszej kolumnie tabeli (status narkotyku) należy zaznaczyć te narkotyki, które są obecnie używane, tzn. zostały chociaż raz przyjęte w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Symbol „1” zaznaczamy przy **narkotyku uznanym przez badanego za podstawowy czyli taki, którego używanie jest przyczyną zgłoszenia się na leczenie. Jest to zatem narkotyk, którego używanie powoduje najwięcej problemów.**

W przypadku, gdy pacjent aktualnie stosuje narkotyki, należy zaznaczyć nazwę narkotyku podstawowego stosowanego w okresie bezpośrednio poprzedzającym rozpoczęcie leczenia (do 30 dni przed zgłoszeniem się na leczenie).

Jednakże jeżeli pacjent w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia nie stosował narkotyku podstawowego, należy zaznaczyć nazwę ostatnio stosowanego narkotyku podstawowego. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia wtedy, gdy pacjent w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia, w ogóle nie używał narkotyków, np. przebywał w zakładzie karnym lub był w trakcie poprzedniego leczenia. Mogło się jednak zdarzyć tak, że pacjent w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia nie przyjmował narkotyku podstawowego, ale używał innych substancji. Zdarza się tak, np. w czasie czasowych kłopotów w dostępie do narkotyku podstawowego lub w czasie samodzielnych prób ograniczenia używania poprzedzających bezpośrednio zgłoszenie się do placówki. W takich sytuacjach niekiedy inne substancje używane są w celu złagodzenia objawów wynikających z braku narkotyku podstawowego. Ktoś uzależniony od heroiny może mieć przerwę w jej przyjmowaniu w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do placówki leczniczej, ale używać w tym czasie np. marihuany lub leków uspokajających i nasennych. W takiej sytuacji heroinę należy zaznaczyć jako narkotyk podstawowy (symbol „1”), zaś konopie i alkohol jako narkotyki dodatkowe, zaznaczając przy tym ważniejszym z nich, symbol „2” a przy tym mniej ważnym – symbol „3”.

Nie można w tym punkcie zaznaczyć alkoholu jako narkotyku podstawowego – symbol „1”. Ankiety nie wypełnia się, gdy pacjent zgłasza się na leczenie głównie z powodu problemu alkoholowego.

Symbol „2” wybieramy przy narkotyku drugim, co do ważności, we wzorze używania charakterystycznym dla badanego. Przy kolejnych narkotykach używanych przez badanego w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia zaznaczamy symbol 3. W jednej ankiecie musi zatem pojawić się zakreślona jedna „1”, ewentualnie jedna „2” oraz dowolna liczba symboli „3”. Jeśli pacjent brał tylko jeden narkotyk, w ankiecie nie powinna być zaznaczona ani jedna dwójka lub trójka.

Należy pamiętać, że w tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”.

Przy narkotykach nie używanych przez badanego w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia nie zaznaczamy nic, pozostawiając pola puste.

Przy wszystkich narkotykach używanych przez badanego wypełniamy dalsze kolumny tabeli opisujące sposób i częstość używania, jak również wiek badanego, w którym zaczął używać narkotyk i wiek, w którym zaczął używać go regularnie.

Substancje wymienione w tabeli podzielone są na grupy. Na końcu każdej z nich, w której wymieniono więcej niż jedną substancję, pojawia się także kategoria inne, np.: „inne stymulanty” lub „inne formy konopi”. Do tej kategorii należy klasyfikować zarówno przypadki używania określonej substancji z danej grupy, która nie pojawia się w kwestionariuszu, jak również przypadki, gdy pacjent brał „jakieś” środki z danej grupy, ale nie potrafi określić dokładnie, co to było. Na przykład przyjmował „jakieś” stymulanty, ale nie umie dokładnie określić jakie. To samo dotyczy zgłaszania przez pacjentów używania tzw. „dopalaczy”.

(b) Sposób przyjmowania

Należy zaznaczyć zazwyczaj stosowaną drogę przyjmowania narkotyku opisaną na liście odpowiedzi umieszczonej w główce tabeli. Przy każdym narkotyku używanym przez badanego zaznacza się symbol odpowiedniej odpowiedzi umieszczony w wierszu danego narkotyku. Jeżeli pacjent nie przyjmuje narkotyków w związku z rozpoczęciem leczenia lub w ciągu ostatnich 30 dni nie stosował narkotyku podstawowego, należy wpisać numer zazwyczaj stosowanej drogi podania, która była stosowana w ostatnim okresie przyjmowania narkotyku podstawowego.

(c) Częstość używania

Należy wpisać odpowiedni numer podany pod pytaniem.

Częstość przyjmowania dotyczy wyłącznie okresu 30 dni poprzedzających zgłoszenie się do leczenia.

Jeżeli pacjent nie przyjmuje narkotyków lub nie stosował w ciągu ostatnich 30 dni narkotyku podstawowego – należy wpisać symbol „1” – „nie używał”.

(d) Wiek pierwszego użycia

Należy zaznaczyć wiek w latach, w którym pacjent przyjął pierwszą dawkę danego narkotyku. Należy uważać, aby przez pomyłkę nie zaznaczyć liczby lat, jaka upłynęła

od inicjacji. W górnym wierszu powinno się zaznaczyć pierwszą cyfrę wieku, w dolnym wierszu – drugą cyfrę wieku. Na przykład, jeśli inicjacja używania danego narkotyku miała miejsce w wieku 7 lat – w górnym wierszu zaznaczamy „0”, a w dolnym – „7”, zaś jeśli w wieku 19 lat – w górnym wierszu zaznaczamy „1”, a w dolnym – „9”.

Jeżeli nie udało się ustalić wieku pierwszego użycia danego narkotyku, należy zaznaczyć symbol „00”, który oznacza „nie ustalono”. Należy dążyć do ustalenia wieku pierwszego użycia, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „nie ustalono”.

(e) Wiek rozpoczęcia regularnego używania

Należy zaznaczyć wiek w latach, w którym pacjent zaczął przyjmować regularnie dany narkotyk. Należy uważać, aby przez pomyłkę nie zaznaczyć liczby lat, jaka upłynęła od tego czasu.

Jeśli nie udało się ustalić wieku rozpoczęcia regularnego używania danego narkotyku, należy zaznaczyć symbol „00”. Należy dążyć do ustalenia wieku rozpoczęcia regularnego używania, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „nie ustalono”. Jeśli pacjent w ogóle nie rozpoczął regularnego używania danego narkotyku, używał go tylko okazjonalnie należy zaznaczyć symbol „99”.

W kwestionariuszu w wersji papierowej w górnym wierszu należy zaznaczyć pierwszą cyfrę wieku, w dolnym wierszu – drugą cyfrę wieku. Na przykład, jeśli początek regularnego używania narkotyków miał miejsce w wieku 8 lat – w górnym wierszu zakreślamy „0”, a w dolnym – „8”, zaś jeśli w wieku 26 lat – w górnym wierszu zakreślamy „2”, a w dolnym – „6”.

16. Czy informacja o narkotyku podstawowym jest pewna (29)

Pytanie to stanowi uzupełnienie następnego rozbudowanego pytania o wzór używania narkotyków. W zasadzie powinno być ono zadawane na samym końcu. W tym punkcie należy zaznaczyć, czy wybór narkotyku podstawowego był wymuszony, czy też rzeczywiście jeden z narkotyków we wzorze używania jest dominujący. Na podstawie informacji zawartych w tym punkcie chcemy wyodrębnić grupę pacjentów, którzy używają zamiennie lub jednocześnie wielu substancji i ten wzór jest powodem powstawania problemów. Definicja narkotyku podstawowego znajduje się w punkcie 15 (a) tej instrukcji.

17 - 20. Leczenie substytucyjne już otrzymywane (heroina, metadon, inne opiaty, inne substancje) (17 – 20)

Przy każdej z substancji używanej w leczeniu substytucyjnym należy zaznaczyć, czy pacjent przyjmował ją w czasie ostatnich **30 dni** w ramach leczenia substytucyjnego. Chodzi tu o oficjalne zarejestrowane programy leczenia substytucyjnego. Obecnie w naszym kraju odpowiedź „tak” (symbol „1”) może pojawić się w zasadzie tylko przy metadonie i innych substancjach (suboxone i buprenorfina). Niemniej jednak właściwe odpowiedzi należy zaznaczyć przy każdym z czterech pytań. Ten punkt kwestionariusza

służy zarówno do identyfikacji osób, które są w trakcie leczenia substytucyjnego, jak również do ewaluacji odpowiedzi na pytanie o wzór używania narkotyków.

21. Używanie narkotyków w iniekcjach (21)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Pytanie dotyczy podawania sobie jakiegokolwiek narkotyku drogą iniekcji w celach niemedycznych. Jako iniekcje należy rozumieć tu zastrzyki dożylny, domięśniowy, śródskórny i podskórny. Nie należy tu brać pod uwagę zabiegów czysto medycznych (szczepienia, podawanie insuliny itp.).

Jeśli pacjent używał kiedykolwiek jakiegokolwiek narkotyku w zastrzykach, ale w czasie ostatnich **30 dni** przed zgłoszeniem się do leczenia nie stosował iniekcji, należy zaznaczyć odpowiedź: „kiedykolwiek używał w iniekcjach, obecnie nie używa” – symbol „1”. Jeśli pacjent używał jakiegokolwiek narkotyku w iniekcji w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do placówki, należy zaznaczyć odpowiedź: „obecnie używa w iniekcjach” – symbol „2”. W przypadku pacjentów, którzy nigdy w życiu nie stosowali iniekcyjnej drogi przyjmowania narkotyków, należy zaznaczyć odpowiedź: „nigdy nie używał w iniekcjach” – symbol „3”.

22. Wiek pierwszej iniekcji (22)

Należy zaznaczyć wiek (w latach) badanego w momencie, kiedy dokonał pierwszej iniekcji narkotyku.

Należy dążyć do ustalenia wieku rozpoczęcia używania narkotyku w iniekcji, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „nie ustalono”.

W wersji elektronicznej kwestionariusza należy wpisać wiek pierwszej iniekcji, jeśli w punkcie „Używanie narkotyków w iniekcjach” została wybrana kategoria „Kiedykolwiek używał w iniekcjach, obecnie nie używa” lub „Obecnie używa w iniekcjach”. W przypadku wybrania kategorii „Nigdy nie używał w iniekcjach” lub „Nie ustalono”, pole „Wiek pierwszej iniekcji” będzie nieaktywne.

W wersji papierowej kwestionariusza w górnym wierszu należy zaznaczyć pierwszą cyfrę wieku, w dolnym wierszu – drugą cyfrę wieku. Na przykład, jeśli pierwsza iniekcja miała miejsce w wieku 9 lat – w górnym wierszu zaznaczamy „0”, a w dolnym – „9”, zaś jeśli w wieku 21 lat – w górnym wierszu zaznaczamy „2”, a w dolnym – „1”. Jeśli pacjent nigdy w życiu nie używał narkotyków w iniekcji, należy zaznaczyć symbol „99”. Gdy nie udało się ustalić wieku pierwszego użycia narkotyku w iniekcji, należy zaznaczyć symbol „00”.

23. Dzielenie się igłami i strzykawkami (23)

Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź. Dzielenie się sprzętem do iniekcji oznacza tu zarówno stosowanie używanej przez innych igły lub strzykawki, jak również udostępnianie innym używanej przez siebie igły lub strzykawki.

Jeśli pacjent kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, ale w czasie ostatnich **30 dni** przed zgłoszeniem się do leczenia nie robił tego, należy zaznaczyć odpowiedź: „Kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, obecnie nie” – symbol „1”. Jeśli pacjent dzielił się igłami lub strzykawkami w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź: „Obecnie dzielił się igłami i strzykawkami” – symbol „2”. W przypadku pacjentów, którzy nigdy w życiu nie dzielili się igłami lub strzykawkami, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nigdy nie dzielił się igłami i strzykawkami” – symbol „3”.

W wersji elektronicznej kwestionariusza pole „Dzielenie się igłami i strzykawkami” będzie nieaktywne, jeśli w pytaniu „Używanie narkotyków w iniekcjach” wybrana została kategoria „Nigdy nie używał w iniekcjach” bądź „Nie ustalono”.

24. Status HIV (24)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Jeśli pacjent był badany na obecność przeciwciał anti- HIV i otrzymał wynik dodatni, należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Badany – wynik dodatni”.
- w wersji papierowej „+” – symbol „1”.

Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był chociaż raz badany na obecność przeciwciał anti- HIV i ostatni wynik był ujemny, należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny”.
- w wersji papierowej „-” – symbol „2”.

Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był badany na obecność przeciwciał anti- HIV, ale przy ostatnim badaniu nie odebrał wyniku lub przy wielokrotnych badaniach otrzymywał sprzeczne wyniki, należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan”.
- w wersji papierowej „Badany – wynik nieznan” – symbol „3”.

Jeśli pacjent nie był badany na obecność przeciwciał anti- HIV w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia, należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy”.
- w wersji papierowej „Nie był badany” – symbol „4”.

Jeśli nie udało się zdobyć żadnych informacji na temat statusu HIV i należy zaznaczyć odpowiedź „nie ustalono” symbol „0”.

25. Status HCV (25)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Jeśli pacjent był badany na obecność przeciwciał anty- HCV i otrzymał wynik dodatni, należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Badany – wynik dodatni”.
- w wersji papierowej „+” – symbol „1”.

Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był chociaż raz badany na obecność przeciwciał anty- HCV i ostatni wynik był ujemny należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny”.
- w wersji papierowej „-” – symbol „2”.

Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był badany na obecność przeciwciał anty- HCV, ale przy ostatnim badaniu nie odebrał wyniku lub przy wielokrotnych badaniach otrzymywał sprzeczne wyniki należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan”.
- w wersji papierowej „Badany – wynik nieznan” – symbol „3”.

Jeśli pacjent nie był badany na obecność przeciwciał anty- HCV w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź:

- w wersji elektronicznej „Nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy”.
- w wersji papierowej „Nie był badany” – symbol „4”.

Jeśli nie udało się zdobyć żadnych informacji na temat statusu HCV należy zaznaczyć odpowiedź „nie ustalono” symbol „0”.

26. Wynik zgłoszenia (26)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

Jeśli pacjent podjął leczenie w placówce, należy wybrać odpowiedź „1”. Jeśli zgłoszenie się do leczenia zaowocowało jedynie skierowaniem do innej placówki, należy zaznaczyć odpowiedź „2”. W przypadku nie podjęcia leczenia, ze względu na ustalenie wspólnie z pacjentem, że leczenie jeszcze nie jest potrzebne, należy zaznaczyć odpowiedź „3”, zaś rezygnacja pacjenta z rozpoczęcia leczenia powodowana rozmyśleniem się pacjenta, pomimo tego, że leczenie jest potrzebne, oznacza wybór odpowiedzi – „4”. Jeśli pacjent nie podjął leczenia z innych powodów, niezależnych od jego decyzji, należy zaznaczyć symbol „5”.

27. Diagnoza podstawowa wg ICD-10 (27)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.

1. F11. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów
2. F12. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
3. F13. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających

4. F14. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
5. F15. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających, w tym kofeiny
6. F16. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
7. F18. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
8. F19. - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych
9. inna. – pozostałe rozpoznania (inne niż wyżej wymienione).

Jeśli pacjent nie podjął leczenia lub z innych powodów nie postawiono mu wstępnej diagnozy choroby zasadniczej należy zaznaczyć odpowiedź: „nie ustalono” (symbol „0”).

W wersji elektronicznej kwestionariusza należy wybrać odpowiedni kod z rozwijanej listy.

W wersji papierowej kwestionariusza w tym miejscu należy zaznaczyć kratkę przy symbolu odpowiadającym wstępnej diagnozie choroby zasadniczej wg ICD-10 wpisanej do historii choroby pacjenta.

28. Diagnoza dodatkowa wg ICD- 10 (28)

Należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Poniżej zamieszczono kategoryzację odpowiedzi:

1. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69)
2. Epizod depresyjny (F32) lub zaburzenia depresyjne nawracające (F33)
3. Inne zaburzenia nastroju [afektywne] (F30, F31, F34-F39)
4. Zaburzenia lękowe w postaci fobii (F40) lub inne zaburzenia lękowe (F41)
5. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe (F20-F29)
6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F10)
7. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol lub tytoń (F11-F15, F18, F19)
8. Pozostałe zaburzenia psychiczne (F00-F09, F42-F48, F50-F59, F70-F99)
9. Inne schorzenia, tzn. wszystkie inne niż zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
0. Brak diagnozy dodatkowej lub nie ustalono

Jeśli pacjent nie podjął leczenia lub jeśli nie stwierdzono choroby współistniejącej należy zaznaczyć odpowiedź: „Brak diagnozy dodatkowej lub nie ustalono” (symbol „0”).

W wersji elektronicznej kwestionariusza należy wybrać odpowiednią kategorię z rozwijanej listy.

W wersji papierowej kwestionariusza w tym miejscu należy zaznaczyć kratkę przy symbolu odpowiadającym wstępnej diagnozie choroby współistniejącej wg ICD-10 wpisanej do historii choroby pacjenta.

29. Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku (brak)

Pole to należy zaznaczyć, jeśli pacjent w nowym roku kontynuuje leczenie rozpoczęte w poprzednim roku kalendarzowym, tzn. jeden, ciągły epizod leczenia przypadł na przełom lat. Należy pozostawić puste jeśli pacjent rozpoczął nowy epizod leczenia.

30. Koniec epizodu leczenia - dzień, miesiąc, rok (brak)

W polu tym należy wpisać datę końca danego epizodu leczenia (dzień, miesiąc, rok). Dla placówek stacjonarnych (w tym substytucji) końcem epizodu będzie data wypisania, zakończenia leczenia w placówce. Dla ambulatorium: data kontaktu - jeśli pacjent nie zdecydował się na leczenie lub został skierowany do innej placówki, ustalona data zakończenia leczenia lub data ostatniego kontaktu, po którym pacjent nie zgłosił się do placówki przez okres 6 miesięcy.

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE WERSJI PAPIEROWEJ
KWESTIONARIUSZA ORAZ KWESTIONARIUSZA POMOCNICZEGO
DO WERSJI PAPIEROWEJ**

Kod placówki (1)

Należy zaznaczyć czterocyfrowy kod przypisany placówce. Każdej placówce przypisany zostanie konkretny numer nazywany tu kodem placówki.

W wersji papierowej kwestionariusza w pierwszej kolumnie należy zamazać kratkę z cyfrą określającą pierwszą cyfrę kodu placówki, w drugiej kolumnie – drugą cyfrę, itd. Na przykład jeśli placówka ma kod 175, to w pierwszej kolumnie zakreślamy kratkę z symbolem „0”, w drugiej kratkę z symbolem „1”, w trzeciej kratkę z symbolem „7” i w czwartej kratkę z symbolem „5”.

W wersji elektronicznej kwestionariusza kod placówki zostaje wpisany jednorazowo i uzupełnia się on automatycznie przy wypełnianiu każdej nowej ankiety.

Numer (2)

W wersji papierowej kwestionariusza we wskazanym polu (2) należy wpisać numer pacjenta z księgi głównej lub innego systemu rejestracji wewnątrzszpitalowej. Numer ten będzie służył do identyfikacji dokumentacji (historii choroby) pacjenta w placówce w przypadku wystąpienia błędu w zbiorze danych i związanej z tym konieczności sprawdzenia danych w celu dokonania poprawki.

W wersji elektronicznej kwestionariusza wprowadzono pole „Uwagi”, w którym można umieścić wszelkie dodatkowe informacje o pacjencie, w tym np. numer księgi głównej.

Kod (9)

W wersji papierowej kwestionariusza w tym miejscu podajemy inicjały pacjenta, które stanowią element kodu pacjenta. W kwestionariuszu nie podano co oznaczają poszczególne kolumny, tak aby uniemożliwić odszyfrowanie kodu, w razie gdyby wypełniony kwestionariusz dostał się w niepowołane ręce.

W pierwszych dwóch kolumnach należy zaznaczyć dwie pierwsze litery imienia, w następnych dwóch kolumnach - dwie pierwsze litery nazwiska. Ważne, żeby nie pomylić kolejności. Na przykład jeśli pacjent nazywa się Jan Kowalski, to w pierwszej kolumnie należy zaznaczyć kratkę z literą „J”, w drugiej – z literą „A”, w trzeciej kolumnie powinna być zaznaczona kratka z literą „K”, a w ostatniej, czwartej – kratka z literą „O”.

W wersji elektronicznej kwestionariusza kod pacjenta generuje się automatycznie, gdy wypełnione są pola „Imię”, „Nazwisko”, „Data urodzenia” i „Płeć”.

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI ELEKTRONICZNEJ

Pytanie	Odpowiedzi	
1. Czy nowy pacjent	Zaznaczyć, jeśli pacjent nie był leczony w tej placówce, tzn. nie ma go jeszcze w bazie danych	
2. Imię i nazwisko pacjenta		
	wpisać imię pacjenta	wpisać nazwisko pacjenta
3. Data kontaktu z placówką – dzień, miesiąc, rok		
	dzień	miesiąc
		dwie ostatnie cyfry roku
4. Kto skierował pacjenta	1. sam	6. pomoc społeczna
	2. rodzina, przyjaciele, znajomi	7. policja, sąd, kurator
	3. inna placówka leczenia uzależnień	8. inne
	4. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	0. nie ustalono
	5. szpital, inna placówka medyczna	
5. Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków	1. nigdy nie był leczony w żadnej placówce	
	2. był poprzednio leczony w jakiegokolwiek placówce	
	0. nie ustalono	
6. Rok pierwszego leczenia w życiu		Wpisać dwie ostatnie cyfry roku podjęcia pierwszego leczenia, jeśli nie ustalono roku, lub jeśli nie był leczony, nic nie wpisywać (zostawić puste)
7. Płeć	1. mężczyzna	2. kobieta
		0. nie ustalono
8. Data urodzenia – dzień, miesiąc, rok		
	dzień	miesiąc
		dwie ostatnie cyfry roku
9. Z kim mieszka	1. sam	5. z partnerem i dzieckiem (dziećmi)
	2. z rodzicami	6. z przyjaciółmi
	3. sam z dzieckiem lub dziećmi	7. inne
	4. z partnerem bez dziecka	0. nie ustalono
10. Status zamieszkania	1. stałe miejsce zamieszkania	3. instytucja (więzienie, szpital, itp.)
	2. niestałe miejsce zamieszkania	0. nie ustalono
11. Miejsce zamieszkania / przebywania – nazwa miejscowości/dzielnicy gminy, powiatu i województwa		
	Nazwa województwa	Nazwa powiatu
	Nazwa gminy	Nazwa miejscowości/dzielnicy
12. Obywatelstwo	1. Polska	3. kraj spoza Unii Europejskiej
	2. inny kraj Unii Europejskiej	0. nie ustalono
13. Aktywność zawodowa	1. stała praca	4. bezrobotny
	2. uczeń, student	5. inni
	3. ekonomicznie nieaktywny (rencista, emeryt, gospodyni domowa, itp.)	0. nie ustalono
14. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)	1. podstawowe nieukończone lub bez wykształcenia szkolnego	6. średnie policealne
	2. podstawowe	7. wyższe – licencjat
	3. gimnazjalne	8. wyższe – magisterskie
	4. zasadnicze zawodowe	0. nie ustalono
	5. średnie maturalne	

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI ELEKTRONICZNEJ

Skrócony opis poszczególnych pozycji kwestionariusza

Pełen opis znajduje się w protokole (Wersja 1.0.2) - „Monitorowanie zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków” (TDI).

1. **Czy nowy pacjent** – zaznaczyć, jeśli pacjent nie był leczony w tej placówce, tzn. nie ma go jeszcze w bazie danych.
2. **Imię i nazwisko pacjenta** – są jednym z elementów tworzących indywidualny kod pacjenta. Zarówno w wersji papierowej, jak i w aplikacji elektronicznej może zostać wypełnione pełne imię i nazwisko, natomiast system prześle do KBPN jedynie dwie pierwsze litery imienia i nazwiska.
3. **Data kontaktu z placówką** - dotyczy daty zgłoszenia się pacjenta do placówki po raz pierwszy celem rozpoczęcia danego cyklu terapii (epizodu leczenia), a niekoniecznie daty wypełnienia ankiety.
4. **Kto skierował pacjenta** - należy wybrać jedną, właściwą odpowiedź. W pytaniu tym chodzi o odtworzenie źródeł motywacji pacjenta w poszukiwaniu leczenia i roli na tym polu takich instytucji, jak pomoc społeczna, ogólna służba zdrowia czy instytucje kontroli społecznej, takie jak Policja czy wymiar sprawiedliwości.
5. **Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków** – pytanie dotyczy wcześniej podejmowanego przez pacjenta leczenia w jakiegokolwiek placówce ukierunkowanej na leczenie uzależnienia od środków odurzających i substancji psychoaktywnych.
6. **Rok pierwszego leczenia w życiu** - należy dążyć do ustalenia roku pierwszego leczenia, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny rok, nawet, jeśli jest on niepewny, niż pozostawić pole odpowiedzi niewypełnione.
7. **Płeć** – jest jednym z elementów tworzących indywidualny kod pacjenta.
8. **Data urodzenia**- wymagana jest pełna, dokładna data urodzenia. Stanowi ona jeden z elementów kodu pacjenta oraz służy do wyliczania wieku, który jest jedną z podstawowych danych epidemiologicznych.
9. **Z kim mieszka** - w tym punkcie staramy się przyporządkować pacjenta do jednego z wyróżnionych w ankiecie modeli. W sytuacji, gdy żadna z odpowiedzi nie opisuje dokładnie sytuacji pacjenta, należy wybrać tę najbardziej zbliżoną do jego sytuacji. Pytanie dotyczy stanu w ciągu ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Jeżeli sytuacja pacjenta ulegała zmianie w ciągu ostatnich 30 dni - należy zaznaczyć odpowiedź odpowiadającą stanowi bezpośrednio poprzedzającemu rozpoczęcie leczenia.
10. **Status zamieszkania** - pytanie dotyczy stanu w ciągu ostatnich 30 dni przed rozpoczęciem leczenia. Jeżeli sytuacja pacjenta ulegała zmianie w ciągu ostatnich 30 dni - należy podkreślić odpowiedź odpowiadającą sytuacji bezpośrednio poprzedzającej rozpoczęcie leczenia. „Stale miejsce zamieszkania” oznacza stabilną sytuację mieszkaniową pacjenta, niezależnie od tego, jaką formę przybiera. Zaliczenie do tej kategorii oznacza, że posiada on uporządkowaną sytuację mieszkaniową, innymi słowy ma stały, pewny dach nad głową. „Niestale miejsce zamieszkania” oznacza brak stabilnej sytuacji mieszkaniowej, tzn. pacjent w ogóle nie ma gdzie mieszkać (jest bezdomny) lub pomieszkuje „czasowo” u innych osób. Kategoria „Instytucja” oznacza szpital, więzienie, koszary, schronisko dla bezdomnych, itd. Może być ona interpretowana jako czasowe rozwiązanie ewentualnych problemów mieszkaniowych.
11. **Miejsce zamieszkania** – należy wypełnić wszystkie 4 elementy. Miejsce zamieszkania pacjenta oznacza tu jego miejsce pobytu w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Osobno klasyfikowani są pacjenci, którzy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do placówki mieszkali poza granicami Polski oraz osoby, które mieszkały w Polsce, ale nie udało się ustalić w jakiej gminie. Dane tych pacjentów nie są brane pod uwagę w analizach terytorialnych.
12. **Obywatelstwo** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. W przypadku podwójnego obywatelstwa należy kierować się miejscem stałego pobytu.
13. **Aktywność zawodowa** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź, najlepiej charakteryzującą - zdaniem pacjenta - jego aktualną sytuację (ostatnie 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia). Jeśli np. pacjent pracuje i jednocześnie uczy się, sam musi zdecydować, czy bardziej „czuje się” uczniem czy pracownikiem. Jako osoby bezrobotne powinni być kwalifikowani wszyscy, którzy są w wieku produkcyjnym, są zdolni do pracy i nie mają stałego zatrudnienia, a jednocześnie nie należą do żadnej z pozostałych kategorii wymienionych w kwestionariuszu. W kategorii „Inni” powinny się znaleźć osoby, które np. odbywają służbę wojskową, są pozbawione wolności.
14. **Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Dla wszystkich pacjentów, w tym również tych, którzy zakończyli już swoją edukację, jak również dla tych, którzy nadal się uczą, należy zaznaczyć najwyższy poziom uzyskanego wykształcenia (ukończonej szkoły). Na przykład uczeń liceum powinien mieć zaznaczone wykształcenie gimnazjalne. Wykształcenie średnie maturalne oznacza ukończenie szkoły średniej, która daje uprawnienia do zdawania matury, nawet jeśli badany matury nie zdał lub w ogóle nie zdawał.

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI ELEKTRONICZNEJ

15. Używanie substancji

Nazwa narkotyku	Dotyczy okresu: ostatnich 30 dni				d. Wiek pierwszego użycia	e. Wiek rozpoczęcia regularnego używania
	a. Status narkotyku*	b. Sposób przyjmowania	c. Częstość używania			
1. Heroina	1 – podstawowy 2 – pierwszy dodatkowy 3 – kolejne dodatkowe 0 – nie ustalono	1 – iniekcje 2 – palenie/ wdychanie 3 – jedzenie/picie 4 – wciąganie przez nos (sniff) 5 – inne 0 – nie ustalono	1 – nie używał 2 – używał raz na tydzień lub rzadziej 3 – używał 2-6 dni na tydzień 4 – używał codziennie 0 – nie ustalono		00 – nie ustalono	00 – nie ustalono 99 – nie używał regularnie
2. Metadon						
3. Opiaty produkowane domowym sposobem (kompot)						
4. Inne opioidy						
5. Kokaina						
6. Crack						
7. Inne formy kokainy						
8. Amfetamina						
9. Metamfetamina						
10. MDMA (ecstasy)						
11. Inne stymulanty						
12. Barbiturany						
13. Benzodiazepiny						
14. Inne leki uspokajające i nasenne						
15. LSD						
16. Grzyby halucynogenne						
17. Inne halucynogeny						
18. Substancje wziewne						
19. Marihuana						
20. Genetycznie zmienione konopie (skun)						
21. Haszysz						
22. Inne formy konopi						
23. Alkohol						
24. Inne substancje						

* W tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI ELEKTRONICZNEJ

- 15. Używanie substancji** - ta część kwestionariusza służy do zbierania danych o wzorze używania narkotyków przez pacjenta bezpośrednio przed zgłoszeniem się do leczenia. Pytamy zatem o używanie narkotyków w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Ponadto, zbieramy dane sięgające w przeszłość, ale tylko w stosunku do tych narkotyków, których pacjent aktualnie używa.
- a. Status narkotyku** – w tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”. Dokonuje się tu identyfikacji narkotyków używanych przez pacjenta oraz określa się ich rolę we wzorze używania narkotyków. Narkotyk podstawowy, to taki, którego używanie jest przyczyną zgłoszenia się do leczenia, czyli ten, którego używanie powoduje najwięcej problemów. Alkohol nie może wystąpić w roli narkotyku podstawowego. W Polsce ze względu na znaczne rozpowszechnienie wzoru polegającego na używaniu wielu różnych substancji zbieramy dane o wszystkich substancjach używanych w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się na leczenie. Wyjątek stanowi narkotyk podstawowy, który jako jedyny wykazany w ankiecie mógł nie być przyjmowany przez pacjenta w ciągu ostatnich 30 dni.
 - b. Sposób przyjmowania** - w tym punkcie zbiera się informacje o zazwyczaj stosowanej drodze przyjmowania narkotyku. Służą one do identyfikacji narkotyków o szczególnie ryzykownych sposobach przyjmowania. Jeżeli pacjent nie przyjmuje narkotyków w związku z rozpoczęciem leczenia lub w ciągu ostatnich 30 dni nie stosował danego narkotyku – określa się zazwyczaj stosowaną drogę podania w ostatnim okresie przyjmowania tego narkotyku i dotyczy to jedynie narkotyku podstawowego.
 - c. Częstość używania** - częstość używania narkotyku dotyczy wyłącznie okresu 30 dni poprzedzających zgłoszenie się na leczenie. Jeżeli pacjent nie przyjmuje narkotyków lub nie stosował w ciągu ostatnich 30 dni narkotyku podstawowego – należy wpisać symbol „1” – „Nie używał”.
 - d. Wiek pierwszego użycia** – należy zaznaczyć wiek (w latach), w którym pacjent przyjął pierwszą dawkę danego narkotyku. Należy dążyć do ustalenia wieku pierwszego użycia, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „Nie ustalono”, czyli „00”
 - e. Wiek rozpoczęcia regularnego używania** - należy zaznaczyć wiek (w latach), w którym pacjent zaczął przyjmować regularnie dany narkotyk. Jeśli nie udało się ustalić wieku rozpoczęcia regularnego używania danego narkotyku należy zaznaczyć symbol „00”. Należy dążyć do ustalenia wieku rozpoczęcia regularnego używania, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „Nie ustalono”. Jeśli pacjent w ogóle nie rozpoczął regularnego używania danego narkotyku, używał go tylko okazjonalnie, należy zaznaczyć symbol „99”.

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI ELEKTRONICZNEJ

16. Czy informacja o narkotyku podstawowym jest pewna	1. tak		0. nie ustalono		
	2. nie				
17. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – heroina	1. tak		0. nie ustalono		
	2. nie				
18. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – metadon	1. tak		0. nie ustalono		
	2. nie				
19. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – inne opiaty	1. tak		0. nie ustalono		
	2. nie				
20. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – inne substancje	1. tak		0. nie ustalono		
	2. nie				
21. Używanie narkotyków w iniekcjach	1. kiedykolwiek używał w iniekcjach, obecnie nie używa		3. nigdy nie używał w iniekcjach		
	2. obecnie używa w iniekcjach		0. nie ustalono		
22. Wiek pierwszej iniekcji			Wpisać wiek pierwszej w życiu iniekcji		
			00. nie ustalono		
			99. nigdy nie używał w iniekcjach		
23. Dzielenie się igłami i strzykawkami	1. kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, obecnie nie		3. nigdy nie dzielił się igłami i strzykawkami		
	2. obecnie dzieli się igłami i strzykawkami		0. nie ustalono		
24. Status HIV	1. badany – wynik dodatni		4. nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy		
	2. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny		0. nie ustalono		
	3. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan				
25. Status HCV	1. badany – wynik dodatni		4. nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy		
	2. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny		0. nie ustalono		
	3. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan				
26. Wynik zgłoszenia	1. podjęto leczenie w placówce		4. nie podjęto leczenia, bowiem pacjent nie zdecydował się na leczenie		
	2. skierowano do innej placówki		5. nie podjęto leczenia z innego powodu		
	3. nie podjęto leczenia, bowiem pacjent nie potrzebował leczenia		0. nie ustalono		
27. Diagnoza podstawowa wg ICD-10	F		.	0. nie ustalono	Wpisać symbol diagnozy choroby zasadniczej wg ICD-10 (każda cyfra w osobnej kratce) lub zaznaczyć nie ustalono
28. Diagnoza dodatkowa wg ICD-10	1. F60-F69 – zaburzenia osobowości		6. F10 – problem alkoholowy		
	2. F32, F33 – depresja		7. F11-F16, F18, F19 – problem narkotyków		
	3. F30, F31, F34-F39 – inne zaburzenia afektywne		8. F00-F09, F42-F48, F50-F59, F70-F99 – pozostałe zaburzenia psychiczne		
	4. F40, F41 – zaburzenia lękowe		9. inne schorzenia		
	5. F20-F29 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe		0. brak diagnozy dodatkowej lub nie ustalono		
29. Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku	<input type="checkbox"/>	Zaznaczyć, jeśli kontynuacja leczenia z poprzedniego roku, zostawić puste, jeśli nowy epizod leczenia			
30. Koniec epizodu leczenia – dzień, miesiąc, rok					

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI ELEKTRONICZNEJ

- 16. Czy informacja o narkotyku podstawowym jest pewna** - intencją tego pytania jest uchwycenie, czy wybór narkotyku podstawowego był wymuszony, czy też rzeczywiście jeden z narkotyków we wzorze używania jest dominujący. Na podstawie informacji zawartych w tym punkcie chcemy wyodrębnić grupę pacjentów, którzy używają zamiennie lub jednocześnie wielu substancji, i ten wzór jest powodem powstawania problemów.
- 17-20. Leczenie substytucyjne - już otrzymywane** – punkty te służą zarówno do identyfikacji osób, które są w trakcie leczenia substytucyjnego, jak również do ewaluacji odpowiedzi na pytanie o wzór używania narkotyków.
- 21. Używanie narkotyków w iniekcjach** - pytanie dotyczy podawania sobie jakiegokolwiek narkotyku drogą iniekcji w celach niemedycznych. Jako iniekcje rozumie się tu zastrzyki dożylnie, domięśniowe, śródskórne i podskórne. Nie bierze się pod uwagę zabiegów czysto medycznych (szczepienia, podawanie insuliny itp.). Stosowanie iniekcji jest podstawową formą zachowania ryzykownego przy używaniu narkotyków. Monitorowanie zasięgu tego fenomenu jest szczególnie istotne z perspektywy szkód zdrowotnych takich jak choroby infekcyjne (HIV, HCV, itp.), ale również zatrucia (przedawkowania) czy inne uszkodzenia. Ograniczanie iniekcyjnego używania narkotyków bywa często jednym z celów programów redukcji szkód, stąd odpowiedzi na to pytanie mogą dostarczyć danych do ewaluacji tych programów. Jeśli pacjent używał kiedykolwiek jakiegokolwiek narkotyku w zastrzykach, ale w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się nie stosował iniekcji, należy zaznaczyć odpowiedź: „Kiedykolwiek używał w iniekcjach, obecnie nie używa”. Jeśli pacjent używał jakiegokolwiek narkotyku w iniekcji w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź: „Obecnie używa w iniekcjach”. W przypadku pacjentów, którzy nigdy w życiu nie stosowali iniekcyjnej drogi przyjmowania narkotyków, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nigdy nie używał w iniekcjach”.
- 22. Wiek pierwszej iniekcji** – należy zaznaczyć wiek (w latach) badanego w momencie, kiedy dokonał pierwszej iniekcji narkotyku. Powinno się dążyć do ustalenia wieku rozpoczęcia używania narkotyku w iniekcji, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „Nie ustalono”.
- 23. Dzielenie się igłami i strzykawkami** - Dzielenie się sprzętem do iniekcji oznacza tu zarówno stosowanie używanej przez innych igły lub strzykawki, jak również udostępnianie innym używanej przez siebie igły lub strzykawki. Jeśli pacjent kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, ale w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia nie robił tego, należy zaznaczyć odpowiedź: „Kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, obecnie nie”. Jeśli pacjent dzielił się igłami lub strzykawkami w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź: „Obecnie dzielił się igłami i strzykawkami”. W przypadku pacjentów, którzy nigdy w życiu nie dzielili się igłami lub strzykawkami, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nigdy nie dzielił się igłami i strzykawkami”.
- 24. Status HIV** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Jeśli pacjent był badany na obecność przeciwciał anti-HIV i otrzymał wynik dodatni, należy zaznaczyć odpowiedź: „Badany – wynik dodatni”. Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był chociaż raz badany na obecność przeciwciał anti- HIV i ostatni wynik był ujemny, należy zaznaczyć odpowiedź: „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny”. Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był badany na obecność przeciwciał anti- HIV, ale przy ostatnim badaniu nie odebrał wyniku lub przy wielokrotnych badaniach otrzymywał sprzeczne wyniki, należy zaznaczyć odpowiedź: „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznany”. Jeśli pacjent nie był badany na obecność przeciwciał anti- HIV w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź: „Nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy”. Jeśli nie udało się zdobyć żadnych informacji na temat statusu HIV, należy zaznaczyć odpowiedź „Nie ustalono”.
- 25. Status HCV** – należy postępować tak jak w pytaniu „24”.
- 26. Wynik zgłoszenia** – należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Pytanie o wynik zgłoszenia pozwala na identyfikację dwóch grup osób poszukujących leczenia: pacjentów, którzy rozpoczynają terapię, oraz takich, którzy mimo kontaktu z placówką leczenia nie podejmują. Odpowiedź nr „5” należy zaznaczyć, jeśli pacjent nie podjął leczenia z innych, niezależnych od jego decyzji powodów.
- 27. Diagnoza podstawowa wg ICD-10** – należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. W tym miejscu zbierane są dane o wstępnej diagnozie choroby zasadniczej wpisanej do historii choroby pacjenta. Dane te zbiera się tylko w odniesieniu do osób, które podjęły leczenie.
- 28. Diagnoza dodatkowa wg ICD-10** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Jeśli pacjent nie podjął leczenia lub z innych powodów nie postawiono mu wstępnej diagnozy choroby zasadniczej, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nie ustalono”.
- 29. Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku** – pole to należy zaznaczyć, jeśli pacjent kontynuuje leczenie z poprzedniego roku, tzn. jeden, ciągły epizod leczenia przypadł na przełom lat. Powinno się zostawić je puste, jeśli pacjent rozpoczął nowy epizod leczenia.
- 30. Koniec epizodu leczenia- dzień, miesiąc, rok** – punkt ten dotyczy końca epizodu, który został odnotowany w danej ankiecie i jest wypełniany po jego zakończeniu. Dla placówek stacjonarnych (w tym substytucji) końcem epizodu będzie data wypisania, zakończenia leczenia w placówce. Dla ambulatorium: data kontaktu- jeśli pacjent nie zdecydował się na leczenie lub został skierowany do innej placówki, ustalona data zakończenia leczenia lub data ostatniego kontaktu, po którym pacjent nie zgłosił się do placówki przez okres 6 miesięcy.

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI PAPIEROWEJ

Pytanie	Odpowiedzi					
2. Nr pacjenta						Wpisać nr pacjenta z książki głównej lub innego systemu rejestracji wewnątrzszpitalowej
9. Kod pacjenta (inicjały – imienia i nazwiska)						
	<i>pierwsza litera imienia</i>	<i>druga litera imienia</i>	<i>pierwsza litera nazwiska</i>	<i>druga litera nazwiska</i>		
11. Data kontaktu z placówką – dzień, miesiąc, rok						
	<i>dzień</i>		<i>miesiąc</i>		<i>dwie ostatnie cyfry roku</i>	
6. Kto skierował pacjenta	1. sam			6. pomoc społeczna		
	2. rodzina, przyjaciele, znajomi			7. policja, sąd, kurator		
	3. inna placówka leczenia uzależnień			8. inne		
	4. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej			0. nie ustalono		
	5. szpital, inna placówka medyczna					
4. Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków	1. nigdy nie był leczony					
	2. był poprzednio leczony					
	0. nie ustalono					
5. Rok pierwszego leczenia w życiu			Wpisać dwie ostatnie cyfry roku podjęcia pierwszego leczenia, jeśli nie ustalono roku lub jeśli nie był leczony, nic nie wpisywać (zostawić puste)			
3. Płeć	1. mężczyzna		2. kobieta		0. nie ustalono	
10. Data urodzenia – dzień, miesiąc, rok						
	<i>dzień</i>		<i>miesiąc</i>		<i>dwie ostatnie cyfry roku</i>	
7. Z kim mieszka	1. sam			5. z partnerem i dzieckiem (dziećmi)		
	2. z rodzicami			6. z przyjaciółmi		
	3. sam z dzieckiem lub dziećmi			7. inne		
	4. z partnerem bez dziecka			0. nie ustalono		
12. Status zamieszkania	1. stałe miejsce zamieszkania			3. instytucja (więzienie, szpital, itp.)		
	2. niestałe miejsce zamieszkania			0. nie ustalono		
8. Miejsce zamieszkania – nazwa miejscowości, gminy i powiatu						Wpisać nazwy miejscowości, gminy i powiatu miejsca zamieszkania/przebywania
13. Miejsce zamieszkania – symbol terytorialny GUS					Wpisać symbol terytorialny GUS miejsca zamieszkania (gminy)	
					000000. nie ustalono	
					999999. inne kraje niż Polska	
14. Obywatelstwo	1. Polska			3. kraj spoza Unii Europejskiej		
	2. inny kraj Unii Europejskiej			0. nie ustalono		
15. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)	1. podstawowe nieukończone lub bez wykształcenia szkolnego			6. średnie policealne		
	2. podstawowe			7. wyższe – licencjat		
	3. gimnazjalne			8. wyższe – magisterskie		
	4. zasadnicze zawodowe			0. nie ustalono		
	5. średnie maturalne					
16. Aktywność zawodowa	1. stała praca			4. bezrobotny		
	2. uczeń, student			5. inni		
	3. ekonomicznie nieaktywny (rencista, emeryt, gospodyni domowa, itp.)			0. nie ustalono		

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI PAPIEROWEJ

Skrócony opis poszczególnych pozycji kwestionariusza

Pełen opis znajduje się w załączniku do protokołu

(Wersja 1.0.2) - „**Monitorowanie zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków**” (TDI).

2. **Nr pacjenta** – należy wpisać numer pacjenta z księgi głównej lub innego systemu rejestracji wewnątrzszkolowej.
9. **Kod pacjenta** – należy wpisać dwie pierwsze litery imienia oraz dwie pierwsze litery nazwiska pacjenta.
11. **Data kontaktu z placówką** - dotyczy daty zgłoszenia się pacjenta do placówki po raz pierwszy celem rozpoczęcia danego cyklu terapii (epizodu leczenia), a niekoniecznie daty wypełnienia ankiety.
6. **Kto skierował pacjenta** - należy wybrać jedną, właściwą odpowiedź. W pytaniu tym chodzi o odtworzenie źródeł motywacji pacjenta w poszukiwaniu leczenia i roli na tym polu takich instytucji, jak pomoc społeczna, ogólna służba zdrowia czy instytucje kontroli społecznej, takie jak Policja czy wymiar sprawiedliwości.
4. **Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu narkotyków** – pytanie dotyczy wcześniej podejmowanego przez pacjenta leczenia w jakiegokolwiek placówce ukierunkowanej na leczenie uzależnienia od środków odurzających i substancji psychoaktywnych.
5. **Rok pierwszego leczenia w życiu** - należy dążyć do ustalenia roku pierwszego leczenia, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny rok, nawet, jeśli jest on niepewny, niż pozostawić pole odpowiedzi niewypełnione.
3. **Płeć** – jest jednym z elementów tworzących indywidualny kod pacjenta.
10. **Data urodzenia**- wymagana jest pełna, dokładna data urodzenia. Stanowi ona jeden z elementów kodu pacjenta oraz służy do wyliczania wieku, który jest jedną z podstawowych danych epidemiologicznych.
7. **Z kim mieszka** - w tym punkcie staramy się przyporządkować pacjenta do jednego z wyróżnionych w ankiecie modeli. W przypadku, gdy żadna z odpowiedzi nie opisuje dokładnie sytuacji pacjenta, należy wybrać tę odpowiedź, która jest najbardziej zbliżona do sytuacji pacjenta. Pytanie dotyczy stanu w ciągu ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Jeżeli sytuacja pacjenta ulegała zmianie w ciągu ostatnich 30 dni - należy zaznaczyć odpowiedź odpowiadającą sytuacji bezpośrednio poprzedzającej rozpoczęcie leczenia.
12. **Status zamieszkania** - pytanie dotyczy stanu w ciągu ostatnich 30 dni przed rozpoczęciem leczenia. Jeżeli sytuacja pacjenta ulegała zmianie w ciągu ostatnich 30 dni - należy podkreślić odpowiedź odpowiadającą sytuacji bezpośrednio poprzedzającej rozpoczęcie leczenia. „Stale miejsce zamieszkania” oznacza stabilną sytuację mieszkaniową pacjenta, niezależnie od tego, jaką formę przybiera. Zaliczenie do tej kategorii oznacza, że pacjent ma uporządkowaną sytuację mieszkaniową, innymi słowy posiada stały, pewny dach nad głową. „Niestale miejsce zamieszkania” oznacza brak stabilnej sytuacji mieszkaniowej, tzn. pacjent w ogóle nie ma gdzie mieszkać (jest bezdomny) lub pomieszkuje czasowo u innych osób. Kategoria „Instytucja” oznacza szpital, więzienie, koszary, schronisko dla bezdomnych, itd. Może być ona interpretowana jako czasowe rozwiązanie ewentualnych problemów mieszkaniowych.
8. **Miejsce zamieszkania** - miejsce zamieszkania pacjenta oznacza tu jego miejsce pobytu w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Osobno klasyfikowani są klienci, którzy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia mieszkali poza granicami Polski oraz osoby, które mieszkały w Polsce, ale nie udało się ustalić, w jakiej gminie. Dane tych osób nie biorą udziału w analizach terytorialnych.
13. **Miejsce zamieszkania- symbol terytorialny GUS** - należy wpisać symbol terytorialny GUS miejsca zamieszkania.
14. **Obywatelstwo** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. W przypadku podwójnego obywatelstwa kierujemy się miejscem stałego pobytu.
15. **Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Dla pacjentów, którzy zakończyli już swoją edukację, jak również dla tych, którzy nadal się uczą, należy zaznaczyć najwyższy poziom uzyskanego wykształcenia (ukończonej szkoły). Na przykład uczeń liceum powinien mieć zaznaczone wykształcenie gimnazjalne. Wykształcenie średnie maturalne oznacza ukończenie szkoły średniej, która daje uprawnienia do zdawania matury, nawet jeśli badany matury nie zdał lub w ogóle nie zdawał.
16. **Aktywność zawodowa** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź, najlepiej charakteryzującą - zdaniem pacjenta - jego aktualną sytuację (ostatnie 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia). Jeśli np. pacjent pracuje i jednocześnie uczy się, sam musi zdecydować, czy bardziej czuje się uczniem czy pracownikiem. Jako osoby bezrobotne powinni być kwalifikowani wszyscy, którzy są w wieku produkcyjnym, są zdolni do pracy i nie mają stałego zatrudnienia, a jednocześnie nie należą do żadnej z pozostałych kategorii wymienionych w kwestionariuszu. W kategorii „Inni” powinny się znaleźć osoby, które np. odbywają służbę wojskową, są pozbawione wolności.

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI PAPIEROWEJ

30. Używanie substancji

Nazwa narkotyku	a. Status narkotyku*	Dotyczy okresu: ostatnich 30 dni		d. Wiek pierwszego użycia	e. Wiek rozpoczęcia regularnego używania
		b. Sposób przyjmowania	c. Częstość używania		
1. Heroina	1 – podstawowy 2 – pierwszy dodatkowy 3 – kolejne dodatkowe 0 – nie ustalono	1 – iniekcje 2 – palenie/ wdychanie 3 – jedzenie/picie 4 – wciąganie przez nos (sniff) 5 – inne 0 – nie ustalono	1 – nie używał 2 – używał raz na tydzień lub rzadziej 3 – używał 2-6 dni na tydzień 4 – używał codziennie 0 – nie ustalono	00 – nie ustalono	00 – nie ustalono 99 – nie używał regularnie
2. Metadon					
3. Opiaty produkowane domowym sposobem (kompot)					
4. Inne opioidy					
5. Kokaina					
6. Crack					
7. Inne formy kokainy					
8. Amfetamina					
9. Metamfetamina					
10. MDMA (ecstasy)					
11. Inne stymulanty					
12. Barbiturany					
13. Benzodiazepiny					
14. Inne leki uspokajające i nasenne					
15. LSD					
16. Grzyby halucynogenne					
17. Inne halucynogeny					
18. Substancje wziewne					
19. Marihuana					
20. Genetycznie zmienione konopie (skun)					
21. Haszysz					
22. Inne formy konopi					
23. Alkohol					
24. Inne substancje					

* W tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI PAPIEROWEJ

- 30. Używanie substancji** - ta część kwestionariusza służy do zbierania danych o wzorze używania narkotyków przez pacjenta bezpośrednio przed zgłoszeniem się do leczenia. Pytamy zatem o używanie narkotyków w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Ponadto, zbieramy dane sięgające w przeszłość, ale tylko w stosunku do tych narkotyków, których pacjent aktualnie używa.
- a. Status narkotyku** – w tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”. Dokonuje się tu identyfikacji narkotyków używanych przez pacjenta oraz określa się ich rolę we wzorze używania narkotyków. Narkotyk podstawowy, to taki, którego używanie jest przyczyną zgłoszenia się do leczenia czyli taki, którego używanie powoduje najwięcej problemów. Alkohol nie może wystąpić w roli narkotyku podstawowego. W Polsce ze względu na znaczne rozpowszechnienie wzoru polegającego na używaniu wielu różnych substancji zbieramy dane o wszystkich substancjach używanych w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia. Wyjątek stanowi narkotyk podstawowy, który jako jedyny wykazany w ankiecie mógł nie być przyjmowany przez pacjenta w ciągu ostatnich 30 dni.
- b. Sposób przyjmowania** - w tym punkcie zbiera się informacje o zazwyczaj stosowanej drodze przyjmowania narkotyku. Informacje te służą do identyfikacji narkotyków o szczególnie ryzykownych sposobach przyjmowania. Jeżeli pacjent nie przyjmuje narkotyków w związku z rozpoczęciem leczenia lub w ciągu ostatnich 30 dni nie stosował danego narkotyku – określa się zazwyczaj stosowaną drogę podania w ostatnim okresie przyjmowania tego narkotyku i dotyczy to jedynie narkotyku podstawowego.
- c. Częstość używania** - częstość używania narkotyku dotyczy wyłącznie okresu 30 dni poprzedzających zgłoszenie się do leczenia. Jeżeli pacjent nie przyjmuje narkotyków lub nie stosował w ciągu ostatnich 30 dni narkotyku podstawowego – należy wpisać symbol „1” – „Nie używał”.
- d. Wiek pierwszego użycia** – należy zaznaczyć wiek (w latach), w którym pacjent przyjął pierwszą dawkę danego narkotyku. Należy dążyć do ustalenia wieku pierwszego użycia, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „Nie ustalono” czyli „00”.
- e. Wiek rozpoczęcia regularnego używania** - należy zaznaczyć wiek (w latach), w którym pacjent zaczął przyjmować regularnie dany narkotyk. Jeśli nie udało się ustalić wieku rozpoczęcia regularnego używania danego narkotyku należy zaznaczyć symbol „00”. Należy dążyć do ustalenia wieku rozpoczęcia regularnego używania, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „Nie ustalono”. Jeśli pacjent w ogóle nie rozpoczął regularnego używania danego narkotyku, używał go tylko okazjonalnie, należy zaznaczyć symbol „99”.

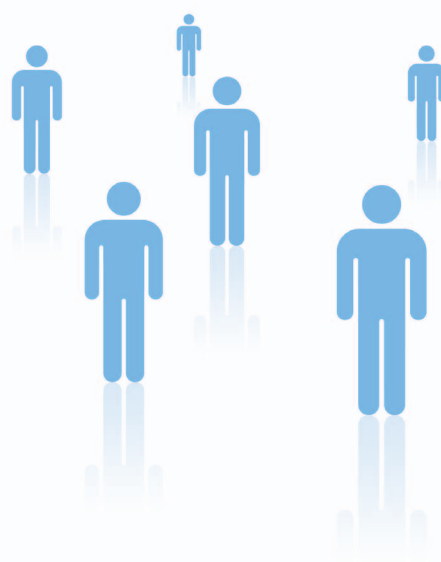
KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY DO WERSJI PAPIEROWEJ

29. Czy informacja o narkotyku podstawowym jest pewna	1. tak	0. nie ustalono
	2. nie	
17. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – metadon	1. tak	0. nie ustalono
	2. nie	
18. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – heroina	1. tak	0. nie ustalono
	2. nie	
19. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – inne opiaty	1. tak	0. nie ustalono
	2. nie	
20. Leczenie substytucyjne – już otrzymywane – inne substancje	1. tak	0. nie ustalono
	2. nie	
21. Używanie narkotyków w iniekcjach	1. kiedykolwiek używał w iniekcjach, obecnie nie używa	3. nigdy nie używał w iniekcjach
	2. obecnie używa w iniekcjach	0. nie ustalono
22. Wiek pierwszej iniekcji		<i>Wpisać wiek pierwszej w życiu iniekcji</i>
		00. nie ustalono
		99. nigdy nie używał w iniekcjach
23. Dzielenie się igłami i strzykawkami	1. kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, obecnie nie	3. nigdy nie dzielił się igłami i strzykawkami
	2. obecnie dzieli się igłami i strzykawkami	0. nie ustalono
24. Status HIV	1. badany – wynik dodatni	4. nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy
	2. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny	0. nie ustalono
	3. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan	
25. Status HCV	1. badany – wynik dodatni	4. nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy
	2. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny	0. nie ustalono
	3. badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan	
26. Wynik zgłoszenia	1. podjęto leczenie w placówce	4. nie podjęto leczenia, bowiem pacjent nie zdecydował się na leczenie
	2. skierowano do innej placówki	5. nie podjęto leczenia z innego powodu
	3. nie podjęto leczenia, bowiem pacjent nie potrzebował leczenia	0. nie ustalono
27. Diagnoza podstawowa wg ICD-10	1. F11 – opioidy	6. F16 – halucynogeny
	2. F12 – konopie	7. F18 – substancje wziewne
	3. F13 – uspokajające i nasenne	8. F19 – mieszane i inne
	4. F14 – kokaina	9. inna diagnoza
	5. F15 – inne stymulanty	0. nie ustalono
28. Diagnoza dodatkowa wg ICD-10	1. F60-F69 – zaburzenia osobowości	6. F10 – problem alkoholowy
	2. F32, F33 – depresja	7. F11-F16, F18, F19 – problem narkotyków
	3. F30, F31, F34-F39 – inne zaburzenia afektywne	8. F00-F09, F42-F48, F50-F59, F70-F99 – pozostałe zaburzenia psychiczne
	4. F40, F41 – zaburzenia lękowe	9. inne schorzenia
	5. F20-F29 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe	0. brak diagnozy dodatkowej lub nie ustalono

- 29. Czy informacja o narkotyku podstawowym jest pewna** - intencją tego pytania jest uchwycenie, czy wybór narkotyku podstawowego był wymuszony, czy też rzeczywiście jeden z narkotyków we wzorze używania jest dominujący. Na podstawie informacji zawartych w tym punkcie chcemy wyodrębnić grupę pacjentów, którzy używają zamiennie lub jednocześnie wielu substancji, i ten wzór jest powodem powstawania problemów.
- 17-20. Leczenie substytucyjne - już otrzymywane** – punkty te służą zarówno do identyfikacji osób, które są w trakcie leczenia substytucyjnego, jak również do ewaluacji odpowiedzi na pytanie o wzór używania narkotyków.
- 21. Używanie narkotyków w iniekcjach** - pytanie dotyczy podawania sobie jakiegokolwiek narkotyku drogą iniekcji w celach niemedycznych. Jako iniekcje rozumie się tu zastrzyki dożylnie, domięśniowe, śródskórne i podskórne. Nie bierze się pod uwagę zabiegów czysto medycznych (szczepienia, podawanie insuliny itp.). Stosowanie iniekcji jest podstawową formą zachowania ryzykownego przy używaniu narkotyków. Monitorowanie zasięgu tego fenomenu jest szczególnie istotne z perspektywy szkód zdrowotnych takich jak choroby infekcyjne (HIV, HCV, itp.), ale również zatrucia (przedawkowania) czy inne uszkodzenia. Ograniczanie iniekcyjnego używania narkotyków bywa często jednym z celów programów redukcji szkód, stąd odpowiedzi na to pytanie mogą dostarczyć danych do ewaluacji tych programów. Jeśli pacjent używał kiedykolwiek jakiegokolwiek narkotyku w zastrzykach, ale w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia nie stosował iniekcji należy zaznaczyć odpowiedź: „Kiedykolwiek używał w iniekcjach, obecnie nie używa”. Jeśli pacjent używał jakiegokolwiek narkotyku w iniekcji w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź: „Obecnie używa w iniekcjach” W przypadku pacjentów, którzy nigdy w życiu nie stosowali iniekcyjnej drogi przyjmowania narkotyków, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nigdy nie używał w iniekcjach” .
- 22. Wiek pierwszej iniekcji** – należy zaznaczyć wiek (w latach) badanego w momencie, kiedy dokonał pierwszej iniekcji narkotyku. Należy dążyć do ustalenia wieku rozpoczęcia używania narkotyku w iniekcji, choćby w przybliżeniu. Lepiej zaznaczyć konkretny wiek, nawet, jeśli jest on niepewny, niż wybrać odpowiedź „Nie ustalono”.
- 23. Dzielenie się igłami i strzykawkami** - Dzielenie się sprzętem do iniekcji oznacza tu zarówno stosowanie używanej przez innych igły lub strzykawki, jak również udostępnianie innym używanej przez siebie igły lub strzykawki. Jeśli pacjent kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, ale w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia nie robił tego, należy zaznaczyć odpowiedź: „Kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, obecnie nie”. Jeśli pacjent dzielił się igłami lub strzykawkami w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia należy zaznaczyć odpowiedź: „Obecnie dzielił się igłami i strzykawkami”. W przypadku pacjentów, którzy nigdy w życiu nie dzielili się igłami lub strzykawkami, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nigdy nie dzielił się igłami i strzykawkami”.
- 24. Status HIV** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Jeśli pacjent był badany na obecność przeciwciał anti-HIV i otrzymał wynik dodatni należy zaznaczyć odpowiedź: „Badany – wynik dodatni”. Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był chociaż raz badany na obecność przeciwciał anti- HIV i ostatni wynik był ujemny, należy zaznaczyć odpowiedź: „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny”. Jeśli w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia pacjent był badany na obecność przeciwciał anti- HIV, ale przy ostatnim badaniu nie odebrał wyniku lub przy wielokrotnych badaniach otrzymywał sprzeczne wyniki należy zaznaczyć odpowiedź: „Badany w czasie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznan”. Jeśli pacjent nie był badany na obecność przeciwciał anti- HIV w czasie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do leczenia, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nie był badany w czasie ostatnich 12 miesięcy”. Jeśli nie udało się zdobyć żadnych informacji na temat statusu HIV należy zaznaczyć odpowiedź „Nie ustalono”.
- 25. Status HCV** – należy postępować tak jak w pytaniu „24”.
- 26. Wynik zgłoszenia** – należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Pytanie o wynik zgłoszenia pozwala na identyfikację dwóch grup osób poszukujących leczenia: pacjentów, którzy rozpoczynają terapię, oraz takich, którzy -mimo kontaktu z placówką - leczenia nie podejmują. Odpowiedź nr „5” należy zaznaczyć, jeśli pacjent nie podjął leczenia z innych, niezależnych od jego decyzji powodów.
- 27. Diagnoza podstawowa wg ICD-10** – należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. W tym miejscu zbierane są dane o wstępnej diagnozie choroby zasadniczej wpisanej do historii choroby pacjenta. Dane te zbiera się tylko w odniesieniu do osób, które podjęły leczenie.
- 28. Diagnoza dodatkowa wg ICD-10** - należy zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź. Jeśli pacjent nie podjął leczenia lub z innych powodów nie postawiono mu wstępnej diagnozy choroby zasadniczej, należy zaznaczyć odpowiedź: „Nie ustalono”.

CO NALEŻY SPRAWDZIĆ PRZED WYSŁANIEM ANKIETY TDI
(CHECK-LIST)

Czy pacjent nie posiada innej, wprowadzonej wcześniej ankiety TDI?	<input type="checkbox"/>
Czy wypełnione są wszystkie pola ankiety (poza pyt. 29 i 30 oraz pytaniem 15 – gdzie nie muszą być wypełnione wszystkie rubryki)?	<input type="checkbox"/>
Czy w polach, gdzie należy podać tylko jedną odpowiedź, nie zostało podanych więcej odpowiedzi?	<input type="checkbox"/>
Czy w pytaniach o wiek nie został wpisany rok i odwrotnie?	<input type="checkbox"/>
Czy data kontaktu z placówką nie jest datą wypełnienia ankiety lub nie jest wcześniejsza / równa dacie urodzenia pacjenta?	<input type="checkbox"/>
Czy w pytaniu 15 nie występuje więcej niż jedna „1” lub więcej niż jedna „2” (dotyczy statusu narkotyku)?	<input type="checkbox"/>
Czy narkotykiem o statusie „1” (w pytaniu 15) nie jest alkohol?	<input type="checkbox"/>
Czy substancje o statusie „2” lub „3” (w pytaniu 15) nie mają wpisanej częstotliwości używania jako „nie używał”?	<input type="checkbox"/>
Czy wiek pierwszego użycia i regularnego używania nie są większe niż wiek pacjenta?	<input type="checkbox"/>
Czy wiek pierwszego użycia nie jest większy niż wiek regularnego używania?	<input type="checkbox"/>
Czy wiek pierwszej iniekcji nie jest większy niż wiek pacjenta ?	<input type="checkbox"/>
Czy odpowiedzi na pytania o używanie narkotyków w iniekcjach oraz dzielenie się igłami są spójne (nie powinny się wykluczać)?	<input type="checkbox"/>
Czy nie został wprowadzony „koniec epizodu leczniczego”, którego data jest wcześniejsza od rozpoczęcia leczenia?	<input type="checkbox"/>





Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii



CENTRUM INFORMACJI
O NARKOTYKACH
I NARKOMANII

