

**Útmutató
a problémás
kábitószer-fogyasztás
kezelésének értékeléséhez**

Kézikönyv kutatóknak és szakembereknek



Az útmutatót készítette:

Ambros Uchtenhagen

A magyar kiadást szerkesztette:

Horváth Gergely Csaba

a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársa

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjáról bővebb információ elérhető a szervezet honlapján: <http://www.emcdda.europa.eu>

Az Európai Unióval kapcsolatos további információk elérhetők az Interneten a következő címen: <http://europa.eu>

Luxemburg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatal, 2007
ISBN 92-9168-279-9

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2007

Idézni a forrás megjelölésével lehet.



Az útmutató első kiadása angol nyelven jelent meg, *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use: a manual for researchers and professionals* címmel, 2007-ben, az EMCDDA (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) kiadásában.

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisszabon, Portugália
Tel: (351) 218 11 30 00 • Fax: (351) 218 13 17 11 • info@emcdda.europa.eu

Copyright © Nemzeti Drog Fókuszpont, 2008

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ A MAGYAR KIADÁSHOZ	5
ELŐSZÓ	6
BEVEZETÉS	7
ELSŐ RÉSZ: AZ ÉRTÉKELÉS MEGKÖZELÍTÉSE	
<i>ELSŐ FEJEZET: MIÉRT VAN SZÜKSÉG A KEZELÉS ÉRTÉKELÉSÉRE?</i>	11
A KEZELÉS ÉRTÉKELÉSÉNEK CÉLJAI	11
A KEZELÉS ÉRTÉKELÉSÉNEK TÍPUSAI	12
KI VÉGEZZE AZ ÉRTÉKELÉST?	14
KINEK SZÓL AZ ÉRTÉKELÉS?	14
MIKOR TÖRTÉNJEN AZ ÉRTÉKELÉS?	15
<i>MÁSODIK FEJEZET: A KEZELÉS ÉRTÉKELÉSÉNEK ELŐKÉSZÍTÉSE</i>	16
CÉLOK, HATÓKÖRÖK ÉS AZ IDŐKERET MEGHATÁROZÁSA	16
AZ ÉRTÉKELÉS SZINTJÉNEK MEGHATÁROZÁSA	17
A RÉSZT VEVŐ FELEK AZONOSÍTÁSA	17
A SZÜKSÉGES ÉS A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ FORRÁSOK AZONOSÍTÁSA	18
A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ ADATOK AZONOSÍTÁSA	18
HOGYAN LEHET AZ EVALUÁCIÓ EREDMÉNYEIT FELHASZNÁLNI ÉS BEMUTATNI?	19
MILYEN AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐKRE LEHET SZÁMÍTANI AZ ÉRTÉKELÉS MEGVALÓSÍTÁSA SORÁN?	19
MÁSODIK RÉSZ: AZ ÉRTÉKELÉS VÉGREHAJTÁSA	
<i>HARMADIK FEJEZET: KVANTITATÍV ÉRTÉKELÉS</i>	23
KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK FELÁLLÍTÁSA	23
A MINTAVÉTELI ELJÁRÁSOK ÉS A MINTANAGYSÁG MEGHATÁROZÁSA	23
A KUTATÁS TÍPUSÁNAK MEGHATÁROZÁSA	24
A MÉRÉSEK FELTÉTELEINEK MEGHATÁROZÁSA	26
A MÉRÉSEK IDŐZÍTÉSÉNEK MEGHATÁROZÁSA	27
A FELHASZNÁLÁSRA KERÜLŐ ESZKÖZÖK MEGHATÁROZÁSA	28
AZ ÉRTÉKELŐ KUTATÁS GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSA	31
<i>NEGYEDIK FEJEZET: KVALITATÍV ÉRTÉKELÉS</i>	34
CÉLKITŰZÉSEK	34
MÓDSZEREK	34
<i>ÖTÖDIK FEJEZET: AZ ÉRTÉKELŐ KUTATÁS VÉGREHAJTÁSA ÉS BIZTOSÍTÁSA</i>	36
ELLENŐRZŐ LISTA A KEZELÉS ÉRTÉKELÉSÉNEK ELŐKÉSZÍTÉSÉHEZ ÉS VÉGREHAJTÁSÁHOZ	36
ELLENŐRZŐ LISTA AZ ÉRTÉKELÉS FOLYAMATÁHOZ	36
<i>HATODIK FEJEZET: AZ EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA ÉS KOMMUNIKÁLÁSA</i>	37
A BESZÁMOLÓ SZERKEZETE	38
SZÓBELI ISMERTETÉS	38
TUDOMÁNYOS PUBLIKÁCIÓK	38

INTERNETES PUBLIKÁLÁS	39
HARMADIK RÉSZ: ÉRTÉKELÉSI HÁLÓZATOK	
<i>HETEDIK FEJEZET: ÉRTÉKELÉSI ÉS KUTATÓI HÁLÓZATOK</i>	43
EURÓPAI SZINTEN	43
NEMZETKÖZI SZINTEN	46
NEGYEDIK RÉSZ: FOGALOMTÁR	
FOGALOMTÁR	49
VÁLOGATOTT BIBLIOGRÁFIA	52

Előszó a magyar kiadáshoz

Az addiktológia jelentős változásokon ment át az elmúlt években. Ezek zöme három területen jelenik meg és okoz folyamatos mozgást.

Első a legális- és illegális szerekre vonatkozó szemléletváltozás, a probléma kezelésére felkelhető eszköztár bővülése. Idetartozónak gondolom az addiktológiai spektrum bővülését is. Egyre több problémáról gondoljuk - a „hagyományos” alkoholon, nikotinson, pszichoaktív-szeren túl is -, hogy az addiktológia tárgykörébe tartozik (evészavarok, szexuális-problémák, kapcsolati ügyek, stb.), ugyanakkor betegség helyett zavarról, rendellenességről, maladaptív használati formáról beszélünk.

Jelentős terület a kezelés módszereinek, filozófiájának elmozdulása az egészségügyi, medikális modelltől a szociális-megközelítések pszichoszociális formái felé. Egyre nagyobb teret nyer az ártalomcsökkentés, és ennek nem csak „késői”, klasszikus formáival találkozunk (tűcsere, szubsztitúciós kezelések), hanem a „koraiakkal”, a megkereső-elő programokkal is.

Harmadikként megfigyelhető, hogy a súlypont az „állami” egészségügyi, -szociális intézményektől főleg a civil szervezetek által működtetett szolgáltatás-központú kezelőhelyek felé tolódott, vagy akár önszervező formát ölt. Ez magával hozza a programok sokszínűségét, multiprofessionális csapatok működését, józan szenvedélybeteg megjelenését a kezelőrendszerekben, a problémáról való komplexebb gondolkodást.

Észre kell vennünk továbbá, hogy a médiumokban is számos alkalommal kerülünk az érdeklődés központjába, sőt, mi magunk is használjuk ezeket a csatornákat programjaink népszerűsítésére, szemléletformálásra, érdekérvényesítésre.

Mindezek mellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül a költséghatékonysági szempontokat sem, melyen nem csak a kezelés „beárazását” értjük, hanem arról is információ nyerhető, hogy kliensünknek mennyi időt kell töltenie kezelésben, milyen esélyei vannak a felépülésre.

A fenti néhány szempont azt erősíti meg bennünk, hogy munkánkat értékelni kell!

Ezek elősegítését, az evaluáció módszereit, tartalmi és ütemezési szempontjait, az eredmények kommunikálását segíti e könyv, kvalitatív és kvantitatív megközelítésben. Nem azt mondja meg, hogy mi a jó és mi a rossz módszer, hanem lehetőséget ad arra, hogy programjainkat értékelhessük, objektívizálhassuk.

Ajánl olcsóbb és drágább megoldást, külső és belső mérési lehetőségeket, számos szempontot sorol fel az értékelés lehetséges indikátoraként, összekapcsolja az értékelés típusát, célját és a hozzá kapcsolódó letölthető eszközt, de folyamatosan hangsúlyozza az értékelés elengedhetetlenségét, hogy képesek legyünk elszámolni tevékenységünkkel klienseink-, a társadalom- és saját magunk felé is.

Kiemelném a kiadvány módszertani részét és külföldi projektek ismertetését (elérhetőséggel). Az EMCDDA létrehozott egy adatbázist (EIB), mely több mint 200 - prevenciót és kezelést - értékelő eszközt tartalmaz (főleg kérdőív-, pszichológiai mérőeszköz-, szoftver formában). A könyvben számos linket, gyakorlati tanácsot, továbbgondolásra alkalmas kérdést, ellenőrző listát találunk.

Jelen írás tehát nem készen ad jól működő, hasznos, könnyen átvihető programokat, hanem kreativitásra ösztönöz, kritikussá tesz, azt erősíti bennünk, hogy folyamatosan kell dolgoznunk a legalkalmasabb módszerek megtalálásán, azok jó hatásfokú, költséghatékony működtetésén. Ehhez kívánok sok sikert minden olvasónak:

dr. Szemelyácz János
addiktológus-pszichoterapeuta
INIDIT Közalapítvány / Baranya Megyei Drogambulancia

Előszó

Az EMCDDA Kézikönyvek harmadik kötete publikálásával, mely sorozatban a prevencióról és a megkereső munkáról szóló kézikönyvek után következik, a Megfigyelőközpont teljesíti a problémás kábítószer-fogyasztás kezelésének értékeléséhez kapcsolódó útmutatók megjelentetésének tervét. Jelen útmutató Ambros Uchtenhagen munkája, mely az EMCDDA részéről Ulrik Solberggel együttműködésben készült, a Kábítószer-fogyasztás Kezelésének Értékelése COST A-6 Munkacsoport megbízásából.

Az útmutató fő célja, hogy alapvető információval lássa el az európai közönséget a kábítószer-fogyasztás kezelésének értékeléséhez kapcsolódó alapfogalmakkal, lehetőségekkel és folyamatokkal kapcsolatosan. Célcsoportja a szerhasználattal és a függőséggel foglalkozó kezelőhelyek szakemberei, a szociális és egészségügyi hivatalok dolgozói, a szerfüggőség kezelésével foglalkozó kutatók, és mindazok, akik szakmai vagy politikai tevékenységük kapcsán érdeklődnek a kezelés értékeléséből származó bizonyítékok iránt.

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos kezelés értékelését számos országban használják a gyakorlatban különböző eszközök, fogalmak, megközelítések mentén. Ezen útmutató közös szóhasználat, fogalomkör és módszertan kialakítását célozza az európai kutatás számára. Hozzá kíván járulni ahhoz is, hogy lépések történjenek a kezelő programok és szolgáltatások terén a széles körű, szisztematikus értékelés irányába.

Az útmutatónak nem célja egy speciális értékelő modell vagy módszertan ajánlása. A kezelés értékelésének okai és a kérdésfelvetések olyannyira eltérőek lehetnek, hogy célravezetőbb bemutatni az összes lehetőséget, és azokból egynek a kiválasztását elősegíteni. Néhány országban, ahol a kezelés értékelésének gyakorlata fejlett, számba kell venni a már meglévő módszereket és eszközöket is. Ez azonban nemzeti szinten kell, hogy történjen, így jelen útmutatónak ez nem képezi tárgyát.

Az útmutató segítségnyújtásként további referenciákat tartalmaz azok számára, akik az értékelő kutatással foglalkoznak. Ezek az Interneten is hozzáférhetők, mely lehetővé teszi az információ időről-időre történő frissítését is.

Ez a kézikönyv nem az első, melyet az EMCDDA a kezelés értékeléséről kiad. Az EMCDDA 2000-ben az Egészségügyi Világszervezettel (WHO) és az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatalával (korábban UNDCP, most UNODC) közösen megjelentetett egy sorozatot, melynek az egyik összefoglaló kötete a Nemzetközi útmutató a pszichoaktív szerek okozta ártalmakat kezelő szolgáltatások és rendszerek értékeléséhez címet viselte. Azóta az EMCDDA kialakította és egységesítette a kábítószer-fogyasztás kezeléséhez kapcsolódó szóhasználatot, és elindította Evaluációs Eszköztárát (EIB) is, mely a szabadon hozzáférhető értékelő eszközök on-line gyűjteménye. Ez idő alatt az Internet az információcsere központi eszközévé vált a kezelés területén is. Ezzel az útmutatóval megkísérelünk egyetlen összefoglaló kötetben iránymutatást adni a kezelés evaluációjához, mely kiegészül további utalásokkal azokra az ismeretekre és kutatásokra is, melyek segíthetik az olvasót ezeknek a fejlesztéseknek a hasznosításában.

A szerzők köszönik a következő személyek hozzájárulását: Julio Bobes, Erik Broekart, Maurizio Coletti, Jack Dercks, Heinrich Küfner, Petra Paula Merino, Valeria Pomini, Edle Ravndal és Enrico Tempesta.

Bevezetés

A bizonyítékon alapuló egészségpolitika és a szolgáltató-rendszer kiépítési folyamatának keretei között kiemelkedő fontosságú a szolgáltatások értékelése a lefedettség, a minőség és az eredmények szempontjából. Még fontosabb ez a szerhasználattal összefüggő kezelés területén, mert annak célcsoportja időben változik, miközben a kezelési módszerek megújulnak, és a minőségi előírások is egyre nagyobb hangsúlyt kapnak ezen a területen. Az evaluációs tanulmányok további célja, hogy a döntéshozók felhasználhassák az eredményességi és költség-hatékonysági mutatókat a kezelőrendszerek és kezelési programok részére történő erőforrások elosztása során.

Jelen útmutató célja, hogy elősegítse és támogassa az értékelő tanulmányok készítését és felhasználását, valamint az, hogy a szakemberek kritikusan értékelhessék az evaluációs kutatások eredményeit mindennapi munkájuk során. Minden olyan terület röviden bemutatásra kerül, melyet figyelembe kell venni elsősorban a kvantitatív és az eredményértékelés során, de teret kap a kvalitatív értékelés is. Az útmutatóban szerepelnek olyan gyakorlati jellegű kérdések is, mint például, hogy mikor kell külső szakember segítségét igénybe venni, és mikor van szükség belső evaluációra.

Figyelmet érdemel még az értékelés eredményeinek helyes és helytelen felhasználása, valamint tanácsok olvashatók az eredmények ismertetésével, terjesztésével kapcsolatosan is.

Az olvasó jelen kézikönyvön túlmutató további tájékozódását az értékeléssel foglalkozó európai és nemzetközi hálózatok bemutatása, és válogatott bibliográfia segíti.

1. RÉSZ

AZ ÉRTÉKELÉS MEGKÖZELÍTÉSE

Első fejezet: Miért van szükség a kezelés értékelésére?

A népegészségügy területén az értékelés iránt mutatkozó egyre növekvő igényeknek számos oka van. A szakosodás és az innováció állandó folyamatának következményeként a kezelési programok és szolgáltatások számos megközelítést és módszert alkalmaznak, ezért nehezzé vált megítélni ezeknek a megközelítéseknek és programoknak a relatív hasznát. Adott helyzetben a különböző kezelési formák közötti választást inkább a szolgáltatások elérhetősége és a vélt ismeretek befolyásolják, mintsem a programokról rendelkezésre álló - az előnyöket és hátrányokat mérlegelő - adekvát ismeretek. A programok számában és változatosságában a kezelés kínálati oldalán megmutatózó bővülés a kliensek iránti versengéshez vezetett a különböző szolgáltatók között. Az állami források átlátható elosztása iránti igény szükségessé tette a tényszerű adatokon és racionális feltételeken alapuló eredményességi és költség-hatékonysági elemzéseket, ezért az eseti vagy akár a szisztematikus értékelések a bizonyítékon-alapuló stratégiák elengedhetetlen részévé váltak. Végül, és talán ez a legfontosabb, az öregedő társadalom egyre nagyobb terhet jelent az egészségügyi kasszáknak világszerte. Az anyagi szempontok miatt már most nyomás nehezedik a kezelőhelyekre, hogy olcsóbb és rugalmasabb szolgáltatásokat kínáljanak, és különösen igaz ez a kezelt populáció idősödésével, mely egyre jobban megterheli a kezelő rendszereket. Másik oldalról azonban, a szűkös egészségügyi források miatt növekvő nyomás talán épp az evaluáció visszaszorulását eredményezi, annak ellenére, hogy egyre fontosabbá válik annak ismerete, hogy mennyire működnek jól a kezelési programok, és mely programok mely betegek számára a leghatékonyabbak – különösen pénzügyi szempontból.

A kezelés értékelésének céljai

A kezelés értékelésének céljai a következők lehetnek:

Szolgáltatás- és programfejlesztés

Az értékelés célja egy olyan folyamat elindítása, melynek során azonosításra kerülnek a hiányos területek és gyengeségek, valamint megvizsgálják az ezek javítására irányuló változtatások hatásait is.

Minőségbiztosítás

Az értékelés azt vizsgálja, hogy egy meglévő szolgáltatás minősége megfelel-e az előírt feltételeknek, abból a célból, hogy módosítások történhessenek. A megfelelő minőség elérésének vizsgálata lehet támogatások előfeltétele vagy a javítás előmozdítója.

Új terápiás eljárások vagy módszerek vizsgálata

Az értékelés azt vizsgálja, hogy az új eljárás mennyire, és miben tér el a korábbi megközelítéstől. A vizsgálat a legtöbb esetben összehasonlító jellegű, és a helyes klinikai gyakorlat (good clinical practise, GCP) szabályait követi.

Kliens-irányítási stratégia / összehasonlítás

Az értékelés annak a jobb megismerését szolgálja, hogy mely kliensnek milyen körülmények között a legnagyobb eséllyel melyik a megfelelő kezelés.

Adminisztratív ellenőrzés

Az értékelés célja, hogy biztosítsa az erőforrások felhasználásának átláthatóságát, (munkaidő, finanszírozás), valamint a folyamatok és a struktúrák helyességét.

A kezelési stratégia monitorozása

Az értékelés arról ad információt, hogy a kezelési stratégia változtatásai milyen hatásokkal járnak, ill. azonosítja az átvizsgálásra szoruló területeket.

A kezelés értékelésének típusai

Egy meglévő kezelés értékének vizsgálatakor figyelembe kell venni annak eredményeit, a változást befolyásoló tényezőket, valamint a felmerült költségeket. Változást befolyásoló tényezők közé a kliensek kezelés előtti jellemzőit, társas kapcsolatait, munkavállalási és szociális integrációs esélyeit soroljuk. A végső kutatási kérdés tehát nem az, hogy mely kezelés milyen eredményhez vezet, hanem, hogy mely kezelés milyen eséllyel vezet sikerhez bizonyos klienseknél, adott körülmények között. A kezelés és az eredmények között nincs egyszerű oksági kapcsolat.

A következőkben a kezelés értékelésének kísérleti típusai kerülnek bemutatásra:

Szükségleti oldal értékelése

A szisztematikus próba célja a jelen és az elérendő helyzet, a „van” és a „kellene” összevetése. Magába foglalja a jelenlegi eredmények és a kívánt eredmények különbségeinek dokumentálását, valamint az eltérések rangsorolását a programtervezés és a beavatkozás számára. A WHO, az EMCDDA és a UNDCP egy teljes kötetet szentelt a szükségletek feltárásának, mely a következő címen érhető el:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5860>.

A szükségletek azonosítására szolgáló eszközök az alábbi címen találhatóak:

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3074>.

Strukturális értékelés

Az értékelés ezen fajtája azokat a szerkezeti tényezőket vizsgálja, melyek hatással vannak a kezelés eredményére, úgymint a szervezeti felépítés, a személyzet összetétele, az infrastruktúra és a pénzügyi erőforrások. Az értékelés meghatározza, hogy a kezelési struktúrák milyen mértékben felelnek meg az elérni kívánt eredményeknek.

Eredményértékelés

Az eredményértékelés a kezelés kliensre, annak családjára és a közösségre gyakorolt hatását vizsgálja. Számításba kell vennie a más kezelési formákra és a célcsoport kezelési motíváltására gyakorolt lehetséges hatásokat is. Az eredmény mérhető előre meghatározott magatartási normák segítségével (normatív értékelés), a kezdeti kezelési státusz változásával (változásértékelés), és előre meghatározott célok elérésével (célelérési értékelés).

Az eredményértékelés módszertanáról és tervezéséről az említett WHO, EMCDDA és UNDCP kiadványban bővebben olvasható, elérhetőségét lásd fent.

Az eredményértékeléshez szükséges eszközök letölthetők az alábbi címen:

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3071>.

Kliens elégedettség értékelés

A kliensek elégedettségének vizsgálata értékes visszajelzést ad arról, hogy a szolgáltatások mennyire felelnek meg a kliensek elvárásainak. A WHO, a UNDCP és az EMCDDA megjelentetett egy kötetet a kezelés értékelésének ezen aspektusáról is, az elégedettség vizsgálatához szükséges gyakorlati eszközök pedig hozzáférhetők az alábbi címen:

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3073>

Költség-hatékonysági / gazdasági értékelés

Az evaluáció ezen típusának célja, hogy meghatározza a kezelés teljes költségét (például kezelésben töltött naponként) és az egyéni vagy társadalmi hasznot (például az egészségügyi ráfordítások illetve, a munkanélküliségből vagy a büntető igazságszolgáltatásból eredő költségek csökkenését). A költség-hatékonysági elemzésekben a hatékonyságot az egységnyi eredményre jutó költségek segítségével fejezik ki. A költség-hasznossági értékelés a nyert életéveket és az életminőséget határozza meg a kiadások vonatkozásában. A költség-szemponútú és a gazdasági értékelés külön-külön bemutatásra került a WHO, az EMCDDA és a UNDCP által kiadott kötetekben. A felhasználható eszközökről bővebben az alábbi címen olvasható:

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3070>

Folyamatértékelés

A folyamatértékelés a kezelés végrehajtását dokumentálja és elemzi, a terápiás programokra és azok elemeire, a személyzet végzettségére és hozzáállására, a belépési és a kizárási feltételekre, büntetésekre stb. koncentrálna.

A folyamatértékelés a kezelés értékelésének egy központi eleme, a WHO, az EMCDDA és a UNDCP Munkafüzetek sorozat egyik kötetének témája. A folyamatértékelés nagy szerepet kap az Evaluációs Eszköztárban (EIB), összesen 96 eszközt tartalmaz nyolc nyelven (holland, angol, finn, német, görög, olasz, spanyol és svéd), hozzáférhető az alábbi címen:

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3072>.

Formai értékelés

Ennek a vizsgálatnak a célja annak feltárása, hogy az adott kezelőhely megfelel-e a szakmai előírásoknak, a jogi követelményeknek és az etikai szabályoknak.

A kezelési szükségleteknek való megfelelés értékelése

A kezelési szükségleteknek való megfelelés azt vizsgálja, hogy a szolgáltatások mennyire fedik le egy adott földrajzi régió kezelési szükségleteit.

Meta-értékelés

Ez a megközelítés az értékelő tanulmányok feldolgozásán alapul, különböző feltételeknek és szabályoknak megfelelően, így szolgáltatva további információt és eszközöket az értékelő kutatások számára. Az értékelő tanulmányok meta-analízisének kritériumai fejlesztés alatt állnak, középpontjában kutatás-módszertani, és az eredmények értelmezésének, bemutatásának kérdései állnak.

Ki végezze az értékelést?

Külső értékelés

A külső eredményértékelést olyan kutatóknak kell végezni, akik függetlenek a vizsgált szolgáltatóktól – gyakran állami vagy kvázi-állami kutató intézetek munkatársai. Ez csökkenti a kliens adatok gyűjtésének során a torzítás esélyét és az értékelés eredményének hitelességét is növeli. Az eredmények elfogadását javítja, ha az értékelő csapat megfelelően tapasztalt és nem elfogult valamely kezelőhely vagy módszer iránt. A külső folyamatértékelés esetén is fontos a függetlenség és az objektivitás, de az eredményértékeléssel összehasonlítva ez bonyolultabb feladat egy kívülálló számára. A külső értékelés két fő gátja a költségek és a szociális munkások, terapeuták felől érkező szkepticizmus, mely a megfigyeltség és az ellenőrzés érzéséből fakad.

Belső értékelés (saját értékelés)

A belső értékelés akkor ajánlott, mikor az evaluáció egy intézményen belüli tanulási folyamatot céloz. A belső értékelők előtt ismertebb a beavatkozás és annak különböző folyamatai, és inkább élvezik a személyzet bizalmát, hasznos információhoz jutva ezzel, mint a külső értékelők, és az eredményekről adott visszajelzés is kisebb ellenállást vált ki a személyzet körében. Belső értékelés alkalmazása kisebb költséggel jár, ez megfontolandó akkor, mikor a források szűkösek, de az értékelés mégis szükséges. A belső vizsgálat nyilvánvaló hátránya az objektivitás hiánya, hisz az értékelést végző személyek nem függetlenek a szervezettől, és személyes kapcsolatban állnak a személyzettel. Következésképpen belső értékelés nem ajánlott eredményértékelés során. A buktatók és a hiányosságok elkerülése érdekében minden belső értékelési folyamatban szükséges bizonyos fokú szakértői konzultáció.

Az értékelést végző(k) szakmai profilja

A külső értékelés során elengedhetetlen, hogy az értékelést végzők speciális szakmai ismeretekkel és végzettséggel rendelkezzenek. A megfelelő szakmai tapasztalat magába foglalja az értékelő projektek tervezésében és végrehajtásában szerzett gyakorlatot, együttműködést a kezelőhelyekkel, a kezelés céljainak pontos ismeretét, valamint fontos a szerfűggő személyekről alkotott reális kép. Ha egyetlen személy végzi az értékelést, annak rendelkezni kell a fenti tulajdonságokkal, melyeknek párosulni kell megfelelő elemzési képességekkel is.

Kinek szól az értékelés?

Javasolt már az elején egyértelműen meghatározni, hogy kinek szól az értékelés, hisz ez hatással van a kutatás céljaira és a kérdésselvetésre.

Döntéshozók

A döntéshozók rendszerint figyelemmel vannak a kutatás lehető legtöbb aspektusa iránt, és érdekeltek az eredmények tömör és egyértelmű bemutatásában, mert az értékelés előre viheti a stratégiai tervezést, és további cselekvéseket javasolhat.

A kezelőhelyek szakemberei

A szakemberek érdekeltek terápiás munkájuk értékelésében, és így azoknak az elemeknek az azonosításában, melyek változtatásra szorulnak a kedvezőbb kezelési eredmények ér-

dekében. Az eredményértékelés és a folyamatértékelés teljes különválasztása fekete doboz szindrómához vezet, mely ezen célcsoport számára nem lesz hasznos. A szakemberek számára fontos annak a csoportnak az azonosítása, amely képes hasznot húzni a kezelésből, és annak ismerete, hogyan fejlesszék programjaikat (kliens-irányítás). A kliensek elégedettségének vizsgálata arról nyújt bővebb felvilágosítást, hogy a kezelés mennyire felel meg a kliensek szükségleteinek és elvárásainak. A szakemberek érdekeltek lehetnek az értékelés eredményeinek bemutatásában is, hogy kezelési programjaikat népszerűsíthessék a versengő „kezelési piacon”.

Hivatalnokok és felügyeleti szervek

A kezelési ellátás biztosításáért felelős igazgatási szakemberek számára szükségesek a kezeléshez kapcsolódó szolgáltatások minőségére, hatékonyságára és eredményességére vonatkozó információk. Ők azt szeretnék tudni, hogy a szolgáltatók azt teszik-e ami a feladatuk, a rendelkezésükre álló erőforrásokat hatékonyan használják-e fel (munkaidő, humán és pénzügyi erőforrások) és a kezelési igényrel jelentkező tényleges segítséget kap-e. Ez a célcsoport gyakran kér elemzést a költség és haszon vonatkozásában.

Média és a szélesebb közvélemény

A kábítószer-probléma a médiában gyakran jelenik meg drámai ábrázolásban, gyakran az egyéni történetekre, a droghasználatból eredő problémákra és a kezelési kiadásokra koncentrálva. Az értékelési eredmények fontos szerepet játszanak az ilyen felszínes információk ellensúlyozásában, és realisabb képet adnak a kezelésről, és annak eredményeiről. Ezen célcsoport számára célravezetőbb az összefoglalók és eredmények általánosabb jellegű bemutatása.

Droghasználók / kliensek

Az értékelés célcsoportját kisebb-nagyobb mértékben maguk a droghasználók vagy a kliensek jelentik, hisz magától értetődően érdekük a kezelés semleges fél által bemutatott minőségének és hatékonyságának ismerete, éppúgy, mint jogaiknak és kötelezettségeiknek megismerése a kezelés igénybevétele során. A különböző kezelőhelyekről készült értékelések eredményeihez való hozzáférés lehetővé teszi a kliensek számára a szélesebb körű tájékozódást az elérhető megközelítésekről és szolgáltatásokról.

Mikor történjen az értékelés?

Ütemterv megfontolások

A kezelő programok jelentősebb változtatásait nyomon kell követni, hogy kiderüljön, azok eredményesek voltak-e. Ha a célcsoport jellemzőinek változása indokoltá teszi a programok átalakítását, szükség van az evaluációra. Sürgetővé teszi az értékelést, ha komoly és igazolható kételyek merülnek fel a kezelő programok alkalmazhatóságával, hatékonyságával kapcsolatban. Összehasonlító értékelés akkor javasolt, ha a kezelés finanszírozása szűkössé válik, és el kell döntenet, hogy mely szolgáltatások támogatandók, és hol kell megszorítani.

Az eseti vagy folyamatos értékelés kérdése

A kezelőrendszerek teljesítményének pontos ismerete nagy jelentőséggel bír. Az eseti értékelésnél fontosabb a kezelés kimenetének, vagy annak változásának periodikus vagy szisztematikus vizsgálata. Napjainkban a legtöbb kezelőhely folyamatosan változik, alkalmazkodik a célcsoport jellemzőinek és szükségleteinek változásához, és válaszokat keres a kezelésre vonatkozó feltételek változásaira. Az eseti értékelés eredménye ezért csak arra az időre vonatkozik, amikor a kutatás készült, vagy, jobb esetben, arra az időtartamra, amíg a feltételek változatlanok. Erre a problémára megoldás a kliensek folyamatos, szisztematikus jellemzésének (legalább a felvételnél, de lehetőleg az elbocsátásnál is), valamint a szolgáltatások, tevékenységek és a felhasználás periodikus leírásának kombinációja.

Második fejezet: A kezelés értékelésének előkészítése

A további tájékozódást segíti a WHO, az EMCDDA és a UNDCP munkafüzetek sorozatának *Az értékelés tervezése* című kötete, mely az alábbi címen érhető el:
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5860>

Célok, hatókörök és az időkeret meghatározása

Az értékelés során meghozott minden döntésnek összhangban kell lennie annak végső céljával. Ha ez a cél nem pontosan körülhatárolt, úgy nagy az esélye annak, hogy a tervezés során az eszközök és a szereplők nem megfelelően kerülnek kiválasztásra.

A kutatás célkitűzései

Az értékelés céljait pontosan meg kell határozni (bővebben lásd a harmadik fejezetben). Fontos, hogy ezeket a célokat minden részt vevő magáénak érezze: a megrendelő, a kezelőhely és a kutatást végző csoport. Végül, az értékelés célkitűzéseit explicit és konkrét módon kell ismertetni (pl. specifikus programelemek, vagy a személyzet attitűdjeinek vizsgálata).

A kutatás nagysága, hatóköre

A kutatás célja meghatározza a szükséges adatok típusát és mennyiségét (pl. eredményértékelés során a követéses vizsgálatban részt vevő kliensek száma). Másrésztől, a kutatás nagyságát meghatározzák a rendelkezésre álló erőforrások. Általánosságban, minél részletesebb és komplexebb a kutatás, annál több adat szükséges a statisztikai elemzéshez. A minta és a kutatás nagyságát tapasztalt kutatóval együttműködésben kell megállapítani.

A kutatás időkerete

A kutatás célja végeredményben az értékelő kutatás lezárásának határidejét is meghatározza (pl. ha bizonyos döntések meghozatalához szükséges az evaluáció eredménye, vagy ha a kutatásnak adott időbeosztást kell követnie). A rendelkezésre álló források behatárolják az értékelésre fordítható időt, de ha a költségvetést nem befolyásolják más tényezők, úgy a kutatás időtartama a célnak megfelelően kiválasztott módszertantól függ.

Az értékelés szintjének meghatározása

A kezelés módszerei, tevékenységei

Egyetlen módszer evaluációjára (pl. szisztémás pszichoterápia, sóvárgás elleni gyógyszeres kezelés, képzési módszerek) egy adott programon belül leginkább azért kerül sor, hogy annak előnyeit és hátrányait más módszerekkel összevethessük. Összehasonlító szándék nélkül az egyetlen módszerre irányuló értékelés megfigyelésen alapul és leíró jellegű, mely nem alkalmas arra, hogy meghatározza a módszer relatív értékét. A minősítés alapjául legtöbbször véletlen vagy kvázi-kísérleti kutatás szolgál.

Kezelési programok és szolgáltatások

Egyetlen szolgáltatás evaluációja, melynek során az elkülönülve kerül értékelésre, hasznos lehet a folyamatértékelés számára. Az eredményértékeléshez azonban a különböző programok és szolgáltatások összehasonlító elemzése szükséges.

Kezelési hálózatok

A kezelési hálózatok értékelésének két típusát különböztetjük meg. Egyik azon szervezetek evaluációja, mely az azonos szervezeti ernyő alá tartozó intézményeket vizsgálja, másik a regionális hálózatok evaluációja, mely magába foglalja az összes szolgáltatást, mely egy adott területen működik (kezelőrendszer). A hálózatok értékelésének célja, hogy ne csak a különböző kezelőrendszerek teljesítményét, eredményeit vizsgálja, hanem az információáramlást és az együttműködést, valamint a hálózat adekvátságát is az adott régióban felmerült kezelési szükségletekre.

A részt vevő felek azonosítása

Megrendelő szervezet

Ki kezdeményezi az értékelést? A kezdeményező szervezetnek joga van elrendelni azt, vagy csak javaslatot tesz annak elindítására? A szervezet, amelybe a szolgáltató tartozik jellemzően jogosult evaluációt elrendelni, és a fenntartó általában szintén rendelkezik ezekkel a jogosultságokkal. A szolgáltató is dönthet úgy, hogy elindítja az értékelést, ha arra jogosult, és arra költeni is jogosult. Politikai és igazgatási testületek, melyek a kezelés minőségéért felelősek, jogosultak az értékelés elindítására. A megrendelő szervezeteknek minden esetben egyértelművé kell tenniük az elvégezni kívánt evaluáció céljait.

Kezelési programok, szolgáltatók

Az értékelést végző személyek nyilvántartást, személyzetet, klienseket és eszközöket érintő jogosultságát az evaluációra való megbízásakor rögzíteni kell, csakúgy, mint az együttműködés természetét: önkéntes vagy kötelező. Összehasonlító vizsgálatok során a szolgáltatások számát és típusát pontosan meg kell határozni.

Kutatócsoport

Külső értékelés során már az előkészítő szakaszban, még a projekt hatókörének és tervének kidolgozása előtt fel kell állítani a megfelelő tapasztalatokkal rendelkező kutatócsoportot. Belső értékelés során is javasolt tapasztalt kutatók bevonása

a kezdeti lépésektől.

Finanszírozó szervezet

Az evaluációhoz szükséges forrást gyakran a megrendelő biztosítja. Amennyiben nem ez a helyzet, a későbbi támogatási problémák vagy vitás kérdések elkerülése érdekében a finanszírozót be kell vonni a tervezés folyamatába.

A szükséges és a rendelkezésre álló források azonosítása

Minden értékelő kutatásnak – céljaitól és hatókörétől függően – meg kell határozni a végrehajtáshoz szükséges forrásokat és a speciális munkaerő-szükségletet. A körülmények azonban nem mindig engedik az ideális végrehajtást, így a projekt annak megfelelően átalakításra szorulhat.

Humán erőforrás

Javasolt a következő kulcsszereplők azonosítása: a kezelőhelyek kutatásért felelős, vagy abban részt vevő munkatársai (pl. adatgyűjtés, adattovábbítás, kliensek részvételi hajlandósága), kérdezőbiztosok, akik ismerik a célcsoport jellemzőit és a felhasznált eszközöket, az értékelő kutatásban kompetens szakértők, konzulensként statisztikusok és más specialisták. Ez nem csak a kutatás végrehajtásához szükséges, de segítséget jelent a reális költségvetés meghatározásában is.

Megrendelői pénzügyi források

Ha a megrendelő szervezet meghatározza az értékelés pénzügyi kereteit, meg kell határozni, hogy abból a költségvetésből milyen típusú kutatás hajtható végre reálisan. A legtöbb esetben azonban csak a célok kerülnek azonosításra, a szükséges keretre a kutatócsoport tesz javaslatot.

Néhány esetben többlépcsős folyamat javasolt, ilyenkor egy megvalósíthatósági tanulmány előzi meg az értékelést, főként olyan esetekben, amikor a szolgáltatások vagy a kliensek elérése nem biztosított, vagy jelentősebb módszertani problémák várhatók. A költségvetés ebben az esetben először a megvalósíthatósági tanulmányt fedezi, majd annak eredménye alapján megállapítható a keret a teljes vizsgálatra.

Pénzügyi hozzájárulások más forrásból

Ha az evaluációt a kezelőhely vagy egy kutatócsoport kezdeményezte, úgy meg kell tervezni a költségvetést, majd a kutatási javaslatot el kell küldeni az illetékes felügyeleti szervhez, egészségügyi hivatalhoz, alapítványhoz vagy más egyéb forrashoz. Ennek átfutási ideje függ a forrástól és annak időtervétől. Általánosságban elmondható, hogy ilyen finanszírozási rendszerben az összehasonlító vizsgálatok előnyt élveznek az egytényezős értékeléssel szemben.

A rendelkezésre álló adatok azonosítása

A résztvevők azonosításán túl azt is pontosan ismerni kell, hogy milyen adatok állnak rendelkezésre a kliensekről és a szolgáltatásokról a már meglévő aktákban, és milyen új adatokat lehet begyűjteni az értékeléshez. Ehhez kapcsolódóan át kell gondolni az adatkódolási, az adatvédelmi és az adatok minőségére vonatkozó kérdéseket.

Hogyan lehet az evaluáció eredményeit felhasználni és bemutatni?

Az értékelő kutatás során együttműködő szakemberek mindegyike más elképzeléssel rendelkezik arról, hogy a kapott eredményeket hogyan lehet érdekeiknek megfelelően felhasználni. Különböző nézetek lehetnek a szerint is, hogy ki az adatok és az eredmények tulajdonosa, beleértve a publikációs jogokat is. Javasolt ezért ezeknek a kérdéseknek a tisztázása már a projekt korai szakaszában, és írásos megállapodás formájában való rögzítése, benne a publikációs tervekkel. A hatos fejezet bővebben tájékoztat arról, hogy hogyan lehet biztosítani azt, hogy a kutatási eredmények eljussanak a különböző érintett szakmai közösségekhez, és hogy a legnagyobb eséllyel hatást gyakoroljanak a döntéshozókra.

Milyen akadályozó tényezőkre lehet számítani az értékelés megvalósítása során?

A kezelés szolgáltatói oldaláról – ha az értékelés nem rutin feladat, vagy legalábbis ismert – bizonyos fokú ellenállásra számítani kell. A terapeuták általában vonakodnak a kezelés dokumentálásától és elemzésétől, az értékelést úgy tekinthetik, mint további teher, vagy akár fenyegetés, mely a kezelő személy kompetenciáit, vagy hiányosságait tárja fel. A hivatalnokok és a hatóságok gyakran nem szívesen biztosítják az értékelésben való részvételhez szükséges forrásokat. Politikai tényezők is befolyásolhatják a vizsgálatot, különösen akkor, ha bizonyos kezelési formák iránt ellentmondásosak az attitűdök (pl. szubsztitúciós kezelés vagy kényszergyógykezelés).

Javasolt ezeknek az akadályoknak és lehetséges megoldási módoknak a tudatos megvitatása már a kezdetektől fogva. Egyes esetekben lépésenként érdemes haladni, megfontolni az információs stratégiát, a kritikai felvetéseket, és biztosítékokat beépíteni az evaluáció eredményeinek nem megfelelő felhasználása ellen.

2. RÉSZ

AZ ÉRTÉKELÉS VÉGREHAJTÁSA

Harmadik fejezet: Kvantitatív értékelés

Kutatási kérdések és hipotézisek felállítása

Kutatási kérdések az értékelés céljainak megfelelően

A célkitűzések nagyban meghatározzák a kérdések típusát, és azt, hogy milyen adatokat kell összegyűjteni azok megválaszolásához. A szolgáltatások fejlesztését célzó értékelő kutatások arra keresik a választ, hogy hol lehet változtatni (pl. a kliensek vizsgálata, a kezelés tervezése, a kezelési programok és a személyzet folyamatos képzésének kérdései). A minőségbiztosítási vizsgálatok meghatározott minőségi indikátorokról kérnek információt, míg a speciális kezelési módszerek vizsgálata a hatásokat, a mellékhatásokat és az eredmények feltételrendszerét veszi figyelembe.

További kutatási kérdések

Az evaluációs kutatások során gyakran hasznos lehet olyan további kérdéseket bevonni a vizsgálatba, amelyek a személyzetet vagy a részt vevő szervezeteket érdekli, akkor is, ha nem azok állnak a kutatás középpontjában. Minden együttműködő fél információs igényét javasolt figyelembe venni.

Ellenőrizendő hipotézisek

A hipotézisek vizsgálata különösen fontos (pl. hipotézisek speciális programelemek szerepéről a visszaesés megakadályozásában), főként a kezelési módszerek összehasonlító vizsgálatánál.

A kutatási kérdések típusai

Az értékelő kutatások kérdései lehetnek leírók, normatívak vagy a hatásokat elemzők. A leíró jellegű válaszok deskriptív adatokat szolgáltatnak a megfigyelt jelenségekről. A normatív kérdések a megfigyelt és az elvárt jelenségek különbségeit hasonlítják össze. A hatásokat elemző kérdések arra keresik a választ, hogy milyen ok-okozati kapcsolat van az értékelt program és a megfigyelt eredmény között.

A mintavételi eljárások és a mintanagyság meghatározása

Mivel általában nem lehetséges minden dolgozó vagy minden kezelési egység megkérdezése a szolgáltatón belül, a személyek és a szolgáltatók közül mintavételi eljárással szükséges szűkíteni az értékelő kutatásban részt vevők körét. A mintavételi módszerek szabályai különbözőek a személyek és a kezelőhelyek vonatkozásában.

A szolgáltatók mintája

Az összehasonlító értékelő kutatások a következő kérdésekre koncentrálnak:

- Mi az eredménye két vagy több kezelési formának?
- Mik az eredményei két vagy több kezelési módszernek, protokollnak azonos kezelési formán belül?
- Milyenek az eredményei ugyanazon kezelőhely különböző klienscsoportjainak, vagy azonos kezelési formán belül különböző kezelőhelyeknek, ha azonos módszereket vagy protokollokat alkalmaznak?
- Mik a programok különbségei azoknál a szolgáltatóknál, ahol azonosak a kezelt csoportok, mégis eltérnek az eredmények?

Minden kérdés esetében más lesz a kiválasztás alapelve.

Ha az eredményeknek reprezentatívnak kell lenni különféle kezelési formákra vagy módszerekre, protokollokra, akkor a kiválasztásnak is reprezentatív módon kell történnie (reprezentatív minden kezelőhelyre egy adott kezelési formán belül, például egy adott országra vagy régióra nézve).

Az elméletileg megalapozott mintavételi eljárásoknak is megvannak a korlátai. A szolgáltatókhoz való hozzáférés (részvételi hajlandóság a kutatásban, földrajzi helyzet) ilyen korlátozó tényező lehet, amivel számolni kell már a tervezés korai szakaszában is.

A szolgáltatók mintanagysága is változó, mely az értékelő kutatás hatókörétől függ (pl. két különálló kezelőhely összehasonlítása, két szolgáltatói típus összehasonlítása, regionális vagy országos szolgáltatói hálózatok értékelése).

Mintavétel a kezelt sokaságából

A kezelt sokaságából történő mintavétel is a kutatásban felvetett kérdésektől függ. Szabályként elmondható, hogy minden klienst, aki egy meghatározott időintervallumban kezelésbe kerül, vagy megadott időpontban (nap, hét) kezelésben van, be kell vonni a vizsgálatba. Azok a kutatások, amelyekben csak olyan személyek szerepelnek, akik befejezték az adott kezelési programot, vagy készek részt venni a felmérésben, súlyosan torzítottak, és kritikákra adnak lehetőséget. A kezelt sokaság bizonyos szeletét – például bizonyos korcsoportok, kettős diagnózisú kliensek – vizsgáló értékelő kutatások hatékonyabbak, ha minden más típusú klienst kizárnak a mintavétel során.

A kezelt mintanagysága nagyban függ az összehasonlítandó alcsoportoktól és a használni kívánt statisztikai eljárásoktól. A statisztikai próbák ereje alapján meg kell határozni azt a minimális cella elemszámot, ami a statisztikai elemzéshez szükséges. Fontos figyelembe venni a várható lemorzsolódást is. Ha nem azonos kezelési sokaságok kerülnek összehasonlításra, az összehasonlíthatóság javítható összekapcsolt párok, vagy speciális pontszámok (kategorizálás) alapján, de ezek az eljárások csökkentik a minta nagyságát, így csak megfelelően nagy elemszámmal rendelkező minták esetén alkalmazhatók.

A kutatás típusának meghatározása

Az értékelés területén használt különböző vizsgálati elrendezések az adott vizsgálat céljától, a megválaszolásra váró kérdésektől függenek. Az 1. táblázat a leggyakrabban alkalmazott kutatási elrendezéseket szemlélteti:

1. táblázat: Leggyakrabban alkalmazott vizsgálati elrendezések

A vizsgálat típusa	A vizsgálat célja, kutatási területe
Keresztmetszeti	A kezelt populációk összehasonlítása A szolgáltatói struktúrák összehasonlítása A bennmaradás és kimaradás mértékének megállapítása A kezelési teljesítmény összehasonlítása
Követéses retrospektív	Hosszú távú karrier Az addikció természetes lefolyása A függőség előzményei
Követéses prospektív	Kezelési folyamat A kezelés kimenetének mérése a kliens viselkedésének, önmagáról alkotott képének és státusának változásával
Megfigyeléses	Az eredmények összehasonlítása kliens kohorszokban
Véletlenszerű (randomizált)	A kezelési formák vagy módszerek eredményességének összehasonlítása
Kettős vak, véletlenszerű	A gyógyszerelés hatékonyságának összehasonlítása
Kvázi-kísérleti tervek (várólista terv, Zelen terv)	A kezelési formák vagy módszerek eredményességének összehasonlítása

A *keresztmetszeti vizsgálatok* adatokat hasonlítanak össze egy adott időpontban. Felhasználásuk korlátozott, kezelőhelyek, vagy kezelt populációk leíró összehasonlítására alkalmasak. Használhatók még az eredmények különbségeinek leírására, az alapadatok elemzése nélkül. Az ilyen vizsgálatokban a kliensek státusát a követéskor hasonlítják össze, a változás mértékét, vagy típusát a kezelés során nem vizsgálják.

A *követéses retrospektív vizsgálatok* az addikció kialakulása, vagy a kezelés kezdete előtti anamnézis feltárására alkalmasak. Ez a módszer gyakran kapcsolódik össze követéses prospektív kutatással, melynek célja a kliensek értékelése a kezelés során, vagy azt követően. A követéses retrospektív vizsgálatok használhatók arra is, hogy az addikció természetes lefolyását és a hosszú távú drogkarriereket vizsgálják jogi vagy terápiás beavatkozás mellett, vagy anélkül.

A *követéses prospektív vizsgálatok* lehetővé teszik a kezelési folyamat, illetve a kliensek státusának és viselkedésének részletes leírását a kezelés során, vagy azt követően. A prospektív kutatások jobb és megbízhatóbb alapadatokkal rendelkeznek, mint a retrospektívek, így elkerülhető a torzítás és tévedés a múlt eseményeihez kapcsolódó adatgyűjtés során.

A *megfigyeléses vizsgálatok* olyan, a kezelés területén végzett kohorsz vizsgálatok, ahol a kezelésben való megjelenés „természetes módon” történt, nem véletlenszerű kijelölés útján. A legnagyobb evaluációs vizsgálatok a következők: „Visszaélésszerű droghasználat jelentési program” (DARP), „Kezelési teljesítmény prospektív vizsgálat” (TOPS), „A kábítószerrel való visszaélés kezelési teljesítményének vizsgálata” (DATOS) és „Nemzeti kezelési eredmények vizsgálata” (NTORS).

A *randomizált vizsgálatok* általában a klinikai kutatások „összehasonlítási alapjai”, a helyes klinikai gyakorlat szabályait és módszereit követik. A klienseket véletlenszerűen sorolják a kezelési formákba és módszerekbe. Ez az eredmények precízebb összehasonlítását segíti, mert a kiválasztást befolyásoló tényezők minimálisak. Abban az esetben azonban, ha

a kezelési formák eltérést mutatnak a bekerülési, vagy kiesési ráták alapján, mégis történik szelekció, mert a kliensek elvárásai nem férnek össze a véletlenszerű besorolás módszerével. *Kettős vak, randomizált vizsgálatokat* a gyógyszeres kezelések összehasonlításakor végeznek. A felírt szerek hatásai és mellékhatásai így a kliensek és a kezelő személyzet elvárásai és hiedelmei nélkül összehasonlíthatók.

Kvázi-kísérleti kutatási elrendezésre akkor kerül sor, ha a standard véletlenszerű kiválasztás nem lehetséges. A várólistát elemző tervek a kezelésben lévő kliensek, és a várólistára bizonyos időre (pl. hat hónapra) véletlenszerűen felkerülő kliensek értékelésének összehasonlítására alkalmasak. A Zelen terv a kezelési formák különféle sorozatát alkalmazza (pl. A-B-A összehasonlítja a B-A-B és a B-B-A sorozatokkal).

Az értékelő kutatás vizsgálati elrendezésének kiválasztása során nem csak annak célját kell figyelembe venni, hanem a szolgáltatások elérhetőségét, a kezelési populációt és a kutatásra fordítható erőforrásokat is.

Minden összehasonlító kutatásnak számolnia kell a szolgáltatók azon aggodalmával, hogy a kutatás a teljesítmény, vagy a minőség szempontjából alacsonyabb színvonalúnak minősítheti őket. A kutatási eredmények nem megfelelő felhasználásának védelme, vagy akár a részt vevő szolgáltatók anonimitásának biztosítása kulcsfontosságú lehet ahhoz, hogy a szolgáltatások rendelkezésre álljanak az értékelés számára.

A mérések feltételeinek meghatározása

A kezelési eredmény mérésekor indikátorok csoportját (2. táblázat), nem pedig egyetlen indikátort (pl. visszaesés) célszerű használni. A szerhasználat része az életstílusnak és a viselkedési mintázatnak, és ezek a kezelés célpontjai. Nagyon fontos megismerni, hogy mely kezelésnek milyen pozitív hatásai vannak a komplex viselkedési mintázat valamely dimenziójára.

Az addiktív viselkedés leírható a használt szer típusával, a használat mértékével és mintázatával. Ezeknek az indikátoroknak a mérése sokkal hitelesebb képet nyújthat, mint egyszerűen az absztinencia és a visszaesés mérése. A használt szerek számának csökkenése, a használat mérséklődése és a kevésbé kockázatos szerhasználati mintázatok pozitív változásként értékelhetők, még akkor is, ha az absztinencia nem valósult meg.

Az egészségügyi státusz változásai magába foglalják a fizikai állapot, a tápláltság, a testi kondíciók tünetei, a pszichiátriai állapot tünetei és egyéb mentális egészségi indikátorok változását, úgymint: öngyilkos gondolatok vagy a társas érintkezés kerülése.

A szociális integráció indikátorait az addiktív viselkedéstől és az egészségügyi státustól függetlenül kell vizsgálni. Fontosak a lakhatási helyzet és a munkaügyi státusz típusára és stabilitására vonatkozó mutatók; az iskolázottság vagy a szakképzés ismérvei; valamint a társas kapcsolatok típusa és gazdagsága. Az illegális (kábitószerrel összefüggésben vagy sem) vagy „kevésbé legális” (szexuális tevékenység pénzért vagy kábítószerért) tevékenységben való részvétel szintén a vizsgálat tárgyát képezi.

2. táblázat: Az eredmény indikátorai

Benmaradás (aránya)	Kezelésben töltött idő
Státus kilépéskor	A személyzet belegyezésével történt vagy anélkül? Tervezett volt?
Addiktív viselkedés	Legális és illegális addiktív szerek fogyasztásának mértéke
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések kockázati magatartása	Injekciós droghasználat Tű- és fecskendő megosztás Nem biztonságos szex
Egészség	Változás a testi és/vagy pszichiátriai állapotban
Szociális reintegráció	Lakhatási helyzet Munkaügyi státus változásai Társas kapcsolatok, életstílus Bűnözés
Életminőség	Szubjektív jóllét

Speciális indikátor a fertőző betegségekre vonatkozó (pl. hepatitis, HIV) kockázati magatartás, amennyiben a magatartási kockázatok csökkentése is célja a kezelésnek.

Az életminőség, mely a jóllét szubjektív megítélésének jelzőszáma, a közelmúltban lett a kezelés eredményének indikátora a szerfüggőség kezelésének területén, csakúgy, mint más, különösen a krónikus, állapotok vizsgálatának területén. A teljesítményindikátorok skálájának használata azt is jelenti, hogy az eredményességet nem lehet egyetlen változóval mérni és kifejezni. A fent említett összes indikátort mérni kell, és az eredményt kezelési profil formájában kell közölni. A kezelési eredmények összehasonlítása a kezelési profilok összehasonlítását jelenti.

A mérések időzítésének meghatározása

A mérések időpontjának kiválasztása során a következőket kell figyelembe venni:

Alapadatok

A kliens alapadatok rögzítése a kezelés megkezdése előtt vagy az alatt történik, ekkor kerülnek rögzítésre a kezelésbe lépés idejére, vagy a korábbi négy hét, vagy hat hónap időszakára vonatkozó állapotok (követéses vizsgálat esetén ugyanezeket az időtartamokat kell alkalmazni a kezelés lezárulta után is). Szabályként megfogalmazható, hogy az alapadatokat a kezelés megkezdése utáni két héten belül rögzíteni kell, a korai elhagyás megfelelő dokumentálása érdekében.

Néhány anamnézisre vonatkozó, vagy pszichopatológiai adatot nehéz megítélni, amíg a kliens detoxifikáló kezelés alatt áll, azonban ez az akkut elvonási állapot, ami alatt a kliens rosszul van, jellemzően néhány napig tart csak. Hosszabb elvonó kezelés okozhat depressziót idéző tüneteket, vagy nyugtalanságot, feszültséget, a pszichopatológiai vizsgálatot ezért vagy későbbre kell halasztani, vagy meg kell ismételni az elvonó kezelés után. Néhány pszichopatológiai adatot rögzíteni lehet az elvonás előtt is, de ebben az esetben számításba kell

venni a folyamatos kábítószer-használat okozta intoxikáció lehetséges hatásait (a folyamatos kábítószer-használat vizelettesztel ellenőrizhető).

Kezelési adatok

A kezelés korai szakaszában a motivációk, a várt eredmények, az attitűdök és a kezelés folyamatáról szerzett ismeretek vizsgálhatók, melyek a kezelési eredmény prediktorai, előrejelzői lehetnek. Más tényezők – mint a részvételi hajlandóság, elégedettség, jövőkép – kialakulásához több idő kell, így ezek a kezelés későbbi szakaszában jobban dokumentálhatók.

A kezelés befejezése

A kezelés befejezésének módja – a program rendes befejezése, kizárás, kimaradás – köztes indikátora lehet a kezelés eredményének, és a követés eredményének prediktoraként is szolgálhat. A kliens terveinek és kilátásainak prognosztikus rangsorolása a személyzet részéről szintén az eredményértékelés köztes mutatója lehet.

Követésből származó adatok

Korai adatfelvétel (6-12 hónappal a kezelés vége után) azt méri, hogy megvalósult-e az utógondozás vagy más tervezett intézkedések, hogy megmaradtak-e a státusra és viselkedésre vonatkozó pozitív változások, azok esetleg visszafordultak vagy tovább erősödtek és, hogy az esetleges krízishelyzeteket sikerült-e megfelelően kezelni.

Közép-távú értékelés (12-36 hónappal a kezelés vége után) a státusok és a viselkedés változásaira koncentrálnak, valamint a befolyásoló tényezőket (pl. jelentős események, a társas kapcsolatok minősége, munkalehetőségek) kívánja azonosítani.

Hosszú-távú eredményesség középpontjában a fentiekén túl az életkorral összefüggő életstílus-változások állnak (éretté válás).

A felhasználásra kerülő eszközök meghatározása

Két szempontot kell figyelembe venni:

- előnyben részesülnek az elérhető és validált eszközök (a validitás és az összehasonlíthatóság érdekében), és
- előnyben részesülnek azok az eszközök, amelyekkel kapcsolatosan már a megfelelő tréning megtörtént (az adatok minősége érdekében).

Új eszközök alkotása esetén figyelni kell arra, hogy azok a lehető legnagyobb mértékben kompatibilisek legyenek a már meglévő eszközökkel. Moduláris, részekből építkező eszközök (közös modul a központi kérdéseknek, speciális modulok a különféle más elemeknek) használata javasolt az olyan eszközökkel szemben, amelyek nem tesznek lehetővé összehasonlításokat. 2000 óta az EMCDDA számos értékelő eszközt tett hozzáférhetővé Internetes adatbankján, az Evaluációs Eszköztáron (EIB) keresztül. Az adatbázis több mint 200 értékelő eszközt tartalmaz a kezelés és a prevenció területéről. Mintegy 170 értékelő eszköz érhető el jelenleg a kezelés értékeléséhez kapcsolódóan. Az adatbankban immár 19 nyelven található eszközök (17 EU tagállam nyelven: cseh, dán, holland, angol, finn, francia, német, görög, olasz, litván, lengyel, portugál, román, szlovák, szlovén, spanyol és svéd és magyar nyelven, valamint norvégul és oroszul. A következőkben bemutatásra kerülő eszközök nagy része elérhető az EIB weboldalán: <http://eib.emcdda.europa.eu/>

Az Addikció Súlyossági Index (EuropASI) európai verziója elérhető az EIB adatbázisban cseh, dán, holland, angol, francia, olasz, litván, lengyel, portugál, svéd, orosz és magyar nyelven.

A kliensek fent említett dimenziók mentén történő leírása mellett az EuropASI egy elfogadható becslést ad a különböző dimenziókban mért hiányosságok súlyosságáról, ezért a változás megismételt mérésére alkalmas.

Másik nemzetközileg elfogadott eszköz a Kezelési Igény Indikátor (TDI) protokollja. Ez az eszköz/protokoll az EMCDDA, a Pomicou Csoport és a tagországok képviselői közös munkájának eredménye, mely letölthető a következő címen:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420>.

Kliens leírás

A kezelés értékelése akkor értelmezhető, ha a kezelési populáció megfelelően jellemzésre kerül. A kezelések különbségeit csak akkor lehet összehasonlítani, ha részletesen ismerjük a kezelt sokaságot. A klienseket leíró eszközöknek ezért képesnek kell lenniük arra, hogy számos dimenzióban – szocio-demográfiai adatok, szociális előtörténet és státus, orvosi kórtörténet beleértve az addiktív viselkedés leírását, korábbi kezelés adatai és eredményei – adatokkal szolgáljanak. Néhány országban (Dánia, Németország, Norvégia, Svájc, Egyesült Királyság) kifejlesztettek a kliensek jellemzésére szolgáló eszközöket, melyeket értékelő kutatások során és/vagy az országok nyilvántartási rendszereiben alkalmaznak. A kliensek leírásának elemeit tartalmazó eszközök, az ASI és a MAPS:

ASI – Addikció Súlyossági Index (Addiction severity index)

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3538>

MAPS – Addikciós térkép (Monitoring area and phase system)

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=4406>

Pszichiátriai besorolás

A pszichiátriai komorbiditás emelkedő aránya a szerfüggő populáció körében indokoltta tette további pszichiátriai diagnózisok használatát az általános kliens-leírásokon felül. Nemzetközileg a leginkább használt diagnosztikai rendszer a (Mentális) Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) (WHO, 2006) és a Mentális betegségek statisztikai és diagnosztikai kézikönyve (DSM-IV) (Amerikai Pszichiátriai Társaság, 2000). Speciális eszköz a depressziós állapot diagnosztizálására a Beck depresszió skála (BDI) és a Depressziós rendellenességek standardizált értékelése (SADD). Általánosabb eszközök a Rövid pszichiátriai értékelő skála (BPRS), a Jelen állapot felmérő (PSE) és a Tünetek ellenőrző listája (SCL-90 R). Személyiségzavarok mérésére a Személyiségzavarok nemzetközi vizsgálata (IPDE) használható, személyiségvonások jellemzésére a Személyiség kutatási kérdőív alkalmazható. Ezek az eszközök nem érhetők el az EIB adatbázisban, részben szerzői jogi okok miatt.

Programok, szolgáltatások leírása

A kezelés értékelése akkor értelmezhető, ha a kezelőhelyek és alkalmazott módszereik megfelelően jellemzésre kerülnek. Az egyre változatosabb kezelési programok és módszerek indokolták a különbségek megfelelő részletességű leírására alkalmas eszközök kifejlesztését. Néhány ország kifejlesztett és használ nemzetközi szinten eszközöket (Svédország, Svájc, Egyesült Királyság). Nemzetközi szinten két eszköz érdemel említést: A Kezelési Egység űrlapot (TUF) néhány országban tesztelték az EMCDDA segítségével, az EIB adatbankban angol, német és görög nyelven elérhető. A másik eszköz a BioMAP (Öberg et al., 1998), melyet egy, az alkohol- és drogbetegek visszaesését megelőző intézkedések értékelését végző nemzetközi kutatási projektben (IPTRPs) használtak.

Motiváció, változási hajlandóság

A kliensek magatartásváltozás iránti motiváltsága fontos tényező a kezelés kimenetele szempontjából. Di Clemente és Prochaska munkája nyomán (1982) alkalmazhatók a Változás szakaszai és a Változási hajlandóság kérdőívek. Ennek alternatívájaként a visszaélés-szerű szerhasználat kezelése során használt CMRS skála alkalmazható, mely megtalálható az EIB adatbázisban is, készítették: George de Leon és Gerald Melnic.

Folyamatértékelés

A kezelés végrehajtását elemző dokumentumok, melyek a terápiás programra és annak elemeire – személyzet végzettsége és attitűdjei, bekerülési és kizárási feltételek, szankciók – koncentrálnak. Az EIB adatbázis 64 ilyen eszközt tartalmaz az alábbi elérhetőségen: <http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3072>

Terápiás kapcsolat

A kliens és a terapeuta között fennálló kapcsolat célja a viselkedés változásának előmozdítása. A kapcsolat minősége olyan tényezőket takar, mint a kölcsönös tisztelet és egyetértés a kezelés céljaival kapcsolatban. A Terápiás szövetség felmérő (WAI – Horvath és Greenberg, 1989) használható a kliens-terapeuta kapcsolat értékelésére. Ez az eszköz nem szerepel az EIB adatbázisban.

A kliensek szociális kapcsolatai

A kliens társas kapcsolatainak hálózata többször a kezelés eredménye prediktorának bizonyult, különösen a követés szakaszában. A Fontos emberek és tevékenységek eszköz (IPA – Longabaugh, 2001) a kliensek szociális hálózatainak felmérését célozza. Ez az eszköz nem szerepel az EIB adatbázisban, de egyik alternatívája, a NetMaps megtalálható.

A dolgozók elégedettsége és a munkahelyi hangulat

A dolgozók kiégése, vagy a kezelőhelyek kellemetlen légköre a terápiás folyamat gátjai lehetnek. Ezek a tényezők mérhetők a Maslach kiégési felmérő (MBI), a Munkahelyi atmoszféra skála, valamint szemantikus differenciál skála segítségével. Ez utóbbi spanyol nyelvű verziója megtalálható az EIB adatbázisban.

Kliens elégedettség

A kliensek elégedettsége a teljesítmény mérőszáma, de a kezelés eredményének prediktoraként is alkalmazható. Két vizsgálati eszköze a Kezelés percepció kérdőív (TPQ) és a Kliens elégedettség kérdőív (CSQ), mely 8, 18 és 30 kérdéses változatban is elérhető. A TPQ az EIB adatbázisban angol, olasz és spanyol nyelveken elérhető: <http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3073>

Életminőség

Az eredmény egyik eleme az életminőség szubjektív megítélése, mérésére több eszköz is rendelkezésre áll: az Életelegedettség skála (SWLS), az Életminőség leltár (QOLI), a Szubjektív jóllét leltár (SUBI), a WHO életminőség kérdőív (WHOQOL) és a Lancashire életminőség profil. Utóbbi kettő hozzáférhető az EIB weboldalán.

A beutaló szervezetek elégedettsége

Ha a kliensek beutalás útján érkeznek a kezelésbe, az eredményesség mérésére a beutalók elégedettsége is használható, de ilyen eszköz jelenleg még nem elérhető.

Gazdasági elemzés

A gazdasági szempontokat érvényesítő értékelő eszközök lehetővé teszik, hogy a szolgáltatók felmérjék a kezelés során felmerült működési és egyéb járulékos költségeket. A kategóriák melyekre a költségek általában vonatkoztathatók: kliensek, személyzet, beszerzés és anyag-költség, szerződött szolgáltatások, épületek és létesítmények, felszerelés stb. Egy erre szolgáló, szabadon felhasználható eszköz a Drog abúzus kezelése költségelemző program (Datcap), mely letölthető az EIB adatbázisból, a következő címen:

<http://eib.emcdda.europa.eu/?nnodeid=3508>.

A WHO, az EMCDDA és a UNDCP „Munkafüzetek” sorozatának költségelemzésekről szóló kötete az alábbi címen található:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5860>

Más eszközök speciálisabban a visszaélészerű kábítószer-használat problémájára koncentrálnak, ilyen a Függség Súlyossági Skála (SDS) és az Összetett Nemzetközi Diagnosztikai Interjú – Kábítószer Visszaélés Modulja (CIDI-SAM). Az SDS megtalálható az EIB adatbázisban angol, cseh és litván nyelveken.

Az értékelő kutatás gyakorlati megvalósítása

Kutatási terv

Az értékelő kutatás tervezése során meghatározandó kérdések már bemutatásra kerültek ebben a fejezetben, a további megfontolásra szánt témák a következőkben olvashatók. A kutatási tervet az abban jártas szakértőnek kell elkészítenie, de legalábbis annak irányítása, felügyelete alatt kell, hogy készüljön.

A kutatási terv leírja az alapvető összefüggéseket, célkitűzéseket és az alkalmazott módszereket, részletesen kidolgozott munkatervet és ütemtervet tartalmaz, kijelöli a teljesítési feltételeket és annak fontosabb szakaszait, valamint rögzíti a pénzügyi és személyi feltételeket.

Fontos, hogy a projektben résztvevő minden partner szerepe és felelősségi köre meghatározásra kerüljön.

Adatforrások:

- a lekérdezendő kliensek
- a kezelőprogramok/szolgáltatók dolgozói, akik általános és egyéni információkkal szolgálnak a nyújtott kezelésről és a kliensekről
- másodlagos információforrások (egészségügyi nyilvántartások, rendőrségi és igazságügyi szolgáltatási akták, szociális ellátórendszer aktái, kliensek hozzátartozóitól gyűjtött adatok)
- laboratóriumi eredmények

Az adatgyűjtésnek részletes protokollt kell követnie, mely rendelkezik a forrásokról, az ütemezésről, az eszközökről és a folyamatról. A folyamat leírásának tartalmazni kell azt, hogy ki rögzíti az interjúkat, őket hogyan képzik ki, hogyan kódolják az adatokat, és azok hogyan jutnak el az értékelést végző csoporthoz.

Bejegyzési nyilatkozat, titoktartás, adatvédelem

Mindenhol, ahol kliens adatokat használnak fel, a kutatási projektről, annak célkitűzéseiről, szándékolt eredményeiről, esetleges mellékhatásairól, a felelősségi körökről, a résztvevő kliensek kötelezettségeiről és az adatvédelmi szabályokról informáló beleegyezési nyilatkozatot kell írni, melyet minden résztvevő klienssel alá kell íratni. A nyilatkozat nélkül egyik etikai bizottság sem fogadja el a kutatási projektet.

Az adott kliens személyes adatait csak a jelenlegi kezelésében résztvevőknek szabad felfedni. Ez azt is jelenti, hogy külső értékelők nem kaphatják meg a kliensek azonosítását lehetővé tévő adatokat. Az adatokat kódolni kell, a visszaféjtéshez szükséges kulcsot csak az arra jogosult képviselő birtokolhatja a kezelés oldaláról. A társadalombiztosítási szám, vagy más egyedi azonosító használata, melyek alapján a klienst a kezelési megbízotton kívül más is azonosítani tudja, nem megengedett. A kódolás nem csak az adatvédelmet biztosítja, hanem azt is, hogy az adott kliens egyéb adatai (más adatbázisokban) is azonosíthatók legyenek. A kódlistákat el kell zární, az adatfájlokat a hozzáférés korlátozásával kell biztosítani.

Interjúk

A belépés és a követés szakaszában a kliens interjúk felvétele történhet külső kérdezők, vagy megfelelően képzett, a kezelő programban vagy szolgáltatónál dolgozó kérdezők segítségével. A viselkedést tanulmányozó kutatások során az önbevallás torzítása elkerülése érdekében a követés szakaszában javasolt külső kérdezőket alkalmazni, mert a kliensek hajlamosak szelektálni, vagy akár torzítani a terapeutáiknak adott információkat. Ebből az okból kifolyólag biztosítani kell a titoktartást, hogy a külsős kérdezőknek adott információk ne juthassanak el a kezelő program személyzetéhez.

Az interjúk készítőknél törekedniük kell a nem ítélező, megértő és együtt érző attitűd el-sajátítására, az elfogadás atmoszférájának kialakítására, melyben a kliens jól érzi magát. A kérdezőnek ismernie kell az értékelés során használt eszközt, vagy részt kell vennie megfelelő kiképzésben.

Önértékelés

Néhány eszközt úgy terveztek, hogy a kliensek kitölthessék azokat interjúzás nélkül (pl.: Tünetek ellenőrző listája, SCL-90 – Derogatis et al., 1973). Mivel azonban a kliensek többsége nem gyakorlott ebben, ezeket az eszközöket meg kell ismertetni velük, és a kérdőíveket a klienssel közösen ellenőrizni kell a teljesség és a lehetséges félreértések elkerülése érdekében. A fenti eszköz szerzői jogi okok miatt nem szerepel az EIB adatbázisban.

Másodlagos információforrások

Minden másodlagos információforrást fel kell tüntetni a beleegyezési nyilatkozaton, amelyet a kliensnek aláírásával hitelesíteni kell. Az orvosi dokumentumok felhasználása általában nem jár komolyabb problémákkal. A rendőrségi adatok, vagy a családtagoktól, munkaadóktól gyűjtött információk felhasználásához a beleegyezés problematikus lehet, mert felfedi, hogy a kliensnek kábítószer-problémái vannak, amiről másként egyébként nem értesülnének. Azt is figyelembe kell venni, hogy a rokonoktól vagy más, kulcsszerepet betöltő személyektől kapott információk nem objektívebbek, vagy megbízhatóbbak, mintha azok a klienstől erednének. Ha a kliens és a családtagok elbeszélése különbözik, nehéz eldönteni melyik áll közelebb a valósághoz. A fenti okok miatt a legtöbb értékelő kutatás ilyen járulékos információk gyűjtése nélkül valósul meg.

Hogyan lehet mégis biztosítani a szavahihetőséget és az őszinteséget a kliensek saját be-

vallásán alapuló adatok esetén? Miatán ezt a kérdést többször megvizsgálták, azt találták, hogy akkor megbízhatók az adatok, ha a titoktartás biztosított, és az információadás nem jár következményekkel. Különösen fontos, hogy ezek az adatok ne kerüljenek a klienssel foglalkozó terapeutákhoz, kezelőhelyekhez; ne jussanak el rokonokhoz, munkaadókhoz vagy a hatóságokhoz. Laboratóriumi eredmények a saját bevalláson alapuló adatok ellenőrzésére szolgálhatnak.

Laboratóriumi eredmények

Az önbevallás ellenőrzése során gyakran alkalmaznak vizeletteszteket a kábítószer-fogyasztás megállapítására. Ez megfelelő technika a szerek és metabolitjaik azonosítására bizonyos ideig a bevitel után, a szerek lebomlási idejének megfelelően. Ezek az eredmények főként kvalitatívak, nagy számú minta elemzése bonyolult és drága. Egy másik alternatíva a verejték ellenőrzése. A haj vizsgálatával megismerhető (a haj hosszától függően) a hosszabb ideig tartó kábítószer-fogyasztás a múltban. A vizelettesztek és a hajszálok vizsgálatának kombinációja biztosítja a legjobb információt a múltbéli kábítószer-fogyasztásról. Egyéb laboratóriumi eredmények lehetnek a különféle fertőzések (különösen a HIV és a hepatitis) szeropozitivitási rátája, és speciális, a klinikai állapotra vonatkozó információk.

Adatkezelés

A beérkező adatokat különös alapossggal kell ellenőrizni a teljesség, a hihetőség és a pontosság érdekében. Ha lehetséges, az eredeti adatokat ellenőrizni kell, hogy a hiányzók pótolhatóak, a bizonytalanságok tisztázhatóak legyenek. Egyes esetekben az interjúk adatait egyeztetni kell az interjúkat rögzítőkkel. A kutatási adatok tudományos publikálása, az eredmények elfogadása sok esetben azon múlik, mennyire átláthatók az adatkezelés szabályai.

Adattárolás, adatfeldolgozás

Az adatokat számítógépen, a használt eszközöknek megfelelő programmal, az értékelés céljaival összhangban kell rögzíteni.

Adatelemzés

Az értékelő kutatások adatelemzésére jelenleg a leggyakrabban használt program az SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Visszajelzés a résztvevő felek számára

A résztvevők számára küldött visszajelzés nem csak a kutatási projekt végén, hanem közben is elengedhetetlen, ha az információval szolgál az adatok minőségéről és az előzetes eredményekről, nemcsak az adatgyűjtés javítása céljából, hanem a kezelő személyzet motiváltsága miatt is. Az előzetes eredmények szélesebb nyilvánosság felé történő közlése ugyanakkor problematikus, kerülni kell. A nagyobb kutatások vagy a politikailag érzékeny projektek időről időre hírlevél formájában elégitik ki a jogos igényeket, így megelőzhető a pletykaszerű, téves informáltság is.

Beszámolók és publikációk

A támogatóknak készítendő beszámolók típusát, gyakoriságát már a kutatás elején javasolt előre meghatározni. Közbülső riportok esetén figyelni kell arra, hogy az a tényszerű közlése-

ken túl ne tartalmazzon többet a projekt haladásáról, csak néhány előzetes eredményt.

A publikációk elkészítése gyakran több időt és forrást igényel, mint amire számítanak, ezért azt alaposan meg kell tervezni. Már a tervezéskor meg kell határozni a témaköröket, a szerzőket és a publikációs csatornákat. Az értékelő kutatások körében javasolt a különféle információs anyagokat az érdekelt felek (pl. kezelés területén dolgozó szakemberek, tudósok, egészségügyi hatóságok, egyéb célcsoportok) speciális érdeklődéséhez igazítani. Az eredmények terjesztése fontos része az evaluációs kutatásoknak, ezért azt a kutató csoportnak vagy más hozzáértő szakembereknek kell végezni.

Az eredmények akkor érik el a legnagyobb hatást szakmai és tudományos körökben, ha lektorált folyóiratokban, vagy olyan folyóiratokban és könyvekben kerülnek publikálásra, amelyeket olvasnak, figyelnek a szakemberek. Minden ilyen publikációnak megvannak a saját előírásai, szabályai, melyeket követni kell.

Meg kell előzni az eredmények nem megfelelő felhasználását. Tipikus példái ennek az eredmények szelektív, marketing célokra történő publikálása más szolgáltatók kárára, és a részeredmények előítéleteken, nem pedig megfelelő, kiértékelt magyarázatokon alapuló felhasználása a költségvetések elosztása során. A nem megalapozott felhasználás kivédhető a pontatlan összegző megállapítások kerülésével, a kliensek és a szolgáltatók azonosíthatóságának védelmével, és a publikációs és egyéb ismeretközlő formák pontos, minden résztvevő által közösen jóváhagyott tervének elfogadásával.

Negyedik fejezet: Kvalitatív értékelés

A kvalitatív értékelés kevésbé gyakori, módszertanilag kevésbé feltárt, mint a kvantitatív értékelés. Ennek oka a személyes interjúk gyűjtéséből és elemzéséből származó magas költségekben rejlik. Más, gyakorlatiasabb, és kevésbé költséges módszerek mindezülig nem ismertek és használtak. Helyesen elvégezve a kvalitatív evaluáció értékes betekintést enged a kezelési programokba. A főbb megközelítések a következők:

Célkitűzések

Kvalitatív módszerek legalább négy cél elérésére alkalmasak:

- Információgyűjtés a folyamatértékelés számára: például az attitűdökről, a programok végrehajtásának problémáiról, a cél elérésének akadályairól.
- Információgyűjtés a kvantitatív kutatások méretének és központi kérdésének meghatározásához: segít azonosítani adott szituációk 'égető kérdéseit' és prioritásait.
- Információgyűjtés a kvantitatív kutatások kérdőíveinek összeállításához: segít a releváns kérdések azonosításában és a válaszok kategorizálásában.
- Segítségét nyújt a kvantitatív adatok interpretálásához.

A fentiekből következően sok tekintetben javasolt a kvalitatív és a kvantitatív módszerek kombinációja a kezelés értékelése során.

Módszerek

Résztvevő megfigyelés

Ez a legkönnyebb és legolcsóbb technika, mely hasznos információval szolgálhat egy kezelési program mindennapjairól, annak kommunikációs sajátosságairól, az alkalmazottak attitűdjeiről és a folyamat különböző jellemzőiről, mint például a várakozási idő vagy a problematikus helyzetek kezelése. A résztvevő megfigyelés céljait, annak szerepét az érté-

kelő kutatásban a kezdetektől tisztázni kell, csakúgy, mint azt, hogy melyek azok a kérdések, ahol a megfigyeléstől eredményeket várunk.

Félig struktúrált interjú

Ez a technika egyike a „klasszikus” megközelítéseknek, mely kiválasztott alanyok személyes interjúján alapul, és lehetőséget ad nyitott kérdésekre és válaszokra. Fontos szempont a bizalmi légkör, melynek megteremtéséhez szükséges az anonimitás és a megfelelő környezet az interjú számára. A kérdezőknek felkészülteknek kell lenniük kvalitatív interjúk lebonyolításában, azért hogy a legkevésbé torzított, és a legrelevánsabb információt kiszűrhessek.

Fókuszcsoportos vizsgálat

Hasznos és költség-hatékony módszer kvalitatív információ gyűjtésére. A fókuszcsoportok jellemzően nyolc főből és a moderátorból állnak. A résztvevők az elemzés tárgyát képező csoportokat képviselik, úgy mint: a személyzet, kliensek, a kliensek családjai, beutaló szervezetek és más külső csoportok. A fókuszcsoportok használhatók arra, hogy a programok, a fejlesztendő területek, a kvantitatív kutatás kérdésselvetése és a felhasznált eszközök működésébe betekintést nyerjünk a különböző szereplők szemszögéből.

Tartalomelemzés

A kísérleti személyeket arra kéri, hogy mondják el történetüket, amit struktúrája és tartalma alapján elemzésnek. Ez a módszer kombinálható más eszközökkel, például a rajzelemzéses projektív technikákkal.

Az interjú és a fókuszcsoport alanyainak kiválasztása

A Glaser és Strauss (1967) által kidolgozott elméleti mintavétel a leginkább ismert módszer arra, hogy megismerjük a vélemények és nézetek lehető legszélesebb spektrumát. Az interjú alanyait nem jelölik ki előre, hanem minden interjú után azt a személyt választják ki, aki várhatóan különböző nézetekkel rendelkezik, azért, hogy a vélemények egyoldalú reprezentációját elkerüljék. Amennyiben ez a módszer kerül alkalmazásra, úgy a kiválasztásnál figyelemmel kell lenni arra, hogyan lehet a különböző csoportok véleményét bemutatni. Ezek a csoportok lehetnek: személyzetből álló fókuszcsoport (eldöntendő, mely szakmák képviselőiből, milyen beosztású dolgozókból álljon), kliensekből álló fókuszcsoport (eldöntendő szempontok: nem, korcsoport, társadalmi-gazdasági jellemzők, programban eltöltött idő hossza stb.)

A kvalitatív adatok elemzése

A videofelvételek, magnófelvételek készítése és az interjúk írásbeli rögzítése, azaz a „klasszikus módszerek” hasznos információval szolgálhatnak, de időigényesek és drágák. Jól képzett kérdezők és moderátorok jegyzetelhetnek, vagy lediktálhatják a beszámolót rögtön az interjú után. Az elemzés ennek ellenére nehézkes lehet, különösen nagy számú interjú esetén, ezért azok feldolgozása szakértői támogatást igényel az elméleti és a módszertani buktatók elkerülése érdekében.

Ötödik fejezet: Az értékelő kutatás végrehajtása és biztosítása

A fejezet célja, hogy segítséget nyújtson az evaluáció előkészítésében, végrehajtásában és irányításában, ellenőrző listák segítségével.

Ellenőrző lista a kezelés értékelésének előkészítéséhez és végrehajtásához

Célkitűzések

- Mik a projekt célkitűzései?
- Mit kell értékelni?
- A célokat minden résztvevő megismerte és elfogadta?
- Mik az értékelés céljainak külső feltételei?
- Az eredmények hogyan kerülnek felhasználásra?
- Ki az értékelés beszámolójának célközönsége?

Hatókör

- Milyen források állnak rendelkezésre?
- Hány szolgáltatásra és programra van szükség?

Időkeret

- Mikor indulhat a projekt?
- Mikorra kellene az eredmények?

Partnerek

- Ki kéri az értékelést?
- Ki fizet az értékelésért?
- Ki az adatok birtokosa?
- Mely szolgáltatók körében zajlik az értékelés?
- Kik végzik az értékelést?
- Kik a publikációs partnerek?

Kutatási terv

- Mik a kutatás kérdései és hipotézisei?
- Milyen vizsgálati elrendezést alkalmazzanak?
- Hogyan kerülnek azonosításra a minták?
- Mi az eredmények feltételrendszere és milyen indikátorokat vizsgálnak?
- Milyen adatforrások kerülnek felhasználásra?
- Milyen eszközök kerülnek felhasználásra?

Ellenőrző lista az értékelés folyamatához

- A kezelőhelyek személyzete megfelelően informált?
- Az etikai bizottság elfogadta a kutatási tervet és a beleegyező nyilatkozatot?
- A kérdezőbiztosok és az adatgyűjtésben érintettek ismerik a módszertani eszközöket?
- Szükség van a kérdezőbiztosok és az adatgyűjtésben érintettek oktatására?
- Azonosításra kerültek a lehetséges együttműködő adatközlők? Együttműködnek?
- Azonosításra kerültek az érintett laboratóriumok (és az esetleges referencia labor)? Együttműködnek?
- Az adatrögzítés és az adatfeldolgozás infrastruktúrája megfelelő és készen áll a feladatra?
- Rendelkezésre állnak az elemzéshez szükséges statisztikai ismeretek?

- Minden felelősségi kör pontosan tisztázott? Az érintettek elfogadják azokat?
- A projekt összhangban van az időtervvel?
- Minden kötelezettség teljesül?

Hatodik fejezet: Az eredmények bemutatása és kommunikálása

A következőkben útmutatás olvasható az eredmények bemutatásával és kommunikációjával kapcsolatosan. Az értékelés eredményeinek külső és belső érintettek számára történő bemutatása számos célt szolgálhat, úgymint: a projekt relevanciájának bemutatása, a munka gyakorlatának fejlesztése, beszámolás finanszírozó vagy szabályozó testületeknek, a helyi közösségek tájékoztatása, valamint támogatás szerzése jelenlegi vagy jövőbeni projektek számára.

Az értékelő kutatás bemutatásának mindenekelőtt összhangban kell lennie a projekt eredeti céljaival és a megcélzott hallgatósággal. Az eredmények bemutatására számos módszer és eszköz létezik, melyek közül az írásos beszámoló a legismertebb. Érdeemes megfontolni azonban a prezentáció más módjait is: a szóbeli tájékoztatást, a sajtónyilatkozatot, a tudományos folyóiratokban való megjelenést és az Internetes közlést.

Az üzenetnek és a kommunikációs eszközöknek összhangban kell lennie a célcsoporttal vagy hallgatósággal. Különböző csoportok különböző információra kíváncsiak, és a hozzájuk vezető csatornák sem azonosak.

A célcsoporttól függetlenül, minden beszámoló készüljön megfelelő stílusban, az érdeklődést felkeltő módon, mert ez növeli annak az esélyét, hogy azt elolvassák és megértsék. Különösen igaz ez akkor, ha a beszámoló célja a döntéshozatal támogatása. A minőség, nem a mennyiség számít.

Gyakran fontos az időzítés, és az eredmények publikálása során a határidőket be kell tartani. Az időbeni publikálás különösen fontos a maximális hatás eléréséhez politikai szinten. Figyelemmel kell lenni arra is, hogy a frissebb adatok többet mutatnak a jelenlegi helyzetről, és régebbi adatokkal összehasonlítva nagyobb figyelmet is kapnak. Nem szabad viszont túl korán bemutatni az eredményeket, és az értékelést végzőknek sem szabad felfedni első benyomásaikat. Ha már korai szakaszban igény merül fel az információ iránt, segíthet, ha sajtónyilatkozatok formájában jelentik be a kutatás lezárásának idejét.

A beszámoló szerkezete

A beszámolóba kerülő információ függ a megcélzott olvasóközönségtől, annak érdeklődésétől és igényeitől. A tartalom szintjét és hatókörét a célcsoport speciális igényeihez kell alakítani. A következő ellenőrző lista segít annak biztosításában, hogy a legfontosabb kérdések bekerüljenek a beszámolóba.

- címlap (fő téma, szerzők, dátum)
- tartalomjegyzék, táblázatok és egyéb szemléltetőeszközök jegyzéke
- összefoglaló (vizsgálati elrendezés, eredmények, következtetések)
- bevezetés (háttér, megrendelő, partnerek, célkitűzések)
- megválaszolandó kérdések, ellenőrizendő hipotézisek
- vizsgálati elrendezés, módszertan, felhasznált eszközök, időkeret
- adatgyűjtés, ellenőrzés és elemzés
- a protokoll változásai a kutatás során
- eredmények
- az eredmények értelmezése és megbeszélése
- következtetések és javaslatok
- függelék (pl. irodalomjegyzék, kérdőívek, útmutató kérdezőbiztosok számára, táblázatos összefoglaló)

A beszámoló minden fejezetét figyelemfelkeltő címmel kell ellátni, melyet a tárgyalt téma bevezetésének, és a szekció szerkezeti bemutatásának kell követnie.

Javasolt a beszámoló munkaverzióját megmutatni egy olyan személynek, aki ellenőrzi, mennyire olvasható és érthető a szöveg, és egy tapasztalt szerkesztőnek is, aki ellenőrzi a látványtervet, és a nyelvhelyességet.

Szóbeli ismertetés

Az eredmények ismertetésre kerülhetnek konferenciákon, a médiában és személyes találkozókon. A szóbeli előadás ugyanakkor úgy a leghatékonyabb, ha összefoglalók, diák vagy más írott anyagok kísérik. Az írásvetítő szerepét ma már átvette a PowerPoint prezentáció. Az előadásnak rövidnek és lényegre törőnek kell lennie, és időt kell biztosítani a diskusszió számára is. A vita irányítása legalább annyira fontos, mint a jól hallható és érthető hanghordozás, vagy a hallgatóság szakmai érdeklődéséhez és felkészültségéhez igazított előadásmód.

Az előadás struktúrája követheti az írásos beszámoló szerkezetét, de a hallgatóság elvárásaihoz és az esemény céljához kell igazodni. Ezek a megfontolások különösen nagy hangsúlyt kapnak a sajtó számára szervezett konferenciákon.

Ha az evaluáció eredményeit a kábítószer-probléma területén dolgozó szakemberek vagy kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó egészségügyi vagy szociális dolgozók hallgatják, meg kell vitatni az eredmények következményeit a számukra releváns területeken.

Tudományos publikációk

Tudományos folyóiratok általában nem publikálnak kutatási beszámolókat egészében, de elfogadnak olyan írásokat, melyek megfelelnek a folyóirat szerkezeti és tartalmi követelményeinek. Javasolt kiválasztani a folyóiratot a cikk megírása előtt, és tanulmányozni annak szerzői instrukcióit, a speciális szerzőségi szabályokat, a hivatkozások rendszerét és az etikai követelményeket.

Internetes publikálás

A kutatók közössége egyre inkább használja az Internetet, hogy késedelem nélkül publikálhassa tanulmányait. Ez történhet PDF formátumban, letöltésre, vagy PowerPoint prezentációként, mely gyors és könnyen kezelhető. Ezeket a prezentációkat be lehet úgy állítani, hogy az olvasó megnyitáskor „kis videóként” lássa a prezentációt. A beszámoló lerövidíthető, vagy éppen kiegészíthető egy összefoglalóval és egy jelzéssel arról, hogy hol lehet a teljes szöveget elérni. Az ideális oldal a publikációra a kutatócsoport, vagy a megrendelő, vagy olyan szakmai szervezet weboldala, mely tájékoztatja felhasználóit a legújabb eredményekről. A kényesebb természetű beszámolókat érdemes csak szűkebb felhasználói csoport számára elérhetővé tenni (e-mailben elküldeni), vagy jelszóval védett weboldalon elhelyezni.

3. RÉSZ

ÉRTÉKELÉSI HÁLÓZATOK

Hetedik fejezet: Értékelési és kutatói hálózatok

Európai szinten

Számos európai hálózat és szervezet dolgozik a kezelés értékelésén vagy a kezelési folyamat kutatásán. A következőkben a legfontosabb, legígéretesebb a Bizottság által támogatott projektek, önkéntes hálózatok és egy nemzetközi szervezet, az Európa Tanács alá tartozó Pompidou Csoport leírása található.

A Pompidou Csoport a francia elnök Georges Pompidouról kapta a nevét, aki 1971-ben kezdeményezte a kormányközi szervezet felállítását. A szervezet eredetileg hét európai országból állt (Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország, Luxemburg, Hollandia és az Egyesült Királyság), melyek célja a kábítószer-fogyasztás és a kábítószer-csempészet elleni fellépés tapasztalatainak cseréje volt. 1980-ban a Pompidou Csoport integrálódott az Európa Tanácsba, tagjainak száma azóta emelkedik. Jelenleg 35 tagállama van: 26 EU tagállam (Lettország nem tagja a csoportnak), az Európai Gazdasági Térség (EEA) három országa (Izland, Liechtenstein és Norvégia), a két EU tagjelölt ország (Horvátország és Törökország), a jövőben a schengeni övezetbe csatlakozó Svájc; valamint Azerbajdzsán, Oroszország és a San Marino Köztársaság.

Link: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Default_en.asp

Az Alkohol És Kábítószerterületén Működő Könyvtárak és Információs Szolgálatok Európai Szövetsége (Elisad) non-profit szervezetként alakult 1988-ban. Az Elisad legfőbb célja, hogy a legális és illegális drogok területén dolgozó orvosok, szociális munkások és más szakemberek könnyen információt gyűjthessenek és cserélhessenek. Ennek érdekében az Elisad programokat és találkozót szervez, szolgáltatásként pedig egy honlapot üzemeltet. Az internetes kapu, a „Gateway” projekt 2002-ben indult, az Európa Tanács finanszírozásával. A „Gateway-en” számos minőségileg ellenőrzött portál és oldal került azonosításra, a tartalmi keresések ezeken a kiválasztott oldalakon történnek, nem pedig a teljes Interneten. Az Elisad egyszerre személyes és intézményi hálózat, mintegy 50 taggal Európa különböző országaiból.

Linkek:

Kezdőlap — <http://www.elisad.eu/>

„Gateway” projekt — <http://www.addictionsinfo.eu/>

A Toxibase egy francia nemzeti dokumentációs hálózat, melynek megalakulása 1986-ra nyúlik vissza, mikor döntés született hat francia dokumentációs központ egyesüléséről és egy átfogó kábítószerrel foglalkozó adatbázis felállításáról. A technika fejlődésével a Toxibase az Interneten is elérhető lett, partnereinek száma egyre növekszik.

Link: <http://www.toxibase.org/>

Az Ewodor, a Kábítószerrel Kapcsolatos Kutatások Európai Munkacsoportja 1986-ban alakult, egy olyan fórum létrehozásának szándékával, ahol a kábítószer-jelenség kutatói megoszthatják tapasztalataikat, szaktudásukat és kutatási területeiket egymással. Ennek érdekében az Ewodor on-line vitafelületet működtet, és éves találkozót szervez.

Link: <http://www.dass.stir.ac.uk/drugs/ewodor.htm>

Az Európai Társaság a Kábítószerrel Kapcsolatos Társadalmi Kutatásokért (ESSD) 1989-óta rendezi meg éves konferenciáját, főként európai országok hozzájárulásával, változatos témákban az epidemiológiától a kábítószer-politikán át a kutatás-módszertani kérdésekig.

Link: <http://www.ift.de>

A Szerekekkel Való Visszaélést Kutatók Európai Szövetsége (EASAR) 1994-ben alakult a WHO Európai Területi Irodájával szoros együttműködésben, egyeztetve az EMCDDA-vel. A szövetség célja a pszichoaktív szerekekkel való visszaélés kutatásának területén az európai együttműködés erősítése és támogatása, ezáltal a prevenció és a kezelés fejlesztése, így járulva hozzá az emberek jóllétéhez. A szövetség osztrák, belga, cseh, német, görög, magyar, olasz, holland, lengyel, orosz, svéd, svájci és brit kutatók és kutatócsoportok közreműködésével alakult. Éves kutatói találkozói az aktuális kutatásokról számolnak be, ahol fiatal kutatók is teret kapnak, interaktív viták zajlanak, valamint tapasztalatcsere folyik módszertani és egyéb speciális kérdésekről. Egyéb tevékenységei között szerepel a tagok kétirányú tapasztalatcsereje, közös kutatási projektek támogatása, és a kapcsolattartás más, Európán kívüli kutatócsoportokkal. Jelenleg 20 kutatóintézet és kutatást támogató szervezet képviselteti magát az EASAR-ban. A Szövetséget testület irányítja, elnökét rotációs rendszerben választja, tagság kooptáció útján nyerhető.

Link: <http://www.easar.com>

Az Itaca 1999-ben alakult, megelőzéssel és kábítószer-kezeléssel foglalkozó szakemberek és kutatók döntése nyomán, európai hálózatként. A több tudományágat képviselő csoport jól átgondolt célja, hogy a kutatási eredmények segítségével fejlesszék a kereslet-csökkentést célzó beavatkozásokat. Itaca ennek érdekében honlapot működtet, elektronikus hírlevelet ad ki, negyedéves folyóiratot jelentet meg, és ösztöndíjas csereprogramokat indít. Tevékenységéhez 2000-ben az Európai Bizottság egészségüggyel foglalkozó főigazgatóságától (Directorate-General for Health and Consumer Protection) kapott támogatást.

Link: <http://www.itacaeurope.org>

Az ERIT, az Európai Kábítószer-szakértők Szövetsége, 1993-ban alakult, azóta támogatja az ismeretek cseréjét és a szakemberek kompetenciáinak fejlesztését a kábítószer-probléma területén. A Szövetség 1993 és 2001 között az Európai Bizottság egészségüggyel foglalkozó főigazgatóságától (Directorate-General for Health and Consumer Protection) kapott támogatást. A hálózat legismertebb eredményei az európai konferenciái és publikációi, melyek a helyettesítő kezeléstől a beavatkozások értékeléséig terjednek.

Link: <http://www.erit.org>

A szerfüggők gyermekeit célzó európai CASE kutató projekt egy tematikus program, az „Életminőség és humán erőforrás felhasználás” ötödik kutatási keretprogramja alatt kapott támogatást. A CASE heroinfüggők és gyermekeik kezelési eredményeit vizsgálta előre meghatározott mérőszámok mentén. A szerfüggőket és gyermekeiket a kezelés kezdetekor, majd egy hároméves követési időszak alatt évente megvizsgálták.

Projekt leírás: <http://www.aramis-research.ch/e/12901.html>

A TREAT 2000 program szintén a fent említett ötödik keretprogram támogatásával valósult meg. A TREAT 2000 6 európai régióban elemzi és hasonlítja össze az opiátfüggőkkel foglalkozó kezelési rendszereket, és 150 opiátfüggő kezelését követi 18 hónapon keresztül, a 6 régióban. Ennek folytatásaként a TREAT 2000 összehasonlítja a regionális kezelőrendszerek költségeit, és megteszi az első lépéseket egy költség-hatékonysági értékelés felé.

Projekt leírás: <http://www.aramis--research.ch/e/7176.html>

Az Európai Bizottság egészségüggyel foglalkozó főigazgatósága (Directorate-General for Health and Consumer Protection) több projektet támogatott a kábítószer-kezelés területén. Egy példa a „A szubsztitúciós kezelések minőségének fejlesztése Európában” projekt, mely útmutatót készített a metadon programok számára négy nyelven, angolul, franciául, németül és spanyolul. A projekt keretében létrehoztak egy honlapot is, mely az európai „metadon információs pontok hálózatáról” nyújt információt (nemcsak az EU tagállamban, hanem Norvégiában, Svájcban és a tagjelölt országokban is). Az eredmények közé tartozik még egy „virtuális klinika” létrehozatala is, valamint útmutatók sorozata szakemberek részére és egy információs kiadvány a szubsztitúciós kezeléssel a döntéshozók támogatása érdekében.

Link: <http://www.q4q.nl/methwork2/home.htm>

Cocineu a „kokain és a crack kokain fogyasztók igényeit felmérő projekt Európában” az Európai Bizottság kutatással foglalkozó főigazgatósága (Directorate-General for Research) támogatásával valósult meg, az ötödik kutatási keretprogram keretében. A projekt keretében a kokaint és crack kokaint használók igényeit felmérő kutatásokat végeznek, a kutatás célja gyakorlati ajánlások készítése segítő programok számára, a problémás kokain és crack kokain használók szükségleteinek azonosítása nyomán.

Linkek:

Weblap: http://www.zis-hamburg.de/forschung_kokain_eu.de.html

Projekt beszámoló: http://www.zis-hamburg.de/D13_Final_report.pdf

A „Rose: a magas kockázatú opiát-használók kezelése Európában” projekt szintén az ötödik kutatási keretprogram „Életminőség” alprogramjának támogatásával valósult meg. A projekt célja két elkülönülő, veszélyeztetett helyzetben lévő csoport leírása és elemzése: nevezetesen a fenntartó kezeléseket részt vevő, de nem elégséges ellátásban részesülő opiátfüggők, valamint az utcán élő, kezelésben nem részesülő opiátfüggők csoportjai. A kutatási terv kvantitatív és kvalitatív interjúkat tartalmazott kezelésbe nem került vagy elégtelenül kezelt opiát-használókkal, a kezelőrendszer általuk észlelt korlátairól és hiányosságairól.

Projekt leírás: <http://www.sorad.su.se/projects.php?id=13>

A „Kényszer- vagy kvázi-kényszerkezelés Európában” (QCT Europe) projekt célja a kvázi-kényszerkezelések hasznának igazolása a drogfüggő letartóztatottak körében. Az Európai Bizottság ötödik kutatási keretprogramja támogatásával létrejött projektben öt EU tagállam vesz részt (Ausztria, Németország, Olaszország, Hollandia és az Egyesült Királyság) és Svájc. A tervezett eredmények között szerepel egy kvantitatív adatbázis kiépítése, valamint egy kvalitatív dokumentum összeállítása az evaluált kvázi-kényszerkezelési rendszerekről.

Link: <http://www.kent.ac.uk/eiss/qct/index.htm>

Nemzetközi szinten

Számos ügynökség és intézet felállította saját hálózatát az értékelő kutatás számára, ám itt csak néhányat mutatunk be.

Két ENSZ szervezet vesz részt aktívan a helyes gyakorlat és az evaluáció terjesztésében a kábítószer-kezelés területén. A genovai székhelyű Egészségügyi Világszervezet (WHO) nagy hagyományokkal rendelkezik ezen a területen, és számos releváns publikációt készített a tagállamok szakértőinek nemzetközi hálózataival együttműködve. Újabban az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) lépett fel hasonló kezdeményezésekkel saját hálózatai és publikációi útján.

Linkek:

<http://www.who.int>

<http://www.unodc.org>

Az amerikai Nemzeti Egészségügyi Intézet kábítószerekkel foglalkozó intézete a NIDA (National Institute on Drug Abuse) a legnagyobb önálló szervezet, mely kutatásokat finanszíroz, kutatási eredményeket publikál és nemzetközi szinten szólítja meg a kábítószer-probléma területén – beleértve a kezelést is – dolgozó szakembereket.

Link: <http://www.nida.nih.gov>

4. RÉSZ

FOGALOMTÁR

Fogalomtár

Utógondozás (Aftercare)

Intézményes kezdeményezés a volt kábítószer-fogyasztók társas kapcsolatokba és munkába történő visszahelyezésére, melynek célja a társas kapcsolatrendszeren belüli funkcionális működésének, a pszichés stabilitásának és önálló megélhetésének biztosítása. Leginkább a hosszú távú kezelés utolsó szakaszában történik, példaként a terápiás szállások, a terápiás közösségek, a családoknál történő elhelyezés hálózatai és a félutas házak említhetők.

Torzítás (Bias)

Torzítást okozhat minden olyan nem tervezett, vagy gyakran észlelt változás, mely az adatgyűjtés folyamán merül fel és befolyásolja az értékelés eredményeit. Torzítást okozhat például, ha a kijelölt célcsoport eltérő jellemzőkkel bíró részcsoportja vesz csak részt a beavatkozásban (pl. csak a nagyon motivált kliensek). A minta ilyenkor „torzított” és az eredmények érvénytelenek lehetnek.

Detoxifikáció (Detoxification)

Lásd elvonó kezelés

Kábítószer-kezelés (Drug treatment)

Lásd kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés

Kábítószer-fogyasztók (Drug users)

Olyan személyek, akik saját akaratukból ismétlődően illegális pszichoaktív anyagokat juttatnak szervezetükbe.

Gyógyszermentes kezelés (Drug-free treatment)

A gyógyszermentes kezelés olyan kezelés, melynek során nem alkalmaznak gyógyszeres kezelést a kábítószer-függőséggel összefüggő problémák enyhítésére. A „gyógyszermentes” eljárás ugyanakkor nem zárja ki a komorbid állapot kezelését célzó gyógyszerek használatát.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés (Drug-related treatment)

A kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés „orvosi és/vagy pszicho-szociális technikák alkalmazása azért, hogy az illegális kábítószer-használat mérséklődjön, vagy megszűnjön, ezáltal javítva a kliens általános egészségi állapotát”. Hosszabb és pontosabb kifejezés, mint a kábítószer-kezelés, amivel fel is cserélhető. Az illegális kábítószerekkel összefüggő kezelés az összefoglaló neve mindazon a problémás kábítószer-fogyasztókat célzó beavatkozásoknak, melyek három fő csoportra oszthatók: gyógyszeres kezelés, gyógyszermentes kezelés és elvonó kezelés.

Értékelés, evaluáció (Evaluation)

Szisztematikus adatgyűjtés és/vagy vizsgálat egy termék, eredmény vagy folyamat értékének, hatékonyságának meghatározása céljából.

Értékelő indikátor (Evaluation indicator)

Az értékelés céljára vonatkozó, számokban kifejezett mérési elem, mely lehetővé teszi az eredeti állapothoz képest a beavatkozás eredményeként elért változás nyomon követését.

Értékelő módszer (Evaluation method)

Az értékelés során felhasznált megközelítés vagy módszertan. Tartalmazhat kvantitatív módszereket és kvalitatív megközelítéseket.

Értékelő eszköz (Evaluation tools)

Az értékelés végrehajtásához szükséges technikai erőforrások és speciális eszközök, pl. kérdőívek, szoftverek, pszichológiai tesztek stb.

Külső értékelés (External evaluation)

Az értékelt projektben nem dolgozó, vagy azzal kapcsolatban nem lévő személyek által szervezett és/vagy elvégzett értékelés.

Kábítószer-kezelési útmutató (Guidelines for drug treatment)

Olyan dokumentum, mely tartalmazza a kábítószer-függők kezelése során alkalmazandó és biztosítandó eljárásokat. Az útmutatók rendszerint javaslatok, így nem kötelező érvényűek.

Fekvőbeteg kezelés (Inpatient treatment)

Klinikai környezetben végzett 24 órás multidiszciplináris kezelés, mely történhet a pszichiátriai kezelőrendszerben, általános vagy szakkórházban, terápiás közösségben vagy más kezelőhelyeken.

Belső értékelés (Internal evaluation)

Az értékelt projekttel kapcsolatban lévő – ott dolgozó, önkéntes vagy egyéb – személyek által szervezett és/vagy elvégzett értékelés.

Fenntartó kezelés (Maintenance treatment)

Szubsztitúciós, vagy nem szubsztitúciós gyógyszerrel végzett orvosi kezelés, mely hosszú távú és időben nem korlátozott.

Gyógyszeres kezelés (Medically assisted treatment)

Olyan kezelés, melynek során alkalmaznak agonista szereket (helyettesítő kezelés) és antagonistá (és antagonistá agonista) szereket.

Szükséglet felmérés (Needs assessment)

A szükséglet felmérés (vagy igény-elemzés) az észlelt jelenség és a javasolt beavatkozás helyességének szisztematikus vizsgálata. Elengedhetetlen egy speciális probléma nagyságának és jellemzőinek – így a speciális beavatkozás iránti igények – téves megítélése elkerülése érdekében.

Célkitűzések (Objectives)

Az értékelés tervezett eredményeit érintő speciális és mérhető állítások. Értékelési célból a célkitűzések megfogalmazása során meg kell határozni a változtatni kívánt változókat, és fel kell állítani a sikeresség mérhető kritériumait. Logikus, vizsgálható hipotézisnek kell összekapcsolnia a program során végzett tevékenységeket a célokkal, a célokat pedig a szándékolt eredményekkel. Ha a célok nem pontosan definiáltak, a beavatkozás végrehajtása, vagy hatékonyságának mérése nem megvalósítható.

Eredmény értékelés (Outcome evaluation)

Értékelés, mely a beavatkozás következményeit és eredményeit vizsgálja és méri az adott célcsoport körében.

Járóbeteg kezelés (Outpatient treatment)

Olyan kezelés, melynek során a klienseknek nem kell az éjszakát a kezelőhelyen töltenie.

Problémás kábítószer-fogyasztás (Problem drug use)

A tartós és/vagy rendszeres opiát, kokain vagy amfetamin-származékok használata, valamint az injekciós kábítószer-fogyasztás.

Folyamatértékelés (Process evaluation)

Olyan értékelés, mely a célok elérése érdekében végzett beavatkozások végrehajtásának módját vizsgálja.

Önsegítő csoport (Self-help group)

Alulról szerveződő kezdeményezés olyan érintettek bevonásával, akik a kölcsönös támogatás vagy a kábítószerrel összefüggő információk cseréje érdekében szerveződnek. Példák: Narcotics Anonymous, szülői csoportok, kortárssegítők.

Szociális reintegráció (Social reintegration)

Bármely szociális beavatkozás, melynek célja a korábbi vagy jelenlegi problémás kábítószer-fogyasztók közösségi integrációja.

Helyettesítő kezelés (Substitution treatment)

Olyan tevékenység, mely a kábítószer-fogyasztókat segíti abban, hogy a más, alternatív szereket használjanak – tipikusan metadont, buprenorfin, lassan felszívódó morfin, dihidro-kodeint vagy heroint – orvosi felügyelet mellett, így csökkenthető a szociális ártalmak és az egészségkárosodás, beleértve a HIV fertőzés kockázatának csökkentését is. A „helyettesítő kezelés” kifejezés nem utal a beavatkozás időtartamára.

Kezelési egység Treatment slot (place)

A kezelési egység fekvőbeteg környezetben az egy ágyra jutó kezelési tevékenységet jelenti. Járóbeteg vagy háziorvosi környezetben a különböző problémák miatt kezelt kliensek száma, mely az egyéni kezelési céloktól függ, ezért nehezebb mérni.

Kezelő egység (Treatment unit)

Fizikailag elkülönült egység, egy vagy több speciális tevékenység számára.

Elvonó kezelés (Withdrawal treatment)

Olyan gyógyszermentes kezelés, mely a kliens fizikai sóvárgásának megszüntetését célozza. Ezt a fajta beavatkozást gyakran detoxifikáló kezelésnek is hívják, de ez félrevezető lehet, mert gyakran gyógyszereket is alkalmaznak az elvonás tüneteinek enyhítésére. Az elvonás lehet hirtelen (száraz megvonás), vagy fokozatos, ami alatt a droghasználót gyógyszerelés segíti (metadon, lofexidin, dihidro-kodein) hogy legyőzze a kábítószerrel összefüggő problémáit, vagy legalább megbirkózzon velük.

Válogatott bibliográfia

- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth edition, text revision, American Psychiatric Association, Arlington.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. and Covi, L. (1973), 'SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale — preliminary report', *Psychopharmacology Bulletin* 9(1), pp.13–28.
- Di Clemente, C. C. and Prochaska, J. O. (1982), 'Self-change and therapy change of smoking behaviour', *Addictive Behaviours* 7, pp. 133–142.
- COST A-6 (1998), *Evaluation of treatment: a European overview*, Coletti, M. (ed.), Cedis, Rome.
- EMCDDA (1998), 'Guidelines for the evaluation of drug prevention', EMCDDA Manuals No 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (1999), 'Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union', EMCDDA Scientific Monographs No 4, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2001), 'Guidelines for the evaluation of outreach work', EMCDDA Manuals No 2, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (available at <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=419>).
- ERIT (1997), *The evaluation of medical, psychological, socio-educational interventions with drug users in Europe*, Nizzoli, U. (ed.), Mucchi, Modena.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*, Wiedenfeld and Nicholson, London.
- Graham, K. et al. (1994), *The evaluation casebook. Using evaluation techniques to enhance programme quality in addictions*, Addiction Research Foundation, Toronto.
- Horvath, A. O. and Greenberg, L. S. (1989), 'Development and validation of the working alliance inventory', *Journal of Counselling Psychology* 36, pp. 223–233.
- Keen, J., Mendive, J., Oliver, P., Walker, J., Hawley, H., Ramos, A., Guettinger, F., Glendenning, R. and Mathers, N. (2005), *Children of addicts study in Europe (CASE). Final report*, Institute of General Practice and Primary Care, University of Sheffield, United Kingdom.
- Longabaugh, R. (2001), *Manual for the administration of the important people and activities instrument adapted for use for BST decision trees*, Centre for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence, RI.
- Neale, J., Allen, D. and Coombes, L. (2005), 'Qualitative research methods within the addictions', *Addiction* 100, pp. 1584–1593.
- Öberg, D., Gerdner, A., Sallmén, B., Jansson, I. and Segraeus, V. (1998), *BioMAP-unit. Monitoring area and phase, unit description form*, National Board of Institutional Care, Stockholm.
- Rush, B. and Krywonis, M. (1996), *Evaluation and continuous quality improvement of substance abuse services and systems*, Addiction Research Foundation, Toronto.
- SAMHSA (1997), *Demystifying evaluation. A manual for evaluating your substance abuse treatment programme*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- United States General Accounting Office (1990), *Case study evaluations*, United States General Accounting Office, Washington, DC.
- WHO (1991), *Evaluation of methods for the treatment of mental disorders*, World Health Organisation, Geneva.
- WHO (2006), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, version for 2007* (available at <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd>).

d10online/).

WHO/UNDCP/EMCDDA (2000), International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders, World Health Organisation, Geneva.

WHO/UNDCP/EMCDDA (2001), 'Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment', Workbooks series, World Health Organisation, Geneva.

