

KÉZIKÖNYV

Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás

Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet,
TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt

Szerzők:

Domokos Tamás
Fábián Róbert
Felvinczi Katalin
Horváth Gergely Csaba
Márványkövi Ferenc
Mervó Barbara
Paksi Borbála
Rácz József

Szerkesztette: Paksi Borbála és Felvinczi Katalin
2010

Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából.



TARTALOMJEGYZÉK

DOMOKOS TAMÁS	1
I. FEJEZET	4
I.1. MIRE VALÓ EGY KÉZIKÖNYV?	4
I.1.1. E KÉZIKÖNYV CÉLKÖZÖNSÉGE.....	4
I.2. HOGYAN HASZNÁLJUK A KÉZIKÖNYVET - A STRUKTÚRA	5
I.3. A SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS KONTEXTUSA ÉS INDOKOLTSÁGA	5
I.3.1. MIÉRT KELL NEKÜNK A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS?.....	5
I.3.2. DEFINÍCIÓK:.....	6
I.3.2.1. Szükségletek típusai.....	6
I.3.2.2. Mi a szükséglet-meghatározás?.....	7
I.3.3. A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS CÉLJAI.....	8
I.3.4. A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS ÖSSZETEVŐI	8
I.3.5. A SZÜKSÉGLET-FELMÉRÉS MÓDSZERTANÁNAK ÉS KÉRDÉSEINEK MEGHATÁROZÁSA	10
I.3.6. A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS SZERVEZETI FELTÉTELEI ÉS FOLYAMATAI	11
I.3.6.1. Szervezeti feltételek megteremtése.....	11
I.3.6.2. A folyamat lépései	12
II. FEJEZET	17
II.1. A MÁR MEGLÉVŐ INFORMÁCIÓK ÁTTEKINTÉSE	19
II.1.1. A RUTIN ADATGYŰJTÉSEK FELHASZNÁLÁSA A HELYI SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁSBAN	20
II.1.1.1. Kezelési igény indikátor (TDI - Treatment Demand Indicator).....	20
II.1.1.2. Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP).....	23
II.1.1.3. Az ellátó helyeken keletkező egyéb adatok helyi felhasználása.....	25
II.1.1.4. Az büntető igazságszolgáltatás területéről származó adatok helyi felhasználása.....	25
II.1.2. A RENDSZERESEN VÉGZETT POPULÁCIÓS VIZSGÁLATOK FELHASZNÁLÁSA A HELYI SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁSBAN.....	25
II.2. A SZENVEDÉLY-PROBLÉMÁVAL KÖZVETLENÜL KAPCSOLATBAN ÁLLÓ INTÉZMÉNYEK PROFILJA	31
II.2.1. AZ INTÉZMÉNYI PROFIL VIZSGÁLATÁNAK SZEREPE A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁSBAN	31
II.2.2. MÓDSZERTANI MEGFONTOLÁSOK AZ INTÉZMÉNYI PROFIL VIZSGÁLATA SORÁN	31
II.2.2.1. Az egyes intézmények tevékenységének leírása, a helyi szolgáltatási kataszter leírása.....	31
II.2.2.2. Az ellátási térkép.....	33
II.2.3. AZ INTÉZMÉNYI PROFIL VIZSGÁLATA SORÁN ALKALMAZNI JAVASOLT KÉRDÉSKÖRÖK, ILL. STANDARD BATTÉRIÁK.....	36
II.2.3.1. A különböző típusú ellátási formák/programok általános leírására alkalmas kérdőívek felépítése	36
II.2.3.2. Az egyes ellátási típusok leírására alkalmas speciális kérdőívek felépítése	36
II.3. A KLIENSEK VIZSGÁLATA	38
II.3.1. A KLIENSEK KÖRÉBEN VÉGZETT VIZSGÁLATOK HELYE A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁSBAN.....	38
II.3.2. A KLIENSEK KÖRÉBEN VÉGZETT VIZSGÁLATOK SORÁN ÉRVÉNYESÍTENDŐ MÓDSZERTANI MEGFONTOLÁSOK	39
II.3.3. A KLIENSEK KÖRÉBEN VÉGZETT VIZSGÁLATOK SORÁN ALKALMAZNI JAVASOLT KÉRDÉSKÖRÖK, ILL. STANDARD BATTÉRIÁK.....	40
II.3.3.1. Kliensek szükségleteinek vizsgálata során javasolt témakörök, és mérőeszközök	41

II.3.3.2. Kliens elégedettség vizsgálat során javasolt témakörök és mérőeszközök.....	43
II.4. ELLÁTÓRENDSZEREN KÍVÜLI (REJTŐZKÖDŐ) DROGHASZNÁLÓK FELTÉRKÉPEZÉSE	43
II.4.1. A REJTŐZKÖDŐ POPULÁCIÓ FELTÉRKÉPEZÉSÉRE IRÁNYULÓ VIZSGÁLATOK SZEREPE A SZÜKSÉGLEG- MEGHATÁROZÁSBAN.....	43
II.4.2. AZ ELLÁTÓRENDSZEREN KÍVÜLI DROGHASZNÁLÓK FELTÉRKÉPEZÉSÉRE IRÁNYULÓ VIZSGÁLATOKKAL KAPCSOLATOS MÓDSZERTANI MEGFONTOLÁSOK	44
II.4.2.1. A rejtőzködő populációban megjelenő – direkt ill. indirekt – kezelési igények azonosítása	44
II.4.2.2. A problémás droghasználók körében megjelenő kezelési igény volumenének becslése.....	45
II.4.3. A REJTŐZKÖDŐ POPULÁCIÓ FELTÉRKÉPEZÉSÉRE IRÁNYULÓ VIZSGÁLATOK SORÁN ALKALMAZNI JAVASOLT KÉRDÉSKÖRÖK, ILL. STANDARD BATTÉRIÁK	47
II.5. A KÜLÖNBÖZŐ VIZSGÁLATI ELEMEEK SZINTÉZISÉNEK EGY MÓDJA: A CÉLTÁBLA MODELL.....	48
III. FÜGGELÉK	50
III.1.1.1. Táblázat: Ellenőrző lista szükséglet-meghatározási folyamat elvégzéséhez.....	50
IV. FELHASZNÁLT IRODALOM.....	51
V. AJÁNLOTT IRODALOM	56

I. FEJEZET

I.1. Mire való egy kézikönyv?

A kézikönyvek általában információk összegyűjtött rendszerének tekinthetők, melyeket könnyű olvasni, valamennyi, a téma szempontjából releváns irodalmi hivatkozást és információt egységes rendszerben tartalmaznak. A kézikönyvek könnyű tájékozódást tesznek lehetővé, ideális esetben zsebkönyv méretűek, amelyek a szak- és tárgyszerűséget optimális mértékben ötvözik a könnyű olvashatósággal. Ez utóbbit az alkalmazott stílus biztosítja. Jelen kézikönyv célja, hogy támogassa és elősegítse a kábítószer-problémával küzdők számára ki-, vagy átalakítandó kezelési-ellátási modalitásokat, hangsúlyozva azok integrált¹ jellegét, vagyis az egészségügyi és szociális ellátások közötti átjárhatóság megteremtését.

I.1.1. E kézikönyv célközönsége

Jelen kézikönyv célközönsége a kábítószer-probléma kezelésében szerepet vállaló helyi szakértők köre. A szakértők nagyon különböző képzettségi előzményekkel rendelkezhetnek, ebből adódóan nem garantálható minden egyes esetben az elmélyült és sok évet igénybe vevő társadalomtudományi stúdiumok elvégzése, illetve a későbbiekben ajánlott valamennyi módszer beható ismerete. Ugyanakkor azonban, abból adódóan, hogy a kábítószer-probléma elsősorban helyi szinten, a lakókörnyezetben, a településen jelentkezik ennek kezelésére és egyáltalán a probléma nagyságrendjének megítélésére és felmérésére szükséges, hogy a szakértelem helyi szinten rendelkezésre álljon. Jelen kézikönyv nem a kábítószer-probléma általános nagyságrendjének felmérésére teremti meg a lehetőséget, erről egy teljes fejezet szól a KEF-ek számára készített kézikönyvben (KEF kézikönyv, 2. kiadás: Sebestyén, Sós, Hábencius, 2008, p.51), hanem specifikusan a kábítószer-használók kezelési-ellátási szükségleteinek felméréséhez kíván támpontokat és konkrét, esetenként lépésekre lebontott segítséget nyújtani. A kézikönyv nem foglalkozik az univerzális prevenciók tevékenység szempontjából releváns információgyűjtési technikák ismertetésével sem. A célközönség meghatározása szempontjából fontos, hogy egyértelművé tegyünk: jelen kézikönyv célja az,

¹ A kábítószer-használat kezelését célzó integrált ellátások

Az integrált ellátások átfogó célja, hogy támogassa a droghasználókat abban, hogy fel tudjanak hagyni droghasználatukkal, valamint, hogy megfelelő, összerendezett és időben rendelkezésre álló segítséget nyújtson a droghasználattal összefüggésben jelentkező egyéb egészségügyi és/vagy szociális problémák kezelésében, megoldásában.

Az integrált ellátási modalitások kialakítása révén mit kívánunk elérni?

- Az illegális szerek használatának csökkenését szubsztitúciós kezelések stabilizálása, illetve, ha lehetséges a detoxifikációs eljárások alkalmazása révén. Ezek által el kívánjuk érni, hogy a droghasználók kevesebb szert és ritkábban használjanak, illetve, hogy a már kezelésbe vont szerhasználók körében csökkenjen a visszaesők száma.
- Csökkenti kívánjuk a fertőző betegségek elterjedésének kockázatát a droghasználók körében.
- Az egészségi állapot valamennyi aspektusa tekintetében javulást kívánunk elérni.
- Csökkenti kívánjuk a droghasználattal összefüggő bűnesetek előfordulási gyakoriságát.
- Javítani szeretnénk a droghasználók személyes, közösségi és családi közegben tapasztalható funkcionálásának színvonalát.
- Ezen szolgáltatások által javulhatnak a drogproblémával küzdők képzési és munkaerő piaci perspektívái, valamint lakhatási körülményei.

hogy az ellátás fejlesztési tevékenységet megalapozó szükséglet felmérési tevékenység napi gyakorlattá válását segítse elő. Elengedhetetlenül szükséges ugyanis, hogy a helyi közösségekben, a település méretének és a tényleges szükségleteknek az ismeretében sikerüljön költséghatékony szolgáltatásokat kialakítani, illetve a meglévő szolgáltatásokat annak megfelelően (át)profilozni, hogy a kábítószer-probléma ne eszkalálódjon, hogy minél inkább csökkenthetőek legyenek az egyéni és a társadalmi szövődmények, károk. **A fentiekből adódóan a kézikönyv célközönsége a kábítószer-probléma keresleti oldalán tevékenykedő szakemberek köre, akik közvetlenül, vagy közvetve találkoznak a kábítószer-használat személyes és/vagy közösségi következményeivel, valamint azok a helyi, vagy nemzeti szinten tevékenykedő döntéshozók, akik az intézményrendszer működtetésével, szervezési prioritásaival foglalkoznak.** Nem szeretnénk azt a látszatot kelteni, mintha a szükséglet-felmérési/azonosítási tevékenység folytatásához sehol, egyetlen lépés tekintetében sem lenne szükség sajátos szakértelemre, éppen ellenkezőleg: a kézikönyv abban is útmutatást szeretne adni, hogy melyek azok a területek, folyamatok, amelyek tekintetében feltétlenül szükség van speciálisan képzett szakemberekre és melyek azok, ahol egyszerű technikák igénybevételével költséges szakértői segítség igénybevétele nélkül is, megbízható és a tervezést támogató információk birtokába juthatunk.

I.2. Hogyan használjuk a kézikönyvet - a struktúra

A kézikönyv két nagy részből és egy – a későbbiekben bővíthető – függelékből áll:

1. A TÁMOP 5.4.1. projekt kábítószerügyi pillérje keretében korábban már elkészült, a szükségletfelméréssel kapcsolatos szakértői anyagok felhasználásával bemutatásra kerül a szükségletfelmérés kontextusa, indokoltsága, a releváns elvi megfontolások, a szükségletfelmérés folyamatának általános leírása, esetenként konkrét példák bemutatása révén.
2. A kézikönyv második, robosztus egysége – szintén a részben már korábban elkészült szakértői anyagok felhasználásával – bemutatja a szükséglet-felmérési folyamat algoritmusát, példákat mutat be azzal kapcsolatban, hogy milyen konkrét algoritmusok mentén valósítható meg ez a tevékenység, felhívja a figyelmet azokra az elemekre, pontokra is, ahol a céltól való eltérés veszélye fenyegethet. Erre lehetőséget biztosít az a körülmény is, hogy a kézikönyv megírásának pillanatában már befejeződtek a TÁMOP 5.4.1.-es projekt keretében a helyi szükségletfelmérések, így azok tapasztalatainak összegzése is részben lehetségessé válik. Ebben a részben megtalálhatók az egyes kutatások során felvételre javasolt kérdéssorok és ajánlott battériák, vagy azokra vonatkozó szempontok is.

I.3. A szükségletfelmérés kontextusa és indokoltsága

I.3.1. Miért kell nekünk a szükséglet-meghatározás?

Bármilyen humán szolgáltatás, ellátás tervezése során meghatározó jelentőségű a célközönség szükségleteinek azonosítása, különösen is igaz ez azokban az esetekben, amikor a kialakítandó, továbbfejlesztendő szolgáltatások potenciális igénybevevői társadalmi elítélés tárgyát képező viselkedést folytatnak, illetve amikor személyes motivációjuk a szolgáltatások igénybevétele irányában kicsiny, vagy legalábbis nem tudatos.

A szükséglet-meghatározás kulcsfontosságú annak megállapításában, hogy a szolgáltatások spektruma és kapacitása a rendelkezésre áll-e, valamint, hogy ezek a droghasználók és hozzátartozóik részére hozzáférhetők és elérhetők-e egy adott földrajzi területen. Így a szükséglet-meghatározás:

- azonosítja a célpopulációt és annak szükségleteit egy adott földrajzi területen;
- felállítja a szükségletek prioritását annak érdekében, hogy jobban lehessen a helyi szolgáltatásokat tervezni vagy a forrásokat hatékonyabban hozzárendelni a szolgáltatásokhoz;
- a szükséglet-felmérésből származó tapasztalatok alapján szolgáltatás-fejlesztési tervet készíthetünk, amely tartalmazza, hogy az azonosított szükségleteket milyen módon fedjük le szolgáltatásokkal;
- a szükséglet-meghatározás hosszú távú következménye lehet – feltéve, hogy a megtervezett és működtetett szolgáltatások valóban a szükséglet-felmérési tapasztalatokra reflektálnak -, hogy a droghasználók és hozzátartozóik ellátási szükségletei kielégülnek, vagy hatékonyabban elégülnek ki;
- a szükséglet-meghatározás nyomán megvalósuló szolgáltatásfejlesztés, illetve szolgáltatás-koordináció révén elérhetjük, hogy a droghasználókat célzó beavatkozások tekintetében megfelelő egyensúlyt teremtsünk a prevenció, az ártalomcsökkentés, az egészségügyi kezelés és a szociális ellátások között.

A szükséglet-meghatározás és az ellátás-tervezés, -fejlesztés együttes értelmezése nem szokványos a magyarországi ellátás fejlesztési gyakorlatban, az ugyanis általában nem alulról építkezik, a létrejövő, illetve folyamatosan, szerencsés esetben normatív alapon finanszírozott szolgáltatások, ellátások sokkal kevésbé a szükségletekre, mint inkább az intézményi hagyományokra, illetve a rendelkezésre álló forrásokra reflektálnak. A korábbi években folytatott kutatások, elemzések meggyőzően érvelnek a fenti állítás mellett akár az iskolai szinten megjelenő prevenció programok (Paksi és Demetrovics, 2002, 2010), akár az elterelés esetében (Rácz és mtsai, 2008; Rácz 2009).

I.3.2. Definíciók:

I.3.2.1. Szükségletek típusai

Észlelt szükségletek	A „normális” egészségi állapottól eltérőnek észlelt egyéni variációk
Kifejezett szükségletek	Azon szükségletek, amelyekkel összefüggésben az egyén segítséget keres, hogy a „normális” egészségtől eltérő állapotát „helyreállítsa” (igény); ezek a szükségletek a létező ellátórendszer igénybevételi sajátosságainak az elemzése révén is megismerhetőkké válnak.
Normatív szükségletek	Szakemberek határozzák meg, hogy a szakirodalom és a kutatási tapasztalatok alapján egy adott sajátosságokkal rendelkező közösségben milyen intervenciókat kell elvégezni. Ezek tulajdonképpen a társadalmilag elismert szükségletek.
Látens szükségletek	A kliensek/potenciális kliensek által nem észlelt, nem megfogalmazott normatív szükségletek.
Komparatív szükségletek	Egy adott földrajzi területen, jól jellemezhető szükségletekkel

	rendelkező népesség ismeretében meghatározható, hogy egy másik helyen, hasonló sajátosságokkal rendelkező népesség esetén milyen ellátásokra van szükség.
--	---

Bradshaw (1972) és Rác és mtsai (2010) alapján

I.3.2.2. Mi a szükséglet-meghatározás?

A szükséglet-meghatározás olyan szisztematikus eljárás, amelynek során (1) azonosítjuk és részletesen jellemezzük a célpopulációt, (2) a célpopuláció egészségi állapotával és tágabb értelemben életminőségével kapcsolatos kielégítetlen szükségleteit, (3) az egészségügyi és szociális ellátással kapcsolatos szükségleteit, (4) adott szempontrendszer mentén jellemezzük a rendelkezésre álló szolgáltatásokat; majd (5) javaslatokat fogalmazzunk meg a kívánatos változtatások tekintetében, annak érdekében, hogy az előbbieken említett szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők legyenek. Fontos megjegyezni, hogy ebben az általános megfogalmazásban nincs különbség azok között, akik nincsenek ellátásban, és azok között, akik ellátásban vannak, de bizonyos szükségleteik az adott ellátórendszerben lefedetlenek.

Az szükséglet-meghatározás egy másik irányú definíciója annak folyamat-jellegét és bizonyos kimenettel rendelkező tulajdonságát állítja előtérbe; egyben utalva arra, hogy önmagában szükséglet-meghatározást nem érdemes végezni, hanem csak egy ellátás-szervezési, minőségfejlesztő folyamat részeként.

A szükséglet-meghatározás:

1. összegyűjti azokat a kérdéseket és problémákat, amelyekkel egy populáció tagjai szembesülnek,
2. egyeztetett prioritásokat fogalmaz meg az előbbiekkal kapcsolatban, majd pedig
3. javaslatokat fogalmaz meg az ellátórendszer fejlesztésére vonatkozóan (új ellátási formák, meglévő ellátási formák kapacitás bővítése, ellátási formák közötti együttműködések átalakítása stb.); végül pedig
4. forrásokat rendel ezekhez a prioritásokhoz, amelyekkel az adott populáció egészségi állapotát javítja, illetve az egészségi állapottal kapcsolatos egyenlőtlenségeket csökkenti.

Ily módon a szükségletalapú tervezés a kábítószer-probléma kezelésével összefüggésben a korszerű népegészségügyi prioritások érvényesülését teszi lehetővé, valamint hozzájárul ahhoz a célkitűzéshez, hogy a kábítószer-problémákkal küzdők szociális és egészségügyi ellátásai az adott ellátási formák főáramába kerüljenek (mainstreaming).

Ha a definícióval kapcsolatos kérdéseket tovább folytatjuk, láthatjuk, hogy a szükséglet-meghatározás egy specifikus célpopuláció szükségleteinek természetét és azok kiterjedtségét tárja fel, annak érdekében, hogy olyan szolgáltatásokat alakítson ki, amelyek ezekre a szükségletekre válaszolnak – itt ismét előkerül, hogy a szükséglet-meghatározás egy tervezési folyamat része. A gondolatmenetet folytatva, meg kell határoznunk, kinek a szükségleteire fókuszálunk: alapvetően a célpopulációéra és csak másodsorban a szolgáltatókéra.

Fontos hangsúlyozni, hogy „önmagában” álló, szabadon lebegő, végtelen skálájú szükségletek nincsenek, a szükségletek egy ellátórendszer vonatkozásában értelmezhetők, azzal, hogy az ellátórendszer megváltoztatása a cél a szükségletek kielégítése érdekében. Ezért a szükséglet-meghatározás mindig egy célpopulációt és egy konkrét ellátórendszert feltételez, ezeken kívül nincsenek, pontosabban, az ellátás-

tervezési és változtatási folyamaton kívül nem értelmezhetők a szükségletek (noha hosszas fejtegetésekbe bocsátkozhatunk az „elvi” szükségletek természetéről). A WHO meghatározása is a programfejlesztés eszközeként tekint a szükséglet-meghatározásra (Marsden, Ogborne, Farrell, Rush, 2000; Rácz és mtsai, 2010).

I.3.3. A szükséglet-meghatározás céljai

A hatékony szükséglet-meghatározáshoz fel kell mérni a következőket:

- mi az, ami működik a droghasználókat ellátó szolgáltatásokban és milyen kielégítetlen szükségletek maradnak a rendszeren belül?
- hol vannak azok a pontok, ahol a rendszer nem képes kötni és bent tartani a klienseket?
- milyen rejtett droghasználó populációk vannak (beleértve a drogstratégia által körülhatárolt vulnérabilis csoportokat is), és azoknak milyen a kockázati profiljuk?
- az ellátórendszerben kik vagy melyek az „előremozdító” és kik vagy melyek a „blokkoló” ágensek?
- milyen kapcsolat van az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet között, amit a drogstratégia szeveritásnak nevez? (Rácz és mtsai, 2010)

I.3.4. A szükséglet-meghatározás összetevői

A szükséglet-meghatározás folyamata a következő elemekből áll:

- olyan helyi *szakmai, szakpolitikai* folyamatokat kell létrehozni, amelyek a szükséglet-meghatározási és utóbb az ellátás-fejlesztési tevékenység elkötelezett, helyi hajtóerejeként tudnak működni
 - a helyi folyamatok létrehozása alatt a helyben elérhető szakemberek pragmatikus és funkcionális összefogását értjük, melynek során egyfelől megteremtődnek a tevékenységek koordinált lebonyolításának feltételei, másfelől pedig megerősödik a politikai és szakmai elkötelezettség a szolgáltatásfejlesztés irányában történő továbblépés érdekében;
 - e helyi folyamatok elindításában jelentős szerepe lehet a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknak, kiváltképpen akkor, ha szerepüket megfelelően értelmezik, vagyis megfelelő szakértelemmel rendelkeznek, ezt a szakértelmet a helyben működő szakmai szervezetek és szolgáltatók elismerik, ha kompetenciájuk lefedi a kábítószer-probléma adott helyben megjelenő teljes spektrumát, valamint, ha érdekérvényesítő lehetőségeik is megfelelőek;
 - KEF hiányában, vagy nem kielégítően működő KEF esetében a kezelés-ellátás területén működő bármelyik szakmai szervezet, szolgáltató kezdeményezhet ilyen fejlesztési folyamatot;
 - optimális esetben a helyi szolgáltatások fenntartásában érdekelt önkormányzat válik egy ilyen fejlesztési, illetve azt megalapozó szükséglet felmérési tevékenység motorjává és mozgósítja a KEF-et, illetve a KEF-ben szerepet vállaló szakmai szereplőket.
- a szükséglet-meghatározás kulcskérdéseinek meghatározása a hozzáférhető szakirodalom és adatok, kutatások áttekintése alapján, valamint a helyi szakmai és állami/önkormányzati szereplők bevonásával történik. A szakirodalmi tapasztalatok általában jól eligazítanak bennünket azzal

kapcsolatban, hogy általában milyen releváns kérdéseket lehet és érdemes megfogalmazni², ugyanakkor a helyi közösség képviselői, a helyi szakemberek azokat a problémákat látják, amelyek az adott településen, azt adott lakókörnyezetben jelentkeznek. E két megközelítést szükséges és érdemes ötvözni annak érdekében, hogy a későbbi tervezési folyamatra való tekintettel is releváns információk birtokába jussunk.

- szolgáltatás-térkép elkészítése, valamint a kliens-profil meghatározása
 - noha a korábbiakban már kijelentettük, hogy elsősorban a kliens szükségletek megismerésére kell, hogy a hangsúlyt helyezzük, elengedhetetlenül fontos azonban, hogy ismeretekkel rendelkezünk a jelenleg működő és elérhető szolgáltatásokról, azok működési sajátosságairól, szakember ellátottságáról, szakmai felkészültségéről, kapacitás viszonyairól.
 - A jelenleg létező és működő szolgáltatásokat, ellátásokat igénybevevő kliensek jellemzőit is ezen szolgáltatások munkatársaival való együttműködés révén tudjuk feltárni. Néhány szolgáltatás, ellátás esetében rendszeres adatgyűjtések is zajlanak, amelyek lehetővé teszik a kliens profilok megismerését (TDI, OSAP).
 - A tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a kábítószer-problémával küzdő kliensek gyakran nem dedikált droghasználattal összefüggő szolgáltatásokban bukkannak fel elsősorban, hanem az egészségügyi alapellátásban, nem kábítószer-használathoz kapcsolódó szűrővizsgálatokon, vagy a szociális és/vagy gyermekvédelmi ellátórendszer egyéb szegmenseiben. Ebből adódóan a szükséglet-meghatározás során, amikor arra törekszünk, hogy a kábítószer-problémával küzdők minél szélesebb körének feltérképezését, a lehetséges és tényleges kliens profilok meghatározását végezzük el, akkor érdemes és szükséges is egy a fenti intézményekre is kiterjedő, lehetőleg teljes körű szolgáltatási térképet készítsünk.
- az ellátórendszeren kívüli szerhasználói csoportok szükségleteinek és ártalmainak meghatározása – figyelemmel e populáció tagjainak véleményére
 - A kábítószer-probléma hatékony kezelése szempontjából az egyik legfontosabb feladat, hogy mindazok, akiknek kezelési-ellátási szükségletük van, eljussanak az állapotukhoz leginkább illeszkedő ellátásba. Ez egyébként a 2010-2018-as periódusra vonatkozó nemzeti drogstratégia kezelés-ellátás-ártalomcsökkentés pillérjének is az egyik leghangsúlyosabb célkitűzése. Ugyanakkor, ahogy ez az éves kábítószer jelentésekből is kiderül (Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 2001-2009; Drogpolitika számokban, 2009) a problémás droghasználóknak csak hozzávetőleg 10%-a jut el az ellátórendszerbe, ezért különösen is nagy jelentősége van az ún. rejtőzködő droghasználó populáció feltárásának, szerhasználati és egyéb életvezetési szokásaik megismerésének.
 - Annak érdekében, hogy valóban hatékony szolgáltatások álljanak rendelkezésre szükséges az érintettek véleményének megismerése. Minthogy a pszichoaktív szerhasználók és különösképpen az illegális szerhasználók pregnánsan eltérő módon viselkednek és vesznek igénybe egészségügyi és/vagy szociális ellátásokat, mint pl. a

² Kik a droghasználók, hányan vannak, milyen drogokat használnak, mi a droghasználat tipikus formája, milyen arányban fordulnak elő a népességben, milyen lakáskörülmények, foglalkoztatási viszonyok jellemzők, hány ellátóhely van, azok milyen szolgáltatásokat nyújtanak, milyen a kihasználtságuk, mit mutatnak a rendőrségi és a lefoglalási adatok stb. (F. Trautmann és mtsai, 2000).

reumatológiai betegek. Fontos a szükségletfelmérés során azt is megismerni, hogy milyen ellátások iránt fogalmazódik meg bennük az igény. Közismertnek tekinthető az a körülmény, hogy a szolgáltatások, ellátások annál jobbak, annál hatékonyabbak minél jobban kapcsolódnak az igénybevevő igényeihez („goodness of fit”).

- e szükségletek értelmezése: ez már a szakértői csoport bevonásával történik, az értelmezés a következtetésekhez – a szolgáltatásfejlesztéshez – vezet
 - A szükségletfelmérés során nyert adatok nem beszélnek önmagukért, az azonosított szükségletek értelmezést tesznek szükségessé, amit többnyire a korábbiakban már említett szakértői csoport (helyi szakemberek, szolgáltatások fenntartói) tudnak leghatékonyabban megtenni.
- Hiányanalízis: értékelés és prioritások megfogalmazása: a jelenleg működő és a kívánatos szolgáltatások közötti hiányok azonosítása; e hiányok (és a mögöttük álló szükségletek) prioritási listája

„A szükséglet-meghatározás tehát egy folyamat, amelyet szükség szerint, optimális esetben évente elvégzünk egy adott régióban. Minél pontosabb képünk van a szükségletekről, annál könnyebben meg tudjuk határozni az ellátásfejlesztés irányát. Az ellátásfejlesztés nem légtüres térben valósul meg: tekintetbe kell venni a működő szolgáltatások mellett a nemzeti fejlesztési irányokat (pl. a drogstratégiát), illetve a helyi fejlesztéseket is, valamint az ellátási protokollokat is (pl. az egészségügyben a drogbetegek ellátásával kapcsolatos kezelési irányelveket és protokollokat). A szükséglet-meghatározás újból és újból elvégzett folyamatába beépülnek a szolgáltatások „kimeneti”, eredmény-mutatói is: akár alacsony-küszöbű, akár egészségügyi vagy szociális ellátásokról, akár célzott vagy javallott prevencióról legyen is szó! A szükséglet-meghatározás így már „saját”, a folyamat során nyert adataira is támaszkodhat, megvalósítva ezzel a kutatáson és bizonyítékokon alapuló szolgáltatásfejlesztést (Rác és mtsai, 2010).

I.3.5. A szükséglet-felmérés módszertanának és kérdéseinek meghatározása

A szükséglet-felmérés során különböző módszereket, illetve módszerkombinációkat alkalmazhatunk. Az alábbiakban áttekintjük, hogy elvileg milyen módszerek állnak rendelkezésünkre, majd pedig megfogalmazzuk azokat a kérdéseket, amelyek a módszerek kiválasztásában segítséget nyújthatnak nekünk.

Lehetséges módszerek:

- Másodlagos adatok: a már rendelkezésre álló adatok áttekintése és célirányos elemzése
- Fókuszcsoportok: ez egy kvalitatív adatgyűjtési technika, melynek során körültekintően megtervezett kiscsoportos megbeszélést folytatunk, melynek vezérfonala, struktúrája előre eltervezett, moderálását egy tapasztalat vezetőre bizzuk
- Egyéni interjúk olyan személyekkel, akik tapasztalataik okán érdemi információkkal rendelkeznek az adott település, térség tekintetében a kábítószer-probléma nagyságrendje és mintázódása kérdésében
- Kérdőívek, adatlapok: ezek a kvantitatív módszerek szisztematikus adatgyűjtést kívánnak meg intézmények, illetőleg a célpopuláció tagjai vonatkozásában. Az ilyen

módon nyert információ alkalmas az adott célcsoport érvényes jellemzésére, illetve általánosítható tapasztalatok megfogalmazását is lehetővé teszik.

Kérdések, amelyek segítenek a módszerválasztásban:

- Milyen információk állnak már rendelkezésünkre?
- Milyen új információra van szükségünk és azok milyen forrásokból szerezhetőek be?
- Mi módon koordinálható és monitorozható a szükséglet-felmérési folyamat?
- Hogyan lehet a szükséglet-felmérési folyamat során történő információgyűjtés minőségi kontrollját biztosítani?
- Milyen adatelemzési kapacitás áll rendelkezésre?
- Mikor, milyen módon és milyen közegben kerül sor az adatok, információk nyilvánosságra hozatalára?
- Milyen erőfeszítéseket szükséges tenni annak érdekében, hogy a feltárt információk, az ezek alapján elvégzett helyzetértékelés, következtetések elfogadhatóak, emészthetőek legyenek a tágabb közösség számára?

I.3.6. A szükséglet-meghatározás szervezeti feltételei és folyamatai

I.3.6.1. Szervezeti feltételek megteremtése

1. Felügyelő Bizottság

A szükséglet-meghatározás egy stratégiai tevékenység, melynek központi eleme – ahogy ezt már korábban is jeleztük –, hogy szorosan kapcsolódik az ellátás-fejlesztési és -szervezési tevékenységekhez. Ezért szerencsés és kívánatos lehet, ha a helyi folyamatok irányítói ún. felügyelő bizottsággként működnek. Ha egy területen a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) jelentős szerepet játszik, akkor a felügyelő bizottság a KEF bázisán szerveződhet. Optimális esetben egy a helyi folyamatok generálását is biztosító felügyelő bizottság az alábbi feladatokat láthatja el a szükséglet-meghatározási és ellátás-tervezési folyamat során:

- Biztosítja, hogy a szükséglet-meghatározási tevékenység elsődleges hangsúlyai a droghasználó populáció szükségleteire koncentráljanak;
- Biztosítja, hogy megfelelő szakértelemmel, készségekkel és jártasságokkal rendelkező szakértői kör vegyen részt a szükséglet-felmérési tevékenység lebonyolításában;
- Biztosítja és előmozdítja, hogy a szükséglet-felmérés az útmutatásoknak és a módszertani elvárásoknak megfelelően kerüljön lebonyolításra;
- Biztosítja, hogy a szükséglet-felmérés megfelelő időkorlátok között kerüljön lebonyolításra;
- Gondoskodik arról, hogy a szükséglet-felmérési folyamat egésze alatt a konzultációs lehetőségek biztosítottak legyenek a szakértői csoport, a helyi közösség, illetve a helyi döntéshozók között;
- A felügyelő bizottság tud arról is gondoskodni, hogy a szükséglet-felmérési folyamat idővel a szokásos helyi folyamatok szerves részévé váljon, ez biztosítja, hogy a szükséglet-

felmérés ne egy egyszeri, soha nem ismétlődő epizód legyen a helyi közösség életében, hanem az adott probléma kezelése tekintetében megkerülhetetlen, rendszeresen ismétlődő és valamennyi érintett szereplő által praktikusnak és célravezetőnek minősített gyakorlat;

- Biztosítja, hogy a szükséglet-felmérési tevékenység eredményei, tapasztalatai alapján, a rendelkezésre álló és mobilizálható forrásokra is tekintettel, megfelelő prioritási sorrend kerüljön felállításra. E tevékenység eredményes elvégzése nagyban hozzájárulhat a későbbi tervezési-fejlesztési tevékenység értelemteli elvégzéséhez, a szolgáltatások eredményes kialakításához, átalakításához.

Már többször hangsúlyoztuk, hogy a szükséglet-meghatározási folyamat homlokterében a droghasználók és közvetlen környezetük ellátási szükségletei kell, hogy álljanak, ugyanakkor a fejlesztési prioritások megfogalmazása során folyamatosan tekintettel lenni arra, hogy a tágabb közösség miként fogadja ezeket az elképzeléseket, ugyanis a társadalmi köznyugalmat kedvezőtlenül befolyásoló fejlesztési kezdeményezések hosszú távon roppant kedvezőtlenül fognak hatni a droghasználókkal küzdők helyzetének alakulására.

2. Szakértői munkacsoport felállítása: résztvevők az adott terület kulcsfontosságú szereplői a droghasználat megelőzése és a droghasználók ellátása tekintetében: szakemberek, közpolitikai döntéshozók, közösségi – civil – szereplők és csoportok képviselői.

A szakértői munkacsoportnak összetételét tekintve jó egyensúlyt kell teremtenie az alábbiakban részletezendő szakértelmek között:

- Népegészségügyi szolgálat képviselői;
- (ha jól működik) KEF szakmai és önkormányzati testülethez kötődő vezetői
- A kábítószer-problémával kapcsolatos preventív és kezelés-ellátási programok vezetői, képviselői;
- Az egészségügyi alapellátás képviselői, bizonyos szereplői;
- Gyógyszerészek, vagy gyógyszerárak vezetői, munkatársai
- Az érintettek képviselői
- A kínálatcsökkentési tevékenység helyi szinten kompetenciával bíró képviselői

A szakértői csoport felállítása során fontos azt mérlegelni, hogy a helyi közösség képviselete megnyugtató módon biztosított-e? Alkalmassint arra is fontos figyelmet fordítani, hogy a szakértői csoport adekvátan tud-e reagálni az adott terület etnikai összetételéből adódó sajátosságokra.

I.3.6.2.A folyamat lépései

1. A rendelkezésre álló információk áttekintése: ehhez az információk mellett tudnunk kell, azok honnan származtak (megbízhatóság, érvényesség), valamint milyen szempontból, milyen elvek szerint fogjuk ezeket áttekinteni. Itt ismét hangsúlyozzuk, hogy a szükséglet-meghatározás célja az ellátások fejlesztése, hatékonyabb működése, és nem pusztán a „tudományos igények” kielégítése!

2. A „kielégített” igények feltárása: itt olyan droghasználókról van szó, akik már bekerültek valamilyen ellátásba. Ennél a lépésnél történik meg a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása. Feltételezhetjük, hogy nem minden szükségletüket elégíti ki az adott ellátás, ezért erre a pontra még visszatérünk.
3. „Kielégítetlen” szükségletek feltárása: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni: pl. a büntetés-végrehajtási intézményekben fogvatartott szerhasználóknál a terápiás szükségletek gyakran lefedetlenek. A szociális szolgáltatásokban, gyermekvédelmi szolgáltatásokban megjelenő ügyfelek esetében is gyakran találkoznak a szakemberek olyan szükségletekkel, amelyek alig-alig fogalmazódnak meg, illetve, ha a meg is fogalmazódnak az adott ellátási modalitás nem képes azok kielégítésére.
4. A szükséglethordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező populáció feltérképezése: itt az ellátórendszeren kívüli, rejtőzködő szerhasználókról van szó.
5. Hiányelemzés: az ellátórendszer hiányainak elemzése a szakértői munkacsoport és – amennyiben létrejött –, a felügyelő bizottság tagjai segítségével történik. A sikerességnek és az eredményességnek akkor a legnagyobb az esélye, ha minél inkább sikerül egy-egy földrajzi területen a célcsoportok meghatározása, majd e csoportok szükségleteinek feltárása az alábbi szempontok szerint csoportosítva:
 - az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: a droghasználat kockázatainak megelőzése és csökkentése (pl. fertőző betegségek); az általános egészségi állapot javítása;
 - addikció-specifikus szükségletek: a szerhasználat megelőzése, az ártalmak csökkentése, illetve a szerhasználat miatti kezelések, utókezelés, gondozás, utánkövetés;
 - lakhatással kapcsolatos szükségletek: ideiglenes vagy tartós lakhatási lehetőségek biztosítása, krízis, illetve az ellátás idején, illetve annak befejezését követően;
 - foglalkoztatási szükségletek: az alapkészségek fejlesztésétől (általános iskolai követelmények) a specifikus, a munkaerő-piaci pozíció javítását célzó képzésekig, illetve átképzésekig; fontos része e szükségleteknek a munkaerő-piaci helyzetben bekövetkezett változások követése és a beilleszkedésben való segítségük;
 - a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: jogsegélyszolgálat, a büntetésüket töltők kezelési igényei, a felfüggesztett vagy próbára bocsátottak, illetve az „eltereltek” kezelési, vagy más ellátásbeli szükségletei; a büntetés végrehajtó intézményekből szabadultak speciális re-integrációs szükségletei.
6. A tapasztalatok értékelése és a fejlesztési prioritások meghatározása:

A szükséglet-felmérési folyamat ezen lépése egyben az ellátás-fejlesztési, -tervezési folyamat első lépése is.

Az alábbiakban néhány orientáló kérdést fogalmazunk meg, amelyek segítséget jelenthetnek a tapasztalatok/információk értékelésében, illetve a fejlesztési prioritások, irányok meghatározásában.

- Melyek azok a területek, ahol a jelenleg létező szolgáltatások/ellátások nyújtói és a szükséglet-felmérés homlokterében lévő célközönség szükséglet definíciója megegyezik, illetve, ahol ezek észlelésében jelentős különbségek mutatkoznak?
- Fény derült-e olyan szükségletekre, amelyek az eddigiekben nagy vonalakban ismeretlenek voltak a gyakorlatban dolgozó szakemberek számára?
- Pontosán melyek a célcsoport azon szükségletei, amelyeket a jelenlegi ellátórendszer megfelelő színvonalon képes kielégíteni, és melyek azok, amelyekre részben, vagy egészében nem képes érdemben reagálni?
- Melyek azok a szolgáltatások, amelyek a célcsoport számára könnyen hozzáférhetőek?
- Milyen nehézségeket, akadályokat sikerült azonosítani, amelyek különösen is megnehezítik a szükségletek kielégítését?
- Milyen kockázatokat, szövődményeket okozhat a célcsoport és a közösség más tagjai számára az a körülmény, hogy bizonyos szükségletek kielégítése akadályokba ütközik?
- Mi a benyomásunk: vajon a szükséglet-meghatározás nyomán nyert információk, adatok érvényesen megjelenítik-e az adott területen (településen, régióban) fellelhető célcsoport és a gyakorlati szakemberek nézeteit, szükségleteit?
- A jelenleg működő szolgáltatások milyen mértékben képesek reflektálni jelen formájukban – jobb munkaszervezéssel, nyitvatartási idő átalakításával, stb. – a feltárt szükségletekre?
- A pénzügyi források vajon oda irányulnak-e, ahol azok a legjobban tudnak hasznosulni?
- A feltárt információk milyen következményekkel járnak a fejlesztési tevékenységre és a forrás allokációra?

Tekintettel arra, hogy jelen kézikönyv a magyarországi viszonyok tekintetében kíván eligazítást adni, különösen is indokolt feltenni azt a kérdést, hogy:

- A KEF-ek által készített helyi stratégiák és éves munkatervek mennyiben vannak összhangban a jelen szükséglet-meghatározási gyakorlat során azonosított szükségletekkel?

A fejlesztési prioritások konkretizálása érdekében az alábbi szempontok gondos mérlegelése szükséges:

- Miképpen biztosítható a gondozás folyamatosága az ellátórendszeren belül, az egyes ellátók között?
- Hogyan valósítható meg a működő szolgáltatások rekonfigurálása az eddig ki nem elégített szükségletek lefedése érdekében (pl. meghosszabbított nyitva tartással, flexibilisebb ellátásszervezéssel)?
- Melyek azok a szolgáltatások és milyen irányban történhet meg fejlesztésük annak érdekében, hogy növekedjen a kliensek retenciója és így a kedvező „kimenetek” (eredmények) aránya?
- Fontos és a pragmatikus megközelítés elengedhetetlen eleme, hogy a prioritások meghatározása mindig a források függvényében történik!

7. A szükséglet-meghatározási folyamat eredményeinek összegzése és kommunikálása

A folyamat egyik első eredménye egy tanulmány, vagy jelentés lehet. Ez a riport az egyik lehetőség arra, hogy a tapasztalatok széles körben ismertté váljanak, és eljussanak azokhoz, akik az ellátások tervezése/fejlesztése szempontjából döntéshozói pozícióban vannak. Nemcsak prezentációs, hanem szakszerűségi szempontból is nagy jelentőségű, hogy a beszámoló nem az egyes adatgyűjtési, vizsgálati fázisok lineáris történéseinek bemutatása, a tapasztalatok egyszerű leírása legyen. A szükséglet-meghatározás – ahogy ezt a későbbiekben részletesen ki is fejtjük – összetett és több egymásra reflektáló elemből álló folyamat. Ennek tapasztalatait egyfelől a folyamat, másfelől pedig a jelenség összetettségének megfelelően, elemző és értelmező módon kell bemutatnunk. Fontos szem előtt tartanunk azt a szempontot is, hogy az összefoglaló jelentés akár több formában is elkészíthető annak fényében, hogy aktuálisan ki is a célközönség. A laikusok, vagy döntéshozók számára készített verzió azonban csak leszármaztatott változata lehet a szakmai közösség, partnerek számára készített, lehetőleg tudományos igényességgel megfogalmazott összegzésnek.

Az alábbiakban részletezett szempontok segítséget nyújthatnak egy – elsősorban kommunikációs célokat szolgáló – összefoglaló jelentés elkészítésében:

- Szerencsés a szakmai zsargon és a sok terminus technicust alkalmazó fogalmazás elkerülése. A tudományos/tudományoskodó stílus használata elveszi az olvasó kedvét a szöveg végigolvasásától.
- Célszerű, ha a jelentés fő tanulságait, következtéseit a tanulmány elején röviden és könnyen érthető formában bemutatjuk.
- A táblázatokkal és ábrákkal érdemes körültekintően bánni. Noha ezek a grafikai objektumok egyértelműbbé, szemléletesebbé tudják tenni a tapasztalatokat és a mondanivalót, ugyanakkor, ha túl nagy számban alkalmazzuk őket, akkor zavart kelthetnek az olvasóban. Szerencsés, ha ezen prezentációs elemeket elsősorban a kulcsfontosságú tapasztalatok bemutatása során alkalmazzuk.

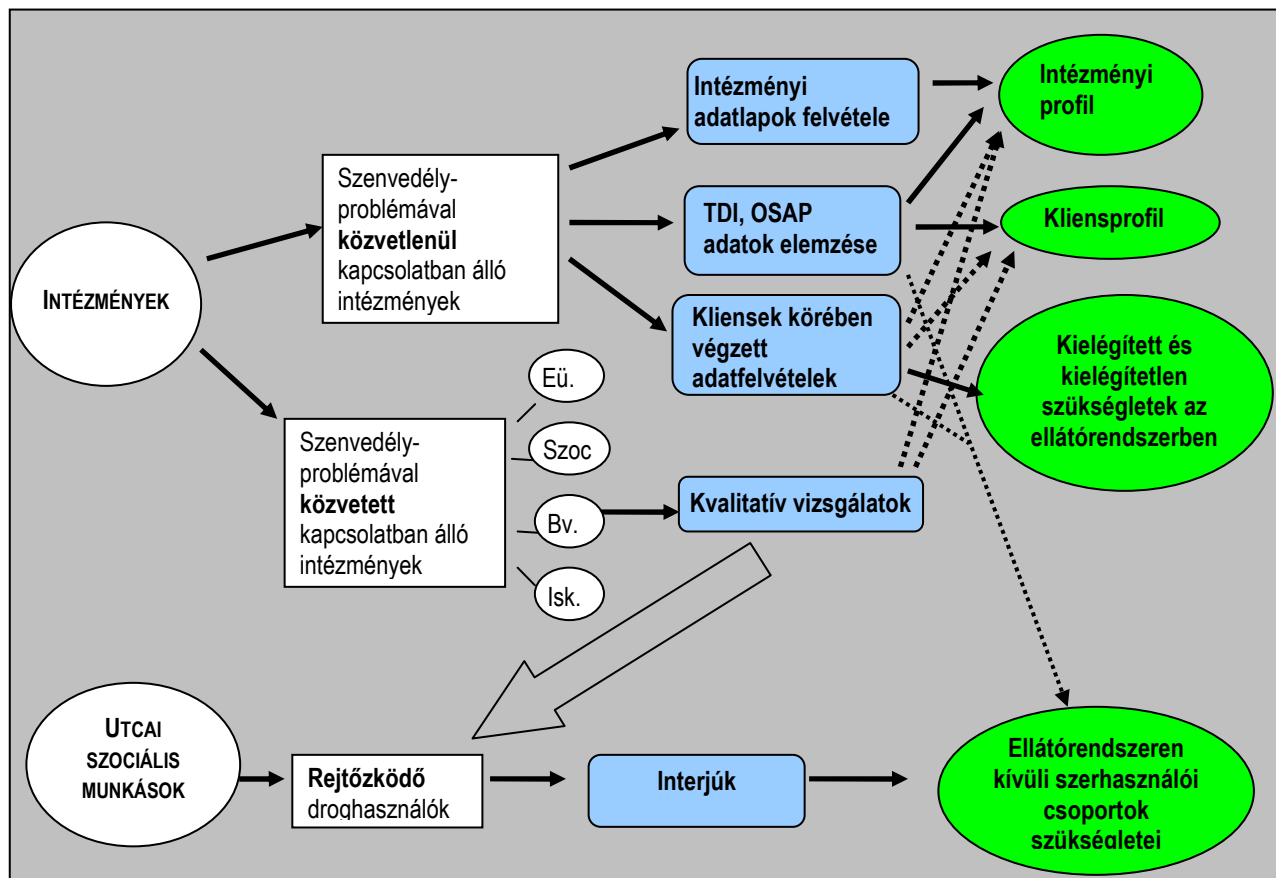
- Az információk értelmezését nem szerencsés az olvasóra bízni, saját szakmailag megalapozott értelmezésünket érdemes bemutatni, s ugyanakkor felhívni a figyelmet arra is, hogy a rendelkezésre álló információk milyen téves értelmezéseket hívhatnak elő.
- Mindig iktassunk be egy fejezetet, ami a következtetésekkel foglalkozik. Ebben a fejezetben érdemes összerendezni a látszólag széttartó információkat egy koherens rendszerbe, pragmatikus üzenetek formájában.
- A későbbi jó döntések megszületése érdekében érdemes néhány konkrét javaslatot is megfogalmazni, amelyek támpontokat adnak az olvasónak a tekintetben, hogy az azonosított szükségletek kezelése, kielégítése milyen intézkedések segítségével lenne elképzelhető. A javaslatok megfogalmazása során azonban tisztában kell lenni azzal, hogy a jelentés összeállítójának mi is a szerepe, mi a felelősségköre: a jelentésben megfogalmazott javaslatoknak az a funkciójuk, hogy döntéshez vezető konzultációk alapját képezzék, ezek nem maguk a döntések.

Az összefoglaló jelentés elkészítésével kapcsolatos további alapvető szempont, hogy a szükséglet-felmérési folyamatról kell, hogy megfelelő formában történő visszacsatolás legyen mindazok számára, akik ebben részt vettek, akik ennek megvalósításához hozzájárultak, annak feltételeit megteremtették. Ez a jelentéskészítési elem meglehetősen időigényes, ugyanakkor fontossága miatt nem mellőzhető. Mindazok, akik részt vettek a folyamatban, ezen aktus kapcsán kapják meg a lehetőséget, hogy kifejezhessék azt eredményekkel, javaslatokkal, következtetésekkel kapcsolatos saját nézeteiket, elmondhassák azt is, hogy a kapott eredmények mennyiben találkoznak saját elvárásaikkal, korábbi feltételezéseikkel. Nem utolsó sorban a visszajelzés komolyan vétele hozzájárulhat a „tulajdonosi tudat” kialakulásához, a személyes és intézményi bevonódás feltételeinek megteremtéséhez, különösen is azok esetében, akiknek döntő szavuk lehet a javasolt fejlesztési tevékenység elrendelésében.

II. FEJEZET

Az eddigiek során áttekintettük a szükséglet-meghatározási folyamat általános kontextusát, szervezeti feltételeit, a folyamat egyes lépéseit. Ebben a fejezetben a gyakorlati megvalósításra, ezen belül is elsősorban a szükséglet-meghatározás során elvégzendő kutatómunkára, adatgyűjtésekre fókuszálunk. Ennek során látnunk kell egyrészt, hogy a szükséglet-meghatározás előző részben bemutatott lépéseiről nem úgy kell gondolkodnunk, mint valamilyen folyamat lineáris rendben egymást követő önálló elemeiről. A szükségletfeltárást egészében kell látnunk. Az alábbi ábra szemantikusan képet nyújt a szükségletfeltárás során elvégzendő kutatómunka folyamatáról, az elérendő célcsoportok, módszerek, outputok kapcsolódásáról. Mint minden séma, természetesen ez is valamelyest leegyszerűsített, mindazonáltal hasznos lehet a tekintetben, hogy áttekintést ad a folyamat egészéről.

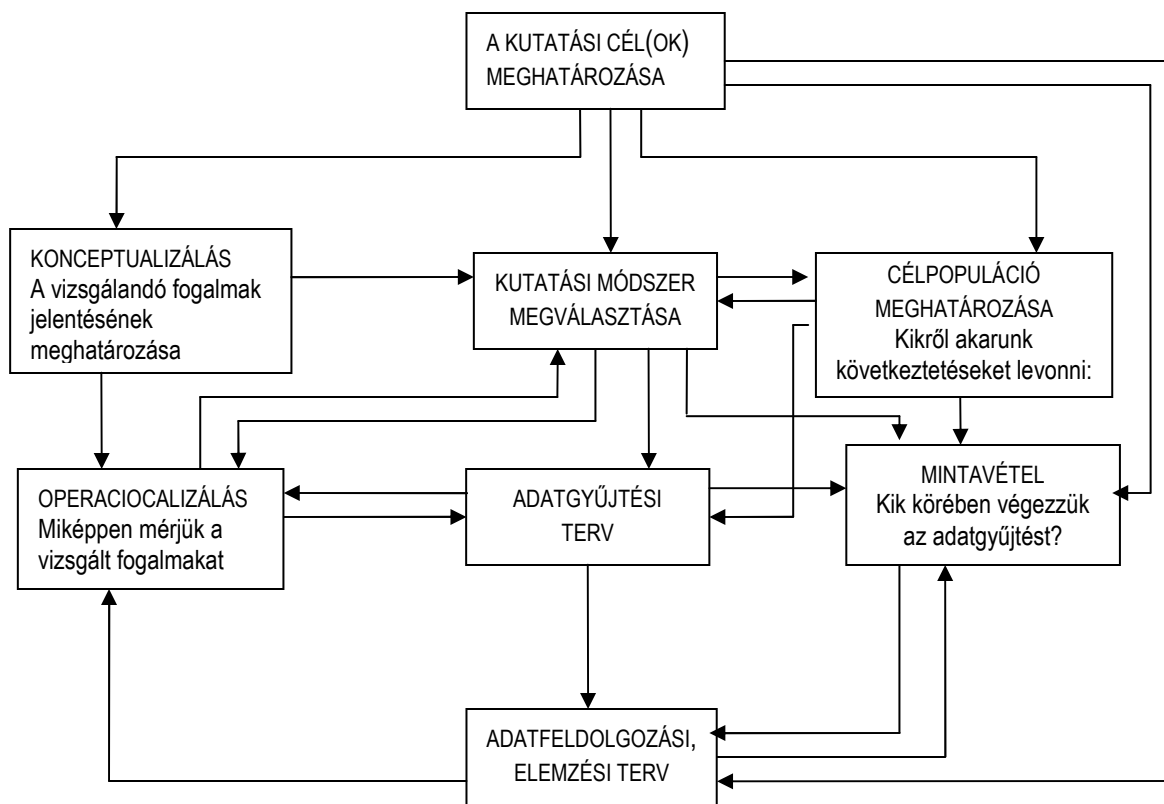
1. ábra: Az integrált addiktológiai ellátási modalitások kialakítását célzó helyi szükséglet-meghatározás folyamatábrája: célcsoportok, módszerek, outputok



Kun és mtsai (2010) felhasználásával

A fenti séma a szükséglet-meghatározás folyamatában öt különböző kutatást (kék négyzetek) helyez el. A rendelkezésre álló szakmai, módszertani és pénzügyi stb. kapacitások függvényében persze nagyon sokféle konkrét kutatási folyamat valósulhat meg. Ennek érzékeltetésére mutatjuk be – Babbie (1999, 125 o.) ábrájának felhasználásával – a következő, a társadalomtudományi kutatások megtervezésének folyamatát ábrázoló sémát, ami ugyan – bármennyire is szövevényesnek tűnik – a valósághoz viszonyítva – a szerző szerint is – túlzottan „szakácskönyv”-szerű képet mutat a kutatásról, mindazonáltal talán ez a valósághoz képest leegyszerűsített folyamatára is érzékeltetni tudja valamelyest a kutatási folyamatok összetettségét, és a megoldási módok varianciáját. A 2. ábrán láthatjuk, hogy a kutatási folyamat az egyes lépések egymásra reflektáló döntési rendszerében bontakozik ki, bizonyos elemek fokozott prioritásával.

2. ábra: A társadalomtudományi kutatások megtervezésének folyamata



Babbie ábrájának (1999, 125 o.) felhasználásával

A legnagyobb prioritást kapó elem természetesen maga a kutatási cél³ (ami az ebből az elemből kiinduló nyilak nagy számosságában is kifejeződik). Mindig a pontosan megfogalmazott (konceptualizált), illetve – az alkalmazott módszerek, és tervezett elemzési eljárások szem előtt tartásával – operacionalizált aktuális céltételezéseknek megfelelően kell megválasztanunk a kutatás további lépéseit. Sokszor persze a kutatási folyamat valamely másik eleme, például a kutatás költségvetése által meghatározott mintanagyság, vagy például már meglévő adatok felhasználása esetén, azok tartalmi korlátai szűk keresztmetszetként jelentkezve dominánssá válhatnak, de ilyen esetben az új feltételekhez illeszkedő, adekvát kutatási célt kell megfogalmaznunk. Talán ezzel is érzékeltetni tudtuk a kutatási folyamat egyes elemeinek kölcsönhatását, és azt, milyen sokféle döntést kell meghoznunk a szükségletfelmérés egyes outputjaihoz rendelt kutatások megvalósítása során.

II.1. A már meglévő információk áttekintése

Ahhoz, hogy droghasználat méretéről, jellemzőiről helyi szinten alkalmazható információkat szerezzünk, nem minden outputhoz szükséges költséges, önálló adatgyűjtéseket elvégeznünk vagy elvégeztetnünk. Az országosan – az epidemiológiai kulcsindikátorok mentén – gyűjtött adatok többsége a helyi szükségletfelmérések során is felhasználható.⁴ Sőt, az országosan gyűjtött adatok lokális felhasználása nem csak egy technikailag lehetséges költségkímélő eljárás, de alkalmazásuk egyéb előnyöket is kínál. Így például az országosan egységes adatgyűjtés miatt ezek az adatok lehetővé teszik a helyi adatoknak az országos adatokkal, vagy más térségek adataival való összevetését, ezáltal a lokálisan megjelenő speciális szükségletek beazonosítását. Szintén előnye az országos adatok felhasználásának, hogy folyamatos, illetve rendszeresen ismétlődő gyűjtésük lehetővé teszi az időbeni tendenciák nyomon követését.

Itt szeretnénk hangsúlyozni azonban, hogy a meglévő információk áttekintése nem jelenti azt, hogy ezek készen kapott információk. Az adatok felhasználási céljainak megfelelően ezekben az esetekben is végig kell menni a kutatás tervezés különböző fázisain. Amikor már meglévő adatokkal dolgozunk, akkor is konceptualizálnunk kell a kutatási kérdéssel kapcsolatos fogalmakat. (Például, amennyiben a kannabisz-használók szükségleteit szeretnénk megismerni, elsőként azt kell meghatározni, hogy kiket tekintünk kannabisz-használóknak: mindazokat, akik életük során használtak már valamilyen kannabisz származékot, vagy azokat, akik nem használtak más drogot életük során csak kannabiszt, vagy pl. akik aktuálisan csak kannabiszt használnak, függetlenül korábbi szerhasználati történetüktől, és folytathatnánk még a lehetséges definíciók körét. Beláthatjuk, hogy a különböző meghatározások esetén más-más eredményeket fogunk kapni.) A kutatási célok konceptualizálását követően meg kell találnunk a már kész adatbázisokban azokat a változókat, melyek a lehetővé teszik a meghatározott fogalmak leginkább érvényes mérését, ezekben az esetekben is meg kell határozni azt, hogy kiktől szeretnénk

³ Mivel általában egy kutatásnál többnyire több céltételezéssel dolgozunk, inkább célokról kell beszélnünk. Például, amennyiben a problémás droghasználók szükségleteit szeretnénk megismerni, akkor dolgozhatunk feltáró céltételezésekkel, olyan kérdésekre keresve a választ, hogy mely szükséglettipusok jelennek meg a rejtőzködő populáció körében, vagy mekkora a létszámuk stb. De többnyire megjelennek a kutatás során leíró elemek is, amennyiben olyan kérdésekre is választ keresünk, hogy a feltárt problémás droghasználók populációja hogyan írható le a különféle jellemzők mentén. Sőt, lehetnek bizonyos előfeltételezéseink is, pl. arra vonatkozóan, hogy mi az oka, hogy egyes problémás szerhasználók kezelésbe kerülnek, mások pedig nem. Ez utóbbi esetben a feltáró és leíró célok mellett magyarázó vizsgálati céltételezésekkel (is) dolgozunk. A céltételezéseket vonatkoztathatjuk csak a megkérdezettekre, vagy általában a vizsgált területen élő problémás droghasználókra.

⁴ Az EMCDDA öt kulcsindikátort azonosít: az általános populációs vizsgálatok; a kezelési igény indikátor; a problémás droghasználókra vonatkozó becslések; a fertőző megbetegedések elterjedtsége a droghasználó populációkban és a droghasználattal összefüggő (közvetlen és közvetett) halálozás.

információkat, illetve hogy milyen módszerekkel kívánjuk azokat feldolgozni. Továbbá ezeket az elképzeléseket össze kell rendeznünk ahhoz, hogy a már meglévő információk felhasználásával a céljainknak megfelelő, érvényes és megbízható elemzéseket tudjunk végezni.

II.1.1. A rutin adatgyűjtések felhasználása a helyi szükséglet-meghatározásban

II.1.1.1. Kezelési igény indikátor (TDI - Treatment Demand Indicator)

A kezelési igény indikátor a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egyik kulcsindikátora, összehasonlítható, anonim információt biztosít a kezelésbe került szerhasználók számáról és jellemzőiről.

A TDI adatgyűjtés a duplikált nyilvántartás kiszűrésére alkalmas, egyedi szintű, anonim adatgyűjtés, mely – az EMCDDA által megfogalmazott protokollal (EMCDDA, 2000) összhangban – a következő területeket öleli fel:

- az adatvédelmi szabályoknak megfelelő kliensazonosító (generált kód)
- kezelésre vonatkozó adatok (felvevő kezelőhely típusa, beutalás eredete, korábbi kezelés, opiát helyettesítő kezelés)
- demográfiai adatok (nem, kor, állampolgárság)
- szociális státusz (iskolai végzettség, munkaügyi státusz, családi állapot, lakhatás)
- szerhasználati adatok (elsődlegesen használt szer, szerhasználat gyakorisága, szervezetbe juttatás módja, első szerhasználat, szekunder szerek, intravénás szerhasználat)

Magyarországon a 2007-es év az első, amikor teljes évre vonatkozóan rendelkezünk TDI adatokkal. Az adatok ún. rutin adatgyűjtés eredményeként keletkeznek⁵. Jelentési kötelezettség az alábbi kezelőhelyeket terheli:

- drogambulanciák és drogpontok,
- házi orvosok,
- pszichiátriai és addiktológiai gondozók,
- gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók,
- pszichiátriai és addiktológiai osztályok és szakambulanciák,
- krízisintervenciók osztályok, illetve szakambulanciák,
- drogterápiás intézetek,
- alacsonyküszöbű szolgáltatók⁶,
- büntetés-végrehajtási intézetek,
- elterelést végző szervezetek (megelőző-felvilágosító szolgáltatók, egészségügyi szolgáltatók);

A TDI adatainak gazdája az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ szervezeti keretei között működő Országos Addiktológiai Centrum (OAC). Elvileg az OAC rendszere alkalmas a különböző

⁵ A TDI adatgyűjtést 20/2006. (V. 9.) EüM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet módosításáról szabályozza. A TDI adatgyűjtés nyilvántartási száma 1213/06, a TDI elterelés adatgyűjtés nyilvántartási száma: 1214/06.

⁶ Az adatszolgáltatási kör ellenére házi orvosoknál megjelenő droghasználók, valamint az utcai megkereső programok vagy a tűcsere-szolgáltatók kliensei jellemzően nem rendelkeznek TDI adattal.

kezelőhelyek, illetve azok a bizonyos területre összesített adatainak leválogatására, tehát a TDI adatok szükséglet-meghatározás során való felhasználása csak adatmanipulációs, illetve elemzési feladatokkal jár.

Az országos TDI adatok, ill. az abból készülő elemzések – többnyire az aktuális évi adatokban megjelenő torzítások értelmezésével – minden évben megtalálhatóak a Nemzeti Drog Fókuszpont „Éves jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára” kiadványában,⁷ ami kiváló lehetőséget nyújt a helyi adatok országos kontextusban való értelmezésére, és nagyban segíti a helyi adatok értelmezését.

De mire is használhatók a TDI adatok?

- I. A kezelési igény indikátor egyrészt a **drogprobléma becslésének közvetett mutatója**. A kezelési adatoknak ebben a minőségükben való felhasználása során azonban soha nem feledkezhetünk meg arról, hogy azok nem a közvetlenül a probléma méretét – a problémás droghasználat, vagy a tényleges kezelési igény – alakulását mutatják, hanem egy-egy olyan jelenségét, ami ezekkel valamilyen kapcsolatban áll. Tehát, ha egy régióban változik a kezelőintézmények látókörébe került esetek száma, ebből nem feltétlenül vonhatunk le következtetéseket a drogprobléma méretének, vagy a szükségletek alakulására vonatkozóan. Hasonlóképpen, ha valamely területi egység esetében az országos átlagnál kisebb, vagy nagyobb pl. az 10000 lakosra jutó regisztrált esetek száma, ebből nem feltétlenül gondolhatjuk azt, hogy az átlagosnál kisebb vagy nagyobb a terület drogfertőzöttsége, és ennek folyományként a kezelési igény, hiszen elképzelhető, hogy az intézmények elérési hatékonysága időben és/vagy térben változott. A kezelési adatoknak ebben a minőségükben való felhasználása során tehát körültekintéssel kell eljárunk. Egyrészt tekintettel kell lenni a kezelői hálózatra, másrészt az adatszolgáltatási rendszer változásaira. Továbbá számolnunk kell azzal, hogy azok csak késleltetve jelzik a társadalomban végbemenő változásokat, hiszen a fogyasztóvá válás és az első kezelésbe vétel között gyakran évek telnek el, s a késleltetés mértéke nem tekinthető konstansnak, mértéke az ellátórendszer fejlettségén, összetételén túlmenően a kezeléshez való társadalmi és szakmai viszonyulás függvényében is változhat. Ezeket a tényezőket mindig meg kell vizsgálnunk, mielőtt a probléma alakulásának érzékeltetésére használjuk fel a TDI adatokat. Tekintettel arra, hogy az adatok kontextusát megteremtő intézményi működések helyi szinten talán jobban átláthatók, így ezek az értelmezések – az országos elemzésekhez képest – helyi szükséglet-meghatározások során talán könnyebben megtehetőek.
- II. Önmagában a TDI adatok a **probléma-volumen becslésre** csak nagyon korlátozott mértékben alkalmazhatók, azonban más individuális szintű nyilvántartási adatokkal, vagy problémás szerhasználók körében készült speciális, célzott adatfelvételekkel együtt a rejtőzködő populációk számának matematikai becslésére bizonyos esetekben helyi szinten is felhasználhatók. A TDI adatok volumen-becslésre való felhasználása azonban helyi szinten sok buktatót tartalmaz. (Ezzel a kérdéskörrel a későbbiekben külön fejezetben foglalkozunk.)
- III. A szükséglet meghatározás során a **TDI adatok által közvetlenül hordozott információk** azonban a fentieknél könnyebben, és nagyobb biztonsággal alkalmazhatók. Az epidemiológiai jelentőségén túlmenően TDI adatgyűjtésből származó információk ugyanis nagy segítséget jelenthetnek az **ellátások használati mintázatának** feltérképezésében, a **kliensprofil** felvázolásában, a különböző kezelési modalitások elérhetőségének feltárása, a kezelési

⁷ A TDI kérdőív, a TDI elterelés kérdőív, a technikai mellékletek, kitöltési útmutató és a témához kapcsolódó egyéb szakmai anyagok elérhetők a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapjáról: <http://drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=57>

kapacitások jobb allokációja során, illetve segítik a szolgáltatások tervezését és értékesítését (EMCDDA, 2009). Ezeket a felhasználásokat – éppen azért, hogy az adatok által mért információt közvetlenül, áttételek nélkül használjuk – sokkal kevesebb torzítás terheli, mint az epidemiológiai célú felhasználásokat, mindazonáltal itt sem feledkezhetünk meg arról, hogy nem biztos, hogy a jelentett adatok az összes új beteget tartalmazzák, illetve reprezentálják azokat. Elképzelhető, hogy bizonyos adatszolgáltatók nem, vagy csak részlegesen jelentenek. Az aktuálisan megjelenő torzító tényezőket – a már említett – országos elemzések igyekeznek bemutatni, esetenként korrigálni, mindazonáltal a helyi szükséglet-meghatározás során ezek a problémák könnyebben átláthatók (akár a kezelőhelyek körében végzett intézményi profil kérdőívekbe beiktathatók ilyen jellegű, a jelentett adatok megbízhatóságára vonatkozó kérdések, akár kvalitatív technikákkal körbejárható), ezáltal helyi szinten a TDI adatok nagyobb biztonsággal alkalmazhatók.

Azonban a TDI adatok helyi felhasználása során figyelembe kell vennünk, hogy a kliensek személyiségi jogainak védelme okán a TDI kérdőív nem tartalmaz a kliens lakhelyére vonatkozó információt, így a területi statisztikai adatgyűjtés csak a kezelő intézmények helyéhez kapcsolható. Az adatok bontásának intézményhez kötöttsége azokban az esetekben korlátozza az indikátor helyi felhasználhatóságát, amikor a szükséglet-meghatározás célterületén a célterületnél nagyobb beutalási körzettel rendelkező ellátó intézmények (is) működnek. Ebben az esetben a TDI adatok alapján nem írható le a célterületről az intézmény(ek)ben ellátott droghasználók profilja, ami mind a problémás droghasználat volumen-bebecslése során, mind a szükségletfelmérés végső célját képező hiányanalízis elvégzése során problémát okoz. (Ilyen esetekben be lehet iktatni a kliensek területi eloszlásának becslésére vonatkozó kérdéseket az ellátó helyek körében végzett adatgyűjtésekbe, vagy a kliensek körében végzett adatgyűjtések során megpróbálhatjuk korrigálni ezt a hiányosságot).

1. táblázat: A TDI adatok erősségeinek és gyengeségeinek, illetve a felhasználási lehetőségeknek és kockázatoknak az összefoglalása

Erősségek:	Gyengeségek:
<ul style="list-style-type: none"> – a TDI kérdőív, ill. az arra vonatkozó protokoll nemzetközileg ismert, elfogadott, magyar nyelven is hozzáférhető – droghasználókkal közvetlenül kapcsolatban álló kezelőhelyek jelentési kötelezettséggel bírnak – rendszeres adatgyűjtés – a duplikált nyilvántartás kiszűrésére alkalmas, egyéni adatokat tartalmazó adatbázis – hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető – hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető – szolgáltatói szintű bontásban is hozzáférhető – a szerhasználati mintázatot jól leíró adatokat tartalmaz – a szükségleteket feltáró projekt részéről adatgyűjtési erőforrást nem igényel, csak adatmanipulációs, és elemzési szakértelmet 	<ul style="list-style-type: none"> – házi orvosok jelentési gyakorlata hiányzik – alacsony-küszöbű szolgáltatók jelentési gyakorlata hiányos – rövid idősorok – a kisebb regisztrációs múltra visszatekintő adatgyűjtések területén általában jelen lévő bizonytalanságok, köztük a jelentési fegyelem problémái (a szolgáltatók alacsony motivációja)

Lehetőségek:	Veszélyek, kockázatok:
<ul style="list-style-type: none"> – a célterületen lévő ellátó intézmények kliensprofilja felrajzolható – az egyéni szintű adatok lehetővé teszik bizonyos keresztelemzések elvégzését (pl.: a különböző szerhasználati jellemzőkkel bírók szocio-demográfiai sajátosságainak vizsgálatát) – az adatok országos összehasonlításban értelmezhetők – időbeli tendenciák nyomon követhetők – olyan területeken, ahol az ellátó helyek beutalási körzete megegyezik a célterülettel, az adatok lehetőséget adnak a problémás szerhasználat, illetve a rejtőzködő populáció becsléséhez 	<ul style="list-style-type: none"> – csak a kezelésbe belépők leírására alkalmas, a kezelésben lévők egészére nem – adatvédelmi okok miatt a kliensek lakóhelyére vonatkozó adatok hiányában a célterületen élők adatai nem válogathatók le

II.1.1.2. Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP)

Az OSAP adatgyűjtés a kábítószer-fogyasztók ellátásában egy egészségügyi ágazati adatgyűjtést jelöl. Az egészségügyi jellegű szolgáltatók (a drogambulanciák és droggözpontok, pszichiátriai gondozók, gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók, pszichiátriai osztályok és szakambulanciák, krízis intervenciók osztály(ok), alkoholológiai és addiktológiai gondozók és osztályok, illetve szakambulanciák, drogterápiás intézetek) minden évben jelentést tesznek kliensforgalmi adataikról és az adott évben kezelésben megjelent minden kliens szerhasználati mintázatáról, aggregát formában.⁸ A civil szervezetek, a nem egészségügyi jellegű szolgáltatók (jellemzően az elterelést végző szervezetek) nem tartoznak a jelentési kötelezettség alá, így az ellátási régióban megjelenő kliensek adatainak értelmezése során ezt figyelembe kell venni.

Az OSAP adatgyűjtés által feltárt területek:

- kezelésben megjelent kliensek száma (minden adott évben kezelésben megjelent kliensek adatait tartalmazza, büntetés alternatívájaként induló kezelések számát is tartalmazza)
- kezelésben részt vevő kliensek demográfiai jellemzők (nem, korkategória) szerinti eloszlása
- kezelésben részt vevő kliensek szerhasználati mintázatok (elsődleges szer, szerhasználat gyakorisága, szervezetbe juttatás módja, intravénás droghasználat prevalenciája) szerinti eloszlása
- az első alkalommal kezelésben megjelentek kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségeire (HIV, HBsag, HCV) vonatkozó, szerológiai vizsgálaton alapuló adatok, aggregát formában
- továbbutalásra vonatkozó adatok, aggregát formában

Az OSAP adatok előnye a – TDI adatokkal szemben – egyrészt az, hogy egyes kezelőhelyeken lévő kliensek egészének profilmegrajzolását lehetővé teszik. További előnye, hogy míg a TDI adatok mindössze néhány éve állnak rendelkezésre, az OSAP jellegű adatok gyűjtése – ugyan többször megváltoztatott

⁸ Az adatgyűjtést a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szabályozza, technikai száma 1211/04.

tartalommal – mintegy 15 éve zajlik.⁹ Mindazonáltal az OSAP adatok értelmezését – a fogalmi változásokon túlmenően – korlátozza, hogy az adatok aggregát jellege miatt nincs lehetőség a több intézményben megjelent és nyilvántartott, ún. „forgójaitó” populációt jelentő betegek kiszűrésére. Ennek következtében csak az egyes intézmények teljes kliensprofiljának leírására alkalmas, mivel a célterületen jelenlévő szolgáltatókra felösszegzett adatok – ugyan úgy, mint az országos adatok – halmozódással terheltek. További hiányossága az OSAP adatoknak, hogy az adatok aggregát jellege miatt csak az adatgyűjtési szempontok mentén való lineáris leírást tesz lehetővé, az intézményi kliensprofilon belül keresztelemzések nem végezhetők.

Az OSAP adatainak gazdája az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ szervezeti keretei között működő Országos Addiktológiai Centrum. A kábítószer-használatra vonatkozó országos OSAP adatok, ill. az abból készülő elemzés szintén minden évben megjelenik a Nemzeti Drog Fókuszpont „Éves jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára” kiadványában.

2. táblázat: Az OSAP adatok erősségeinek és gyengeségeinek, illetve a felhasználási lehetőségeknek és kockázatoknak az összefoglalása

Erősségek:	Gyengeségek:
<ul style="list-style-type: none"> – az adott évben kezelésben megjelent összes kliens adatait tartalmazza – droghasználókkal közvetlenül kapcsolatban álló egészségügyi kezelőhelyek jelentési kötelezettséggel bírnak – rendszeres adatgyűjtés – hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető – hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető – szolgáltatói szintű bontásban is hozzáférhető – a szükségleteket feltáró projekt részéről adatgyűjtési erőforrást nem, adatfeldolgozási szakértelmet minimális mértékben igényel 	<ul style="list-style-type: none"> – fogalmi változások akadályozzák a hosszabb időszakokra vonatkozó trendelemzést – aggregát adatokat tartalmaz – csak egészségügyi szolgáltatást végző szervezetek tesznek jelentést – hiányos jelentési gyakorlat – civil szervezetek nem tartoznak a jelentési körbe – csak lineáris kliensprofil leírást tesz lehetővé
Lehetőségek:	Veszélyek, kockázatok:
<ul style="list-style-type: none"> – a célterületen lévő ellátó intézmények kliensprofilja felrajzolható – viszonylag hosszabb időszakra mutatja az időbeli változásokat adott szolgáltatóra – az adatok országos összehasonlításban értelmezhetők 	<ul style="list-style-type: none"> – a célterületen lévő ellátó helyek összegzett adatai ismeretlen mértékű halmozódást tartalmaznak

⁹ Magyarországon 1994. óta létezik kötelező adatszolgáltatás a kábítószer-fogyasztók kezeléséről, de az adatgyűjtés kezdeti szakaszában történő gyakori változások miatt az 1994–1995-ös adatok használata nem javasolt (Jelentés, 2002). 1996 és 1999 között gyakorlatilag változatlan formában történt az adatgyűjtés, majd jelentősebb módosítás 2000-ben történt, amikor bizonyos fogalmak értelmezése is megváltozott (Jelentés, 2001). Az egyik legfontosabb változás az év végén nyilvántartott drogbetegekre vonatkozó adatok helyett az év folyamán kezelt betegek számára vonatkozó adatok megjelenése, továbbá az új beteg fogalmának változása (korábban az intézményben való első megjelenés volt az új beteg fogalom kritériuma, 2000-től pedig a kezelt nyilatkozott arról, hogy életében első alkalommal jelent meg kezelésen). Ugyanekkor változott továbbá a jelentésre kötelezett kezelések fogalma, valamint a jelentett kábítószerfajták köre.

II.1.1.3. Az ellátó helyeken keletkező egyéb adatok helyi felhasználása

A drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek, illetve halálesetek – és más, országosan alacsony esetszámot regisztráló indikátorok – esetében, az alacsony esetszámok¹⁰ okán nem javasolható az adatok területi bontásban való megjelenítése.

II.1.1.4. Az büntető igazságszolgáltatás területéről származó adatok helyi felhasználása

A büntető igazságszolgáltatás körében gyűjtött indikátorok mentén a – bűncselekményekre, bűncselekményt elkövetőkre vonatkozó – területi bontású aggregát adatok az ún. egységes nyomozó hatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikában (az ENYÜBS-ben) rendelkezésre állnak. A bűnügyi statisztika település mélységű adatokat tartalmaz a bűncselekmények elkövetési helyéről,¹¹ azonban a kábítószer-bűncselekmények – feltételezhetően az összбүнözésen belüli alacsony aránya miatt – csak megyei bontásban jeleníthetők meg.¹² Tehát a büntető igazságszolgáltatás körében gyűjtött adatok – külön engedélyezési eljárások nélkül – jelen pillanatban elsősorban a megyei szintű szükséglet-meghatározások során használhatók.

A büntető igazságszolgáltatás területéről származó adatok felhasználhatók egyrészt a probléma megyei, illetve regionális sajátosságainak és időbeli változásának vonatkozásában más indikátorok alapján történő becslések árnyalására. Azonban az adatok területi összehasonlító értelmezése során a büntető-igazságszolgáltatási szervek munkájának/munkafeltételeinek térbeli mintázatából fakadó torzításokra fokozott figyelemmel kell lennünk, az időbeli tendenciák értelmezésénél pedig a jogszabályi változásokról nem szabad megfeledkeznünk.

A büntető igazságszolgáltatás területéről származó adatok másik, nem kevésbé fontos, azonban egyrészt külön engedélyeztetési eljárásokat, másrészt nagy szakértelmet igénylő felhasználási területe, a problémás droghasználók számának, és ezen keresztül a rejtőzködő populáció nagyságának becslése. Az adatok e területen történő felhasználásának azonban feltétele egyrészt az egyedei szintű adatokhoz való hozzáférés a kábítószer-bűncselekmények vonatkozásában, és hogy rendelkezünk legalább egy, valamilyen más nyilvántartásból származó, területileg hasonlóan lokalizálható szintén egyéni szintű nyilvántartási adatokkal, mint pl. bizonyos esetekben a TDI adatok, vagy akár valamilyen saját adatgyűjtésből származó adatok. (Ezzel a kérdéskörrel a későbbiekben külön fejezetben foglalkozunk.)

II.1.2. A rendszeresen végzett populációs vizsgálatok felhasználása a helyi szükséglet-meghatározásban

Az általános népességben, vagy valamilyen speciális, különösen veszélyeztetett csoportban – kérdőíves vagy interjú módszerrel végzett – önbevalláson alapuló vizsgálatok során gyűjtött adatok a drogfogyasztás elterjedtségéről, annak különböző jellemzőiről, valamint a droghasználóval kapcsolatos különféle jelenségekről (pl. attitűdállapotokról) közvetlenül, és a statisztikák nyújtotta lehetőségeknél szélesebb körű, alaposabb, mélyrehatóbb ismereteket adnak.

¹⁰ Pl. 2009-ben a regisztrált HIV fertőzött személyek között nem volt kábítószer fogyasztó, az akut hepatitis B betegek között 2 fő, az akut hepatitis C betegek között 4 fő volt kábítószer fogyasztó (Jelentés, 2007).

¹¹ <http://crimestat.b-m.hu/Terkep.aspx>

¹² <http://crimestat.b-m.hu/KulsoLekerdezo.aspx>

Ezeknek a vizsgálatoknak az egyik legnagyobb előnye, hogy megkérdésesen alapulnak, azaz a vizsgált kérdéskörök a statisztikai regisztrátumokhoz képest kevésbé behatároltak, ugyanakkor az önbevallásból fakad ezeknek a vizsgálatoknak legnagyobb bizonytalanságai is, egyrészt az, hogy a különböző társadalmi csoportok részvételi illetve válaszolás hajlandósága eltérő, másrészt az, hogy az önbevalláson alapuló válaszok mennyire tekinthetők valósak. Ezek a torzító tényezők teljes mértékben nem kiküszöbölhetők, és a torzítottság mértéke sem állapítható meg pontosan. Azonban amennyiben a vizsgálat módszertani paramétereit folyamatosan kontrolláljuk, akkor azt tudjuk, hogy időben és térben vagy a különböző társadalmi csoportokban valószínűsíthetően azonos mértékűek ezek a torzítások. Éppen ezért, az önbevallásos vizsgálatok eredményei alapján elsősorban nem a probléma abszolút méretére tehetünk érvényes állításokat, hanem – a módszertani paraméterek kontroll alatt tartásával – az időben, térben vagy társadalmi mintázatban megjelenő tendenciák vonatkozásában. És itt el is érkeztünk ezeknek a kutatásoknak egy nagyon fontos követelményéhez. Ahhoz ugyanis, hogy az összehasonlító elemzések valóban közelebb vigyenek bennünket a valóság megismeréséhez, igen fontos, hogy az adatok gyűjtése és feldolgozása azonos fogalmi apparátus szerint, azonos módszerekkel történjen (lásd részletesen: Paksi, 2007a, 2008a).

Európában a drogfogyasztás elterjedtségének vizsgálatára készített önbevallásos vizsgálatok a nyolcvanas-kilencvenes években kezdtek nagyobb számban megjeleni.¹³ Ezek a kutatások azonban – az alkalmazott metodológiai eljárások különbözőségei miatt – csak korlátozott lehetőségekkel szolgáltak az adatok nemzetközi összehasonlításban való értelmezésére (EMCDDA, 1996). A vizsgálatok terjedésével egyre határozottabb törekvés mutatkozott a nemzeti kutatások összehangolására (Johnston és mtsai, 1994; Pompidou Group, 1995; EMCDDA, 1996). Az egyes európai országokban, illetve az Egyesült Államokban végzett felmérések tapasztalatainak felhasználásával a fiatal populációra vonatkozó kutatások esetében a kilencvenes évek közepére (Hibell és Andersson, 1994), a felnőtt népességre irányuló vizsgálatok tekintetében pedig a kilencvenes évek második felében sor került az összehasonlítást megnehezítő fő problémák beazonosítására, valamint ez első modellkérdőívek kidolgozására is (EMCDDA, 1997b, 1999).

A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályra vonatkozóan az „Európai Iskolavizsgálat Alkohol- és Drogfogyasztásról” (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) című nemzetközi kutatási program keretében 1995 óta rendszeresen – 4 évente – készülnek adatfelvételek. Az ESPAD-program célja összehasonlító adatok gyűjtése Európa 16 éves diákjainak alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról, a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, illetve az országoként eltérő trendek összehasonlítása. A kutatás során alkalmazott kutatási metodika minden országban egységes. Az 1995. évi kutatásban 26, az 1999. évben 30 európai ország vett részt, míg a 2003-as illetve a 2007-es vizsgálatokhoz pedig már szinte valamennyi európai ország csatlakozott. (Hibell és mtsai, 1997, 2000, 2004, 2009) 2002-től – az ESPAD program által megcélzott korosztálynál szélesebb korosztályt, a 11-16 éves diákokat felölelő – az „Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) című, a WHO koordinálásával több, mint két évtizede zajló – szintén rendszeresen megismétlésre kerülő – nemzetközi összehasonlító kutatásban is szerepel egy – az ESPAD-kutatásokkal megegyező – droghasználatra vonatkozó kérdésblokk (Currie C. et al, 2004, 2008).

¹³ Pl. Menard, Huizinga (1989), Sandwijk, és mtsai (1991, 1995), Kokkevi, Stefanis (1994).

A felnőtt népesség körében készült vizsgálatok metodikája vonatkozásában az EMCDDA fogalmazott meg ajánlásokat (EMCDDA, 1997, 1999, 2002). Ezen ajánlások keretében kidolgozásra került a vizsgálatok ajánlott, ún. „modellkérdőíve” (EMQ), az adatok feldolgozása során alkalmazott fogalmi apparátus, illetve a helyzetleírásra alkalmazandó jelzőszámok képzésére vonatkozó útmutató. Mindazonáltal ezek a vizsgálatok még nem szerveződtek az ESPAD-projekthez hasonló rendszerbe: az egyes országok adatfelvételei időben, mintaválasztásuk, illetve adatfelvételük tekintetében kevésbé standardizáltak.

Az általános népesség drogfogyasztásának megismerésére ma már Magyarországon is rendszeresen készülnek a nemzetközi standardokat kielégítő, célzott drogepidemiológiai kutatások.

A középiskolások körében az első nemzetközi standardoknak is megfelelő hazai drogepidemiológiai vizsgálatok az 1992/1993-as tanévben készültek Budapesten, valamint néhány vidéki városban, régióban (Elekes és Paksi, 1996). 1995-től, az ESPAD program beindulásától pedig már annak részeként került sor az első, majd 1999-ben, 2003-ban és 2007-ben a további országos reprezentatív mintán végzett középiskolás drogepidemiológiai vizsgálatokra (Elekes és Paksi, 1996, 2000, 2003a; Elekes, 2009).

A HBSC kutatásokban Magyarország a kezdetektől – 1985-től – részt vesz. A HBSC 2002-es tematikus bővítésének köszönhetően a kutatássorozat utóbbi három hulláma (2002-es, 2006-os valamint 2010-es adatfelvételek) már drogepidemiológiai adatokkal is szolgál (Aszmann, 2003; Németh, 2007).

A felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján 2001-ben (ADE 2001), 2003-ban (ADE 2003) és 2007-ben (OLAAP 2007) készültek az EMCDDA ajánlásainak (EMCDDA, 1999b, 2002) eleget tevő, s így a nemzetközi összehasonlíthatóság metodikai követelményeit is kielégítő kutatások (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b, Paksi és Elekes, 2004, Paksi, 2007b).

A fentiekben röviden bemutatott általános populációs adatfelvételek a minta nagysága és rétegzettsége alapján többnyire a legkisebb területi egységként a kérdezett lakóhelye szerinti regionális bontást enged meg¹⁴ a településenkénti, vagy megyénkénti értelmezést nem, és a regionális elemzés során is számolnunk kell azzal, hogy a mintanagyság csökkenése megnöveli a mintavételi hibát, tehát a kisebb területi egységre bontott adatok az országos becslésekhez képest kevésbé pontos becslésekre adnak lehetőséget. Ez látszólag korlátozza a meglévő, országos populációs vizsgálatok alkalmazhatóságát a helyi szükséglet-meghatározások során. Azonban ahhoz, hogy – nemzetközi standardoknak megfelelő módszertannal készült, költséges – populációs vizsgálatok adatait a drogprobléma helyi szintű megismerése során alkalmazzuk, nem feltétlenül szükséges a helyzetleírások különféle mutatóit a célterületre vonatkoztatva megjelenítenünk. Egyrészt az országosan jelentkező tendenciák, illetve nemzetközi összehasonlító vizsgálatokban megmutatkozó hazai sajátosságok nagy valószínűséggel megadják a kereteit a helyi beavatkozások tervezésének is. Az országon belül a különböző területi jellemzők ugyanis általában alacsony predikciós erővel bírnak a drogprobléma elterjedtségének becslésében (pl. Elekes, Paksi, 2000; Paksi, 2003). Másrészt azonban, az erős predikciós erejű változók – mint pl. a település urbanizációs foka

¹⁴ Ezek a kutatások általában régió mentén (is) rétegzett mintavételi eljárást alkalmaznak, ami azt jelenti, hogy az egyes régiókon belül önálló véletlen mintavételt hajtanak végre. Ez biztosítja az adatok régiókra való reprezentativitását. (Az elkülönített területi egységek általában a következők: észak-nyugati, dél-nyugati, közép-keleti, észak-keleti és dél-keleti régió, valamint Budapest.) A régiónál kisebb területi egységek esetében a minta nagyságának csökkenése, és összetételének esetlegessége már kockázatosabbá teszi az adatok megbízhatóságát.

(település méret) – mentén az egyes indikátorok esetében országos szinten megmutatózó mintázódások sokszor több információval szolgálhatnak a helyi helyzetértelmezésben, mint a területi egységekre lebontott mutatók.

A négyévente végzett országos vizsgálatok mellett rendszeresen készülnek a drogfogyasztás elterjedtségéről (is) adatokkal szolgáló helyi (egy vagy néhány városra, kisebb területi egységekre vonatkozó) adatfelvételek, melyeket a szükséglet-meghatározás során mindenképp érdemes áttekintetünk. Ezek a vizsgálatok általában egy-egy területi egységre vonatkoztatva nagyobb mintával dolgoznak, mint az országos vizsgálatok adott területi egységre jutó mintanagysága. Azonban ezeknek a **nem, vagy nem feltétlenül standardizált metodikájú vizsgálatok eredményeinek értelmezése során minden esetben meg kell vizsgálnunk a kutatás módszertani paramétereit, csakúgy, mint amikor egy saját kutatás elvégzését/elvégeztetését tervezzük. A kutatási eredmények minőségét ugyanis kizárólag az alkalmazott módszerek értékelése alapján tudjuk megítélni, hiszen „nem tudjuk, hogy milyen pontosak az eredmények, de tudjuk, hogy a megfelelően megválasztott módszerek jó eséllyel meglepően pontos eredményekre vezetnek. ... Azokat a módszereket, amelyeket a kutatás ... során alkalmaztak, meg lehet ítélni, és ...<ennek alapján> képet alkothatunk az eredmények várható pontosságáról”** (Rudas, 2006. 12. o.).

Amennyiben tehát a területi bontásban hozzáférhető és/vagy előállítható – a nemzetközi metodológiai standardokat kielégítő – országos adatok, elemzések nem elégségesek ki a helyzet megismerésére vonatkozó igényünket, és helyi vizsgálat felhasználása, esetleg saját kutatás elkészítése, vagy megrendelése mellett döntünk, minden esetben figyelemmel kell lennünk a társadalomkutatások eredményeinek minőségét befolyásoló tényezőkre. Azokra a „csapdákra”, melyek könnyen a helyzet félreértelmezését eredményezhetik. Alapvetően nem mások ezek a „csapdák” a drogprobléma vizsgálata esetében sem, mint amelyek általában a társadalomkutatások során leselkednek a felhasználókra. Ezek megismerése céljából érdemes forgatnunk Rudas Tamás (2006) Közvélemény-kutatások című kiskönyvét, vagy beleolvasnunk Earl Babbie (1999) A társadalomtudományi kutatás gyakorlata című munkájának egy, a társadalomkutatások használatához tanácsokat adó fejezetébe (Babbie, 1999. 553-559 o.). Mindkettő közérthető módon fogalmaz meg olyan, rendkívül bölcs tanácsokat az önbevallásos vizsgálatok felhasználói, fogyasztói számára, melyek a drogepidemiológiai vizsgálatok minőségének megítélésében és értelmezésében is hasznosak lehetnek. E helyütt természetesen nem tudjuk – és nem is áll szándékunkban – teljes körűen és részletesen bemutatni ezeket a lehetőségeket és buktatókat, mindazonáltal felhívánk a figyelmet néhány olyan kérdésre, melynek mentén mindenképpen szükséges és érdemes vállatára fogni a már meglévő drogepidemiológiai kutatásokat, kutatási beszámolókat illetve saját vizsgálat készítése/megrendelése esetén a kutatás tervét.

- A véletlen (azaz valószínűségi) mintavétel minden prevalencia becslés alapkövetelménye. Ne elégedjünk meg önmagában azzal, hogy nagy számosságú esetet kérdeznek meg egy vizsgálatban. A minta nagysága kevésbé fontos követelmény, mint az, hogy a megkérdezettek reprezentálják azt a populációt, melyről információt kívánunk szerezni. A minta nagyságából adódó hibával tudunk kalkulálni, míg a nem megfelelő mintavétel okozta torzítással nem. A minta reprezentativitásának lehetőségét pedig kizárólag a szigorú matematikai véletlen kiválasztás biztosítja számunka leginkább (Rudas, 2006. 19-29. o.). A véletlen kiválasztás érvényesítésének hiányában csak és kizárólag azokról beszélhetünk, akiket megkérdeztünk. Tehát pl. egy megyében nem szigorúan véletlen módon kiválasztott 1000 diák megkérdezése alapján csak annak az ezer diáknak a drogfogyasztására vonatkozóan fogalmazhatunk meg megállapításokat, akiket

megkérdeztünk, és nem a megyében tanuló diákok összességére. Semmi garancia nincs számunkra ugyanis arra vonatkozóan, hogy másik ezer diák megkérdezése esetén ugyanolyan válaszokat kaptunk volna, s nem tudjuk azt sem, hogy milyen mértékben lettek volna eltérőek a válaszok. A mintából származó adatok alapján populációs becslések megfogalmazására tehát – nem lehet elégszer ismételni – egyedül a véletlen kiválasztás hatalmaz fel bennünket!

- Szintén a mintavétel kapcsán fontos tudnunk, hogy egyenlő esélyük volt-e a mintába kerülésre mindazoknak, akikre vonatkozóan a kutatási eredmények alapján következtetéseket vonunk le. Ha a diákok közül veszünk mintát, akkor tudnunk kell, hogy eredményeinket nem fogalmazhatjuk meg a teljes korosztályra vonatkozóan, ugyanis a korosztály egy része – pl. az iskolából kimaradók sokasága – nem volt tagja annak a keretnek, akiből a mintát választottuk.
- Hasonlóképpen fontos tudnunk egy kutatás eredményeinek értelmezéséhez azt is, hogy a mintába került személyek hány százalékát értük el, illetve az elért személyek hány százaléka válaszolt a kérdéseinkre. Ugyanis fontos különbségek lehetnek az elért és nem elért személyek, illetve a válaszolók és nem válaszolók droghasználata mentén. Az országos drogepidemiológiai vizsgálatokból tudjuk, hogy a droghasználat erős összefüggést mutat az ún. eljárós aktivitások (színház, mozi, koncert, táncos szórakozóhelyek stb. látogatásának) arányával (lásd. pl. Elekes és Paksi, 1996, 2000; Paksi, 2003; Demetrovics, 2001). Tehát egy, a mintába került személyeket a lakóhelyén, általában a munkaidő utáni, esti órákban megkereső vizsgálat során nem feltételezhetjük, hogy a nem elért személyek drogérzettsége megegyezik azokéval, akik általában otthon tartózkodnak. Hasonló módon az iskolás populációban végzett vizsgálatok során nem feltételezhetjük, hogy a mintából hiányzásuk okán kimaradó diákok drogérzettsége megegyezik a vizsgálat időpontjában (is) az iskolában elért diákok érzettségével, mivel a kutatási adatok alapján a hiányzások gyakorisága erős összefüggést mutat a drogfogyasztással (lásd. pl. Elekes és Paksi, 1996, 2000; 2003b). Amennyiben egy kutatás elérési adatai rosszabbak, mint egy másik kutatásé, az valószínűsíti pl. a prevalencia értékek nagyobb mértékű alulbecslését.
- Ne bízunk meg soha olyan vizsgálatokban, melyek nem garantálják a résztvevők anonimitást, azaz a kutatás megrendelőjeként, a drogprobléma kezelésében érdekeltként bármennyire is fontosnak tartanánk, hogy pl. az egyes osztályok drogérzettségét megismerjük, az ilyen adatokat ígérő vizsgálatok hitelességét eleve vonjuk kétségbe! A résztvevők anonimitása nem csak az adatvédelmi törvények betartása okán fontos. Az adatok – különösképpen az olyan érzékeny adatok, mint amilyenek a drogfogyasztással kapcsolatos kérdésekre adott válaszok – megfelelő minőségének fontos feltétele az anonimitás, az, hogy a megkérdezettek tisztában legyenek azzal, hogy nem hordoz számukra veszélyt a véleményük, szokásaik őszinte bevallása.
- Az eredmények minőségét befolyásolja az alkalmazott kérdezési technika is. Az olyan érzékeny adatokat, mint amilyen a társadalmi és törvényi elítélés alá is eső drogfogyasztás, nem célszerű személyes megkérdezéssel, szemtől szemben feltett kérdésekkel tudakolni. Vélhetően a kérdezettek válaszaiban ebben az esetben annak függvényében fognak lefelé vagy felfelé torzítani, hogy a kérdező személyéhez milyen drogfogyasztással kapcsolatos viszonyulást társítanak. Az önkítöltős kérdezési technika feltehetően jobb minőségű adatokat eredményez.
- A kérdező személye, és annak viselkedése azonban még az önkítöltős technika alkalmazása esetén is torzítóan hathat. Nem mindegy, hogy például egy, az iskolai osztályokban zajló adatfelvételnél a pedagógus van jelen, vagy egy az iskolától független kérdezőbiztos. Mint ahogy

az sem mellékes körülmény, hogy a kérdezőbiztos hogyan viselkedik az osztályban az adatfelvétel alatt. Fontos, hogy a diákok számára a kérdező megválasztásával és viselkedésével egyaránt demonstráljuk azt, hogy válaszaik nem járnak számukra negatív következményekkel, hogy pl. az iskolában senki nem fogja látni a kitöltött kérdőíveket. Éppen ezért fontos a kutatásban résztvevő személyek felkészítése.

- A minta, illetve az adatfelvétel módjának körütekintő megválasztása mellett azonban az adatok érvényessége tekintetében természetesen fontos szerep jut az adatfelvételi eszköz megfelelő kidolgozottságának is. Egy kutatás minőségének megítélése során nézzük meg, hogy milyen kérdéseket tettek fel a megkérdezetteknek! A feltett kérdések megragadják-e a vizsgált fogalom minden dimenzióját, hogy a kérdések érvényesen mérik-e azt, amit mérni akartak velük. Például ha a drogfogyasztás életprevalencia értékét akarjuk mérni, és erre vonatkozóan egy olyan általános kérdést teszünk fel, hogy „használt-e életében valamilyen drogot”, akkor nem tudhatjuk, hogy a kérdezett mit értett a „drog” kifejezés alatt. Csak a tiltott drogokat, vagy azok egy részét tekinti drognak, vagy ide sorolja például a legálisan hozzáférhető nyugtatók/altatókat, inhalánsokat is. Továbbá, amennyiben a fenti a kérdésre „igen” vagy „nem” választ ad a kérdezett, nem tudhatjuk, hogy a kérdezett mit értett használat alatt, csak a rendszeres, vagy alkalmi használatot, vagy valamilyen drog 1-2 alkalommal való kipróbálását is végiggondolta, mielőtt a választ megadta volna. A pontatlan, illetve elnagyolt kérdésmegfogalmazások miatt sokszor nem tudjuk, hogy mit mértünk meg.
- S végül, de természetesen – mivel ezen összefoglalás keretében nem törekedhettünk a kutatások lehetséges buktatóinak teljes körű bemutatására – nem utolsó sorban a kutatás következtetéseinek helyállósága tekintetében fontos szerepet kap a megfelelő elemzési eljárások megválasztása. Vizsgáljuk meg, hogy az összefüggések erősségének vizsgálatára végeztek-e statisztikai próbákat! Gondoljuk át, hogy elég körültekintően történt-e az elemzés, nem szerepelnek-e olyan megállapítások az elemzésben, ahol elképzelhető, hogy a két változó közötti összefüggést egy harmadik változó okozza. Vagy, hogy egy keresztmetszeti vizsgálat alapján nem fogalmaznak-e meg a jelenségek egymásutániségára, vagy tendenciáira vonatkozó következtetéseket. Az elemzéseket ugyan a kutatás felhasználója többnyire nem tudja ellenőrizni, részben az adatbázis, részben a megfelelő statisztikai jártasság hiányában, mindazonáltal ha a „józan ész” alapján az olvasóban kételyek fogalmazódnak meg, és azokra az elemzés nem reflektál, valószínűleg az adatok feldolgozása nem volt elég körültekintő.

II.2. A szenvedély-problémával közvetlenül kapcsolatban álló intézmények profilja

II.2.1. Az intézményi profil vizsgálatának szerepe a szükséglet-meghatározásban

Az ellátórendszer fejlesztésével, átalakításával kapcsolatos döntések meghozatalának elengedhetetlen feltétele az ellátórendszer működésének, kapacitásainak megismerése, a hiányterületek azonosítása. A szolgáltatók és tevékenységeik leírása, illetve annak alapján a célterület szolgáltatási kataszterének felvázolása az első lépése bármilyen fejlesztési folyamatnak.

A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek és azok szolgáltatói profiljának leírása azon túlmenően, hogy kiinduló pontként szolgál a szükséglet-meghatározás folyamatában, egyfajta tanulási, szemléletformálási folyamatnak is része. Korábbi a szolgáltatási kataszterek felállítására irányuló kutatási tapasztalatok azt mutatják, hogy a nemzetközi standardokat leképező, strukturált adatgyűjtésekben való részvétel az adatszolgáltatóknak is keretet teremt saját tevékenységüknek, célkitűzéseiknek, eszközeiknek alaposabb átgondolásához. Ez a munka is beindíthat a fejlődés irányába ható folyamatokat.

A strukturált programleírások továbbá kiinduló pontot jelenthetnek az értékelési és monitorozási tevékenység során is.

Az ellátórendszer leírásának szerves része a kliensek szolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségének feltárása is, mindazonáltal mivel a klienselégedettségi vizsgálatok során az adatfelvételi egységet a kliensek képezik, így – annak ellenére, hogy az elemzési egység az ellátó intézmény – e témakört részletesebben a következő, a kezelésben lévő kliensek körében végzett vizsgálatokkal foglalkozó részben tárgyaljuk.

Tekintettel arra, hogy egy terület ellátórendszere – optimális esetben – nem azonos a területen jelenlévő ellátó intézmények összességével, hanem azok hálózataként, tényleges rendszereként értelmezhető, ezért valamely földrajzi terület ellátórendszerének feltárása a fentiekben túlmenően a különböző ellátási modalitásokban megjelenő, átlépő vagy kilépő kliensek számának, típusainak leírását, a jellemző kliens-utak feltárását is jelenti. Az ellátási térkép felrajzolása lehetővé teszi ennek azonosítását, a területen jelenlévő szolgáltatók alkotta hálózatok megjelenését, egyfajta szintézise, összegző elemzése az egyes ellátóhelyekre vonatkozóan összegyűjtött információknak. Segítségével lehetőség nyílik a rendszer működésének megismerésére, és az erőforrások, kapacitások allokációja jobban meghatározható. Az ellátórendszer, az azt alkotó szolgáltatók leírása e tekintetben szorosan kapcsolódik az ellátásban lévő kliensek profiljának – azon belül is különösen az ellátásba kerülés, beutalás eredete, továbbküldés, betegirányítás, ellátásban maradás, az ellátás eredményességének – meghatározásához, leírásához.

II.2.2. Módszertani megfontolások az intézményi profil vizsgálata során

II.2.2.1. Az egyes intézmények tevékenységének leírása, a helyi szolgáltatási kataszter leírása

Tekintettel az intézményi profilkészítés multifunkcionális felhasználhatóságára, nagy jelentősége van annak, hogy a szolgáltatások leírása hogyan történik. A szolgáltatások/ellátási formák bemutatása a célok összetettsége mellett a szolgáltatások heterogenitása miatt is nagyon összetett feladat. **Ahhoz, hogy egy bizonyos földrajzi térségben, azaz a szükséglet-meghatározás célterületén az egyes szolgáltatások –**

legalább bizonyos dimenziók mentén – összegezhető, és egymással összehasonlíthatóak legyenek, standardizált, homogén eszközökre van szükség a leírásukhoz, vagyis minden szolgáltatót illetve szolgáltatás típust azonos – vagy legalább részben azonos – változók mentén kell leírunk. Az említett szemléletformálási, és az ennek folyamányaként megjelenő szolgáltatásfejlesztési célok elérése, illetve az értékelési, monitorozási input funkciók szempontjából azonban a főbb szolgáltatás típusok számára specifikus adatfelvételi battériák kidolgozása a célszerűbb.

Ezen módszertani kérdések eldöntéséhez visszautalnánk a társadalomtudományi kutatások megtervezésének folyamatát összefoglaló ábránkra. Itt az intézményprofilok megalkotására irányuló kutatási elem egy igen fontos döntési szituációjával, a kutatási célkitűzések prioritásának meghatározásával állunk szemben. Bármelyik döntés védhető. Mindegyikre látunk is példát a szolgáltatás-leírási gyakorlatban.

Léteznek olyan eszközök, melyeket különböző típusú ellátási formák/programok általános leírására dolgoztak ki, ilyen például az EMCDDA által alkalmazott EDDRA¹⁵ kérdőív. A kérdőív segítségével a prevenció, ellátási, társadalmi reintegrációs, ártalomcsökkentő és a büntető-igazságszolgáltatás területén megvalósított programok egyaránt leírhatóak.

Az EDDRA kérdőívénél specifikusabbak az NDI Szakmai Információs Portáljának (SzIP) adatbázisában alkalmazott kérdőívek¹⁶, itt külön kérdőív áll rendelkezésre a prevenció és az ellátási programok leírására. A különböző típusú ellátási formák (kezelés, megelőző-felvilágosító szolgáltatás, rehabilitáció, reszocializáció/reintegráció, alacsonyküszöbű szolgáltatás) leírása viszont ugyanazon kérdőívvel lehetséges.

A programok/ellátási formák leírására alkalmazott legspecifikusabb eszközök az egy-egy ellátási forma leírására irányuló kutatások során használt speciális battériák. Hazánkban az elmúlt 10 évben számos kutatás készült a különböző programok, ellátási formák azonosítása, feltárása és kataszterének kialakítása céljából:

- Budapesti drogprevenció programok felmérése és értékelése (Paksi és Demetrovics 2002, 2003)
- A magyarországi iskolai drogprevenció programok jellemzői (Paksi és Demetrovics 2005, Paksi mtsai. 2006)
- A magyarországi túcsere programok szolgáltatói profiljának, valamint működési és finanszírozási struktúrájának leírása (Márványkövi és Rácz, 2005)
- A magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúrájának, szakmai és működési irányelvének, klientúrájának leírására (Márványkövi és Rácz, 2005)
- A nem iskolai szinten megjelenő prevenció programok feltérképezése (Paksi, 2008b)
- Az elterelés hatásosságának vizsgálata (Vitrai és mtsai, 2010)
- A magyarországi metadon fenntartó programok monitorozása és értékelése (Rácz és mtsai, 2009)
- A drogprevenció és ártalomcsökkentő programok/szervezetek kataszterének elkészítése 3 régióban (Paksi és Arnold, 2010)
- A magyarországi drogterápiás intézetek tevékenységének áttekintése (Topolánszky, Felvinczi, Paksi, Arnold, 2009)

¹⁵ Exchange on Drug Demand Reduction Action - Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

¹⁶ <http://www.ndi-szip.hu/SearchByQuestionForm.aspx>

II.2.2.2. Az ellátási térkép

Az ellátási térkép az összekapcsolódó kezelési, ellátási modalitások grafikus ábrázolásaként tekintendő. Azt mutatja meg, hogy a kliensek hogyan mozognak, milyen utat járnak be az ellátás különböző szintjein, és az egyes szinteken milyen az ellátásban részt vevők, illetve az intézmények profilja. Az ellátási térkép felrajzolása nem igényel saját adatgyűjtést, részben az intézményi profil adatai, részben pedig a rutin adatgyűjtésekből származó kliens adatok célozott elemzésével előállíthatók (Megjegyezzük, hogy az ellátási térkép felrajzolásánál nem jelent problémát, hogy – mint azt már korábban jeleztük – a TDI adatok területi lokalizálása során csak ellátóhely szerinti leválogatás végezhető, hiszen itt az intézmények jellemzésén van a hangsúly). Az ellátási térkép a következő információkat tartalmazza:

- **Belépés az ellátórendszerbe:** TDI adatok beutalásra vonatkozó adatai alapján vizsgálható.
- **Mozgás az ellátási rendszeren belül:** A kliensek különböző ellátási formákat vesznek igénybe akár egy időben, vagy időben egymást követően. Ennek nyomon követésére lehetőséget adnak a TDI adatok, hiszen kidolgozásuk célja éppen a forgóajtó populáció azonosítása volt. Itt akadályt csak a jelentési fegyelem bizonyos területen megjelenő anomáliái jelenthetnek.
- **Kilépés az ellátórendszerből:** Itt a cél a különböző ellátási formákból kilépő kliensek leírása. A kilépéseket jelen pillanatban individuális szinten sajnos nem tudjuk ábrázolni a TDI adatok alapján¹⁷, azonban mivel az ellátási térkép készítése során a hangsúly az egyes szolgáltatók jellemzésén van, az egyes intézményekre jellemző arányokat kívánja számunkra megmutatni, a kilépés módjára vonatkozó intézményi arányok az intézményi kérdőívek alapján ábrázolhatók.
- A végül az ellátási térkép arra is alkalmazható, hogy a különböző ellátási formákban kezelték profilja, illetve az intézményi adatlapok alapján az ellátás sajátosságait összehasonlítsuk, s így az ellátásban maradás vagy épp a kiesés tényezőit feltárjuk. Tekintettel arra, hogy itt intézményi szinten történik az elemzés, így az intézményre aggregált TDI adatok és az OSAP adatok egyaránt felhasználhatók.

A következő ábrán az ellátási térkép sémáját láthatjuk, három kliens útját ábrázolva az ellátórendszerben. A nyilak azt jelzik, hogy az egyik (a folyamatos vonallal jelölt) kliens saját elhatározásból lépett be az addiktológiai ellátórendszerbe, az 'A' jelű szolgáltatónál, innen továbbküldték a 'D' szolgáltatóhoz, ahol azonban kilépett a rendszerből. A másik (pontozott vonallal jelölt) kliens szintén saját elhatározásából jelentkezett 'A' szolgáltatónál, és jelenleg is kezelésben van. A harmadik (szaggatott vonallal ábrázolt) kliens a büntető igazságszolgáltatás valamelyik intézményének javaslatára került az 'A' szolgáltatóhoz, de a program befejezése előtt lemorzsolódott. (Az egyes klienseket az ábrán csak a szemléletesség miatt jelöltük eltérő módon, a tényleges ellátási térkép megrajzolása során erre nincsen szükség, hiszen az ellátási térkép az intézmények jellemzésére szolgál, a kezelőhelyekről rendelkezésre álló információk összegzésének egyfajta módja, így a különböző irányba haladó, illetve különböző kilépési módokat jelölő nyilak egyes szolgáltatókra számított arányai a fontosak.) Amennyiben egy adott időszakban az összes kliens mozgását ábrázoljuk egy térképen, akkor kirajzolódik, hogy az vizsgált időszakban intézmények hogyan kapcsolódtak egymáshoz a kliensek ellátása érdekében, s hol vannak azok a pontok, ahol a rendszer nem képes kötni és bent tartani a klienseket.

¹⁷ Jelenleg folyamatban van a TDI adatgyűjtés fejlesztése olyan irányba, melynek révén várhatóan a 2013-as adatok esetében már az individuális kezelési kimenetek ábrázolása is lehetővé válik.

Természetesen az intézmények között még számos más dimenzióban jöhetnek létre kapcsolatok (pl. információs kapcsolatok, szakmai együttműködése, pénzügyi kapcsolatok stb.) melyek szintén nem érdektelenek az egyes intézmények rendszerré szerveződése szempontjából. Amennyiben az intézmények kapcsolathálója vonatkozóan is teszünk fel kérdéseket az intézményi profil kérdőívben, akkor ezek alapján az intézmények kapcsolódását komplexebben tudjuk megjeleníteni. Például meg tudjuk vizsgálni, hogy a beteg utak hogyan képezik le az intézmények közötti informális kapcsolatokat, vagy pénzügyi együttműködéseket.

3. táblázat: Az ellátástérkép sémája:

Belépés az ellátórendszerbe	Ellátórendszeren kívülről (saját elhatározás, család stb.)	Háziorvosi ellátás	Egyéb egészségügyi intézmény	Szociális ellátó intézmény	Büntető igazság-szolgáltatás	Egyéb
Ellátásban lévők	Szolgáltató A	Szolgáltató B	Szolgáltató C	Szolgáltató D	Szolgáltató E	Szolgáltató F
Mozgás az ellátási rendszeren belül						
Kilépés az ellátórendszerből Fekete nyíl: A program sikeres befejezése Piros nyíl: Befejezés előtti kilépés (lemorzsolódás)						

NTA (2007) felhasználásával

II.2.3. Az intézményi profil vizsgálata során alkalmazni javasolt kérdéskörök, ill. standard battériák

II.2.3.1. A különböző típusú ellátási formák/programok általános leírására alkalmas kérdőívek felépítése

EDDRA kérdőív felépítése (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>)

1. Feltöltés éve
2. Összefoglalás (a beavatkozással kapcsolatos legfontosabb tudnivalók)
3. Szervezeti jellemzők (név, indítás, szervezeti forma, elérhetőségek, együttműködő szervezetek)
4. Háttér és célkitűzések (beavatkozás típusa, alkalmazott megközelítés, kiinduló helyzet bemutatása, végső cél, specifikus célok, gyakorlati célok, elméleti háttér)
5. A program fő jellemzői (célcsoport, megvalósítást végző személyek, lefedettség, megcélzott szerek, beavatkozás helyszíne, tevékenység leírása)
6. Értékelés (az értékelés állapota, típusa, alkalmazott indikátorok (folyamat és eredmény), az értékelés kutatási terve, adatgyűjtési eszközök, értékelő típusa)
7. Az értékelés eredményei
8. Költségvetés (éves/teljes költségvetés, finanszírozás forrása, források megoszlásának aránya)
9. Absztrakt
10. A program során végzett tevékenységek kézzelfogható eredményei (output)
11. Egyéb megjegyzések

NDI-SZIP adatbázis ellátási kérdőív felépítése (<http://www.ndi-szip.hu/SearchByQuestionForm.aspx>)

1. Program típusa
2. Ellátási tevékenységek, szolgáltatások
3. Általános jellemzők (tevékenység rövid összefoglalása, bekerülés módja, férőhelyek, várólista)
4. Célok (általános, specifikus célok, alapkonceptió)
5. A szolgáltatásba bekerülés feltételei
6. Programjellemzők (szolgáltatás jellege, hossza, kezelési módszerek, önkéntesek bevonása, szupervízió)
7. A program/szolgáltatás kliensköre (kliensek száma, új kliensek, demográfiai, szerhasználati jellemzők)
8. Értékelés (klienselégedettség, ellátás hatékonyságának vizsgálata, indikátorok)
9. Finanszírozás

II.2.3.2. Az egyes ellátási típusok leírására alkalmas speciális kérdőívek felépítése

A drogrevenziós programok leírása során alkalmazott kérdőív felépítése (Paksi és Demetrovics 2002, 2003; 2005; Paksi és mtsai, 2006; Paksi és Arnold, 2010)

1. Szervezeti- és projektjellemzők (elérhetőség, tevékenységek, program neve, résztvevő szervezetek)
2. A program keretében végzett tevékenység rövid, összefoglaló leírása
3. Célpopuláció (rendelkezésre álló információk, jellemzők, nagysága, lefedettség)
4. A tevékenység részletes leírása (végső cél, megcélzott szerek, megvalósítás paraméterei, specifikus célok, kapcsolódó koncepciók, módszerek)
5. Programértékelés (mit értékeltetek, ki végezte, finanszírozás)
6. Programban résztvevő személyek jellemzői
7. Finanszírozás (folyamatosság, megoszlás, kedvezményezett fizet-e, bevétel összege)

Az elterelés eredményességének vizsgálata során használt intézményi kérdőív felépítése (Vitrai és mtsai, 2010)

A blokk: az intézmény / szervezet tevékenységei (működési szint, tevékenységek, nyújtott szolgáltatások,
 B blokk: az eltereléssel kapcsolatban végzett tevékenységek (állapotfelmérés, együttműködési megállapodás)
 C blokk: az elterelés végzésével kapcsolatos tárgyi és személyi feltételek (infrastrukturális feltételek, résztvevő szakemberek)
 D blokk: finanszírozás (bevétel, források folyamatossága, megoszlása)
 E blokk: értékelés (klienselégedettség, hatékonyság vizsgálata, eredményei)
 F blokk: szolgáltatások kliensköre, szakmai programok (kliensforgalom, bekerülés feltételei, általános cél, specifikus célok, elméleti háttér, várható eredmények, megközelítés, módszerek

Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szervezetek felmérése során alkalmazott kérdőív felépítése (Márványkői és Rácz, 2005; Paksi és Arnold, 2010)

1. Szervezeti- és projektjellemzők (elérhetőség, tevékenységek, program típusok, földrajzi hatókör, nyitva tartás, résztvevő szervezetek)
2. Célpopuláció (célpopuláció jellemzői, drogszcéna típusa, nyilvántartási rendszer, kliensek jellemzői)
3. Szolgáltatások típusai (szociális, egészségügyi, pszichológiai, képzések, kiadványok)
4. Injektáló felszerelésekkel kapcsolatos tevékenység (tűcsere típusa, injektáló felszerelések, szabályzat)
5. Programmal kapcsolatos visszajelzések (kliens elégedettség, értékelés)
6. Program céljai (végső és specifikus), kapcsolódó koncepciók és módszerek
7. Program munkatársai (munkakör, munkaidő, alkalmazotti viszony, munkatársak képzése)
8. Finanszírozás (folyamatosság, megoszlás, kedvezményezett fizet-e, bevétel összege)
9. Korai Jelzőrendszer (új jelenségek)

Drogterápiás intézetek kérdőívének felépítése (Topolánszky, Felvinczi, Paksi, Arnold, 2009)

A. blokk: a terápiás program strukturális jellemzői, kapacitása (ellátási fázisok, férőhelyek)
 B. blokk: kliensek jellemzői (összes regisztrált, várólista, nem, életkor, szerfogyasztás, speciális szükségletű csoportok, bekerülés)
 C. blokk: kliensek diagnosztizálása, felmérése (állapotfelmérés, alkalmazott mérőeszközök)
 D. blokk: a program tartalma (kezelési terv, terápiás célkitűzések, alapkoncepciók, terápiás technikák, egyéb szolgáltatások, kliens elégedettség)
 E. blokk: a kezelés befejezése (kritériumok, elbocsátási, lemorzsolódási arányok, elbocsátás okai)
 F. blokk: a program háttere, erőforrások, adminisztráció (munkatársak jellemzői: munkakör, munkaidő, alkalmazotti viszony, munkatársak képzése; finanszírozás: folyamatosság, megoszlás, kedvezményezett fizet-e, bevétel összege; adatszolgáltatás)
 I. blokk: Szervezeti, azonosítási adatok (szektor, szervezet jogi formája, szervezet tevékenységei, elérhetőségek).

A fentiekben bemutatott néhány kérdőív áttekintése alapján is megállapítható, hogy melyek azok az elemek, melyek általánosan minden kérdőívben megtalálhatóak (pl. intézményi/szervezeti jellemzők, célkitűzések, alkalmazott módszerek, munkatársak, értékelés, finanszírozás), illetve melyek azok, melyek bizonyos adatgyűjtési rendszerekben nagyobb hangsúlyt kapnak. Az EDDRA adatbázis egyik célkitűzése például az értékelés népszerűsítése, a bevált gyakorlatok bemutatása, ezért ez a kérdőív sokkal részletesebben vizsgálja az értékelés módszereit és eredményeit, mint a többi. A prioritások mérlegelése, és a közös pontok azonosítása alapján létrehozhatók azonban olyan komplex, közös és speciális blokkokat is tartalmazó adatgyűjtési eszközök, melyek tudják kezelni a hasonlóságokat, és a programtípusok specifikumait egyaránt, bár ezek többnyire számítógéppel támogatott adatfelvételek esetében valósíthatóak

meg anélkül, hogy az adatközlő ne vesszen el a különböző blokkok között. (Paksi és Demetrovics, 2005, Paksi és Arnold, 2010)

II.3. A kliensek vizsgálata

II.3.1. A kliensek körében végzett vizsgálatok helye a szükséglet-meghatározásban

A kezelésbe lépő, illetve kezelésben lévő kliensek körében végzett vizsgálatok a szükséglet-meghatározás folyamatában nagy fontossággal bírnak, ugyanis annak szinte mindegyik lépésénél felhasználásra kerülnek. Amennyiben visszagondolunk az integrált addiktológiai ellátási modalitások kialakítását célzó helyi szükséglet-meghatározás folyamatábrájára, láthatjuk, hogy szinte mindegyik outputhoz érkeznek a kliensek körében végzett vizsgálatokból információk.

Alapvető **szerepe a kliensek körében végzett vizsgálatoknak a kliensszükségletek megismerésében van**, ezek a vizsgálatok mutatják meg, hogy a kliensek milyen szükségleteket érzelenek, melyek azok, amelyekkel kapcsolatban ellátási igényeket fogalmaznak meg, esetlegesen azonosíthatók-e a kliensek körében különböző látens (általuk nem észlelt és/vagy nem kifejezett normatív) szükségletek. A kliensek körében végzett vizsgálatok adnak információkat arra vonatkozóan is, hogy a különböző (észlelt, kifejezett, vagy látens) szükségletek közül melyeket tudja megfelelően ellátni az intézményrendszer, és hol vannak a hiányosságok. Tehát részben az ellátásban lévők szükségleteire irányuló vizsgálatok segítségével azonosítható, hogy mely ellátási területek szorulnak további fejlesztésre, támogatásra, illetve kiépítésre.

Mint azt az előző fejezetben említettük, az ellátórendszer leírásának szerves része **a kliensek szolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségének feltárása**. A klienselégedettségi vizsgálatok elsősorban reagálás központú adatokkal szolgálnak az ellátási programok folyamat-értékeléséhez.

Amennyiben több időpontban, ismételt adatfelvétellel kerül sor, akkor – megfelelő battéria alkalmazásával – nem csak a beavatkozási folyamatról, de annak eredményességéről is számos információval szolgálhatnak a kliensek körében végzett adatfelvételek.

Ezen túlmenően azonban a kliensek körében végzett vizsgálatok számos dimenzióban gazdagíthatják a célterület klienseinek leírását, hozzájárulva ezáltal pl. a programok eredményessége mögött meghúzódó individuális tényezők, illetve a program-specifikus hatások azonosításához.

A kliensek körében végzett vizsgálatok segíthetnek korrigálni a nyilvántartási adatok alapján felrajzolt intézményi kliensprofilok esetleges torzításait, illetve hiányosságait. Lehetőségünk van például az ellátó helyekre felrajzolt kliensprofil árnyalására azokban az esetekben, amikor az ellátó intézmény a szükséglet-meghatározás célterületénél nagyobb beutalási körzettel rendelkezik. Ebben az esetben a kliensek körében végzett vizsgálatok alapján módunk nyílik a szükségletfeltárás célterületén, illetve az azon kívül élő kliensek arányainak becslésére. Hasonló szerepet tölthetnek be a kliensek körében történt adatfelvételek a jelentési fegyelem problémáiból adódó hiányosságok esetében.

S végül, a kliensek körében végzett vizsgálatok éppen az ellátásban lévő kliensek profiljának pontosítása illetve differenciálása révén hozzájárulhatnak az ellátórendszeren kívüli szerhasználók sajátosságainak azonosításához, illetve számának becslésére irányuló kalkulációk finomításához is.

II.3.2. A kliensek körében végzett vizsgálatok során érvényesítendő módszertani megfontolások

Mint láthattuk, a kliensek körében végzett vizsgálatok számos lehetőséget hordoznak. Mint minden vizsgálati elem esetében, így a kliensek körében végzett vizsgálatok tervezése során is elsőként a lehetséges céltételezések prioritásait kell megfogalmaznunk, és ahhoz kell hozzárendoznunk a kutatás további elemeit.

Mindazonáltal ehelyütt is fel szeretnénk hívni a figyelmet arra, hogy kliensek körében végzett vizsgálatok megtervezése során mindenképp figyelembe kell vennünk azt a kedvező körülményt, hogy a kliensekről a rutin adatgyűjtésekből, illetve országos adatfelvételekből már számos információval rendelkezünk. Ezek a kliensek beavatkozás-mentes vizsgálatát teszik lehetővé. A szükséglet-meghatározáshoz az országos adatgyűjtésekből rendelkezésre álló adatok áttekintése során láthattuk, hogy a TDI adatgyűjtésből származó információk nagy segítséget jelenthetnek az ellátások használati mintázatának feltérképezésében, a kliensprofil felvázolásában, illetve a különböző kezelési modalitások elérhetőségének feltárása során is. **Csak abban az esetben készítsünk az ellátás több szereplőjének idejét, és energiáját igénybe vevő adatgyűjtéseket, ha biztosak vagyunk abban, hogy azok felvétele valóban a kitzűzött célokat fogja szolgálni, a célok elérése érdekében az összes kutatási, ill. szükséglet-meghatározási lépést végig tudjuk vinni.** Ez alapvető etikai kérdés a beavatkozással járó vizsgálatok során. A felsorolt elemzési célok megvalósítása többnyire szakemberek közreműködését igényli mind az adatfelvételi bázis, mind a pontos kutatási protokoll összeállítása, valamint az adatok feldolgozása során.

Ehelyütt nincs lehetőségünk a kliensek körében zajló vizsgálatok lehetséges céltételezéseinek összes módszertani folyamatát/előfeltételét illetve azok láncolatát végigvinni, csak néhány példát szeretnénk bemutatni. Pillantsunk bele a céloknak az adatfelvételek számával és időzítésével kapcsolatos következményeibe:

- Amennyiben például az adatokat a belépéskor meglévő (kifejezett, vagy akár látens) szükségletek azonosítására akarjuk elsősorban felhasználni, illetve ezen keresztül az ellátásba került, és az ellátáson kívüli populáció szükségletei közötti eltéréseket kívánjuk megragadni, akkor célszerű az adatfelvételt a bekerüléskor elvégezni. Tekintettel arra, hogy a szükséglet-feltárás kulcsfogalma a hiányanalízis, annak feltárása, hogy milyen tulajdonságokkal rendelkező kliensek jelennek meg az ellátórendszerben, és ehhez képest miben és mennyiben térnek el az ellátórendszer sugarán kívül maradt csoportok tagjainak jellemzői, így ez a kutatási időzítés mindenképp megfontolandó. A kezelésbe lépéskor történő szükségletfelmérés mellett szól az a praktikus ok is, hogy első megjelenéskor mindenképpen szükséges a kliens profilját alaposan feltérképezni, melynek része lehet a szükségletfelmérő kérdőív is.
- Hasonlóképpen bekerüléskor szükséges elvégeznünk a vizsgálatokat, ha a kezelés hatására bekövetkezett változásokat objektív mutatókkal szeretnénk mérni. Azonban ebben az esetben, azaz az eredményesség mérésével kapcsolatos céltételezések okán, a kezelés előrehaladtával – előre rögzített időszak elteltével, vagy a kutatás befejeződésekor (ebben az esetben a lemorzsolódó populációban elért változásokat elveszítve, ugyanakkor a teljes beavatkozás hatását mérve) – újabb kutatást kell végeznünk.
- Ugyanakkor természetesen a belépők körében készült vizsgálatok önmagukban nem adnak lehetőséget sem az ellátással való elégedettség megismerésére, sem arra, hogy információkat szerezzük arról, melyek azok a szükségletek, melyeket megfelelően el tud látni a jelenlegi

ellátórendszer, és hol vannak a hiányosságok. A kezelés közben, vagy befejeztével megismételt adatfelvételek nem csak a változások méréséhez szükségesek, hanem a folyamat értékeléséhez, valamint az ellátásban kielégített illetve kielégítetlen szükségletek vizsgálatához is.

- Azonban amennyiben a kezelésbe lépők között nem történik adatfelvétel, csak a kezelés előrehaladtával ellátásban lévők körében, akkor ugyan meg tudjuk vizsgálni a kezeléssel való elégedettséget, és azt, hogy mit gondolnak a kliensek a kezelés során ellátásra került szükségleteikről, azonban arról, hogy milyen szükségletekkel jelentek meg az ellátásban, csak az ellátás elején felvehetőhöz képest sokkal kevésbé megbízható, retrospektív adatokkal fogunk rendelkezni.

A kliensek körében történő adatfelvételek általában nem igényelnek teljeskörű megkérdezést, azonban azt, hogy mintán kívánunk dolgozni, vagy minden klienst megkérdezzük, mindig az egyes ellátó helyeken, illetve vizsgált területen a statisztikai nyilvántartások (TDI, OSAP) alapján ismert kliensek száma, a vizsgált jelenség várható eloszlása, valamint a választott célok megvalósításához szükséges elemzési eljárások elemszám-igénye határozza meg. A teljeskörű adatfelvétel indokolt lehet abban az esetben is, ha a kliensek körében történő adatgyűjtés céljai között szerepel TDI adatok, illetve az azokból előállítható információk hiányosságainak és/vagy torzítottságának korrigálása,¹⁸ vagy az, hogy a kliensszükségleti kérdőív egyben a kezelőhelyre való bekerülés során rutinszerűen kitöltésre kerülő batteria részét képezi. Amennyiben nem teljeskörű adatfelvételt végzünk, és az adatainkat a szükséglet-meghatározás igényeinek megfelelően a régió, illetve az ellátóhely klienseire ki akarjuk terjeszteni, akkor mindenképp törekednünk kell a véletlen kiválasztás érvényesítésére, valamint az egyes ellátóhelyek klienseinek elemezhető arányban való mintába kerülésre.

II.3.3. A kliensek körében végzett vizsgálatok során alkalmazni javasolt kérdéskörök, ill. standard batterieák

Mint láthattuk, a kliensek körében kutatási célok meglehetősen szerteágazóak lehetnek, s a releváns vizsgálandó célok heterogenitása az ellátóhely, illetve beavatkozás típusának függvényében tovább növekszik. A céljainknak leginkább megfelelő mérőeszköz kiválasztásához mind tartalmi, mind technikai szempontból meg kell vizsgálnunk a potenciálisan felmerülő eszközök körét. Fontos szempont lehet, hogy míg egyes eszközök kifejezetten kutatásra készültek, addig másoknál a klinikai alkalmazhatóság volt az elsődleges cél, de számos módszer mindkét helyzetben egyaránt sikerrel alkalmazható. Így például, ha a kezelőhelyre belépő kliensek körében tervezzük az adatgyűjtést, talán célszerű olyan batterieát alkalmaznunk, ami kutatási és klinikai célokra egyaránt megfelelő. Meg kell vizsgálnunk az egyes mérőeszközök tartalmát, azaz, hogy milyen mértékben fedi le a vizsgálni kívánt területeket (hány faktort, milyen aspektusokat vizsgál a mérőeszköz). Az egyes eszközök között e tekintetben nem feltétlenül minőségbeli különbségeket találunk, inkább az a kérdés, hogy a felhasználó céljához mi illeszkedik inkább. További, technikai jellegű különbséget jelenthet, hogy önkitöltősen vagy interjúhelyzetben lehet-e

¹⁸ Mint azt már említettük, a kliensek személyiségi jogainak védelme okán a TDI kérdőív nem tartalmaz a kliens lakhelyére vonatkozó információt, így a területi statisztikai adatgyűjtés csak a kezelő intézmények helyéhez kapcsolható. Az adatok bontásának intézményhez kötöttsége azokban az esetekben korlátozza az indikátor helyi felhasználhatóságát, amikor a szükséglet-meghatározás célterületén a célterületnél nagyobb beutalási körzettel rendelkező ellátó intézmények (is) működnek. Ebben az esetben a TDI adatok alapján nem írható le a célterületről az intézményben ellátott droghasználók profíja, ami mind a problémás droghasználat volumen-becslése során, mind a szükségletfelmérés végső célját képező hiányanalízis elvégzése során problémát okoz. Ilyen esetekben – amennyiben erőforrásaink megengedik - célszerű a kliensek körében végzett vizsgálatok során a lakhely/tartózkodási hely adatok felvétele mellett a teljeskörűsége törekedni.

alkalmazni az eszközt, illetve, hogy papír-ceruza alapú kérdőívről van-e szó, rendelkezésre áll-e számítógépes alkalmazás, szükség van-e speciális eszközökre, tesztekre. Érdemes gondolni az önjellemzésből származó esetleges torzításokra, vagy az eszközök szenzitivitására, illetve specificitására. Mindezen szempontok vizsgálata fontos ahhoz, hogy a céljainkhoz, valamint a lehetőségeinkhez leginkább illeszkedő mérőeszközt válasszuk (Demetrovics, 2010).

II.3.3.1. Kliensek szükségleteinek vizsgálata során javasolt témakörök, és mérőeszközök

A problémás szerhasználat felmérésének egyik legalapvetőbb, idő- és költségtakarékos módja a szűrés. A szűrés célja az ellátórendszerben a magas kockázattal jellemezhető személyek felismerése annak érdekében, hogy szükség esetén a későbbiekben alaposabb vizsgálatnak, pontos diagnózis felállításának, átfogó helyzetfelmérésnek vethessük őket alá. Szűrő-mérőeszközöket alkalmazhatunk továbbá az ellátórendszeren kívül eső populációk problémás szerhasználatának gyors becslésére is. A szűrés feladata tehát annak megállapítása, hogy létezik-e a szerhasználattal összefüggő probléma, kezelési szükséglet a felmért személyek között.

Az alábbi, alkalmazásra javasolt skálák előnye, hogy csupán néhány tételt tartalmaznak, rövid idő alatt felvehetőek, s ugyanakkor megbízható eredményeket nyújtanak a vizsgált személyekről. A könnyű felvétel, és a rövid felvételi idő az ellátásba került, és az ellátórendszeren kívüli szerhasználó csoportok szükségleteinek egymásra vonatkoztatása okán kap jelentőséget. Ez az elemzési felhasználás a két populációban azonos battériák használatát követeli meg. A rejtőzködő populációk körében készült adatfelvételek során pedig egyértelműen prioritást kap a mérőeszköz megbízhatósága mellett annak könnyű és gyors felvétele.

A szakirodalomban több, szerhasználattal kapcsolatos problémák súlyosságának szűrésére kidolgozott megfelelő pszichometriai mutatókkal jellemezhető mérőeszköz létezik (Piontek, Kraus és Klempova, 2008, Lachner és mtsai, 1997). Ezek közül néhány kérdőívnek készült magyar változata, amelyek pszichometriai vizsgálata jelenleg is folyamatban van, de az előzetes eredmények biztatóak (Demetrovics, 2010). Ilyen mérőeszközök a következők:

- Specifikusan a kannabisz-használat mérésére összeállított Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (Cannabis Abuse Screening Test, CAST) (Legleye és mtsai, 2007)
- Gossop és mtsai (1995) által kidolgozott Droghasználat Súlyossága Skála (Severity of Dependence Scale, SDS.), amely különböző szerhasználati formák vagy akár általában a drogfüggőség szűrésére is alkalmas, de elsősorban a kannabisz-használat vonatkozásában került alkalmazásra.
- A Kannabisz-használat Zavarainak Szűrőtesztje (Cannabis Use Disorders Identification Test, CUDIT) (Adamson és Sellman, 2003) az AUDIT mintájára elkészített 10 tételű eszköz, amely kérdőíves felmérések és a klinikai munka során egyaránt jól alkalmazhatónak bizonyult.
- Az M-CIDI (Munich-Composite International Diagnostic Interview) kérdőív a DSM-IV abúzus és dependencia diagnózisainak kritériumait fedő kérdéseket tartalmaz a kannabiszra vagy más kábítószerekre vonatkoztatva, önkitöltős formában. Az eredmények változatos csoportok esetében is a kérdőív jó megbízhatóságát támasztották alá (Lachner és mtsai, 1997).

4. táblázat: A fenti rövid szűrőskálák SWOT analízise

Erősségek:	Gyengeségek:
<ul style="list-style-type: none"> – nemzetközileg ismert, elfogadott eszközök – magyarul is rendelkezésre állnak – jó pszichometriai mutatókkal rendelkeznek – gyors, költségtakarékos szűrőmódszerek 	<ul style="list-style-type: none"> – a magyar változatok validálás alatt állnak – legtöbbjük a kannabisz-használat problémáira vonatkozik, más szerekkel kapcsolatban kevés adat
Lehetőségek:	Veszélyek, kockázatok:
<ul style="list-style-type: none"> – többféle szer problémás használatának szűrésére adaptálhatók – a kérdések a diagnosztikai rendszerek kritériumaival összhangban vannak – kezelési hatékonyság mérésére is alkalmasak – felnőttek és serdülők esetében egyaránt alkalmazhatóak 	<ul style="list-style-type: none"> – a tételek átláthatósága miatt az eredmények torzíthatnak – diagnosztikai eszközként nem alkalmazhatóak – CAST és CUDIT esetében a legtöbb alkalmazhatósági vizsgálat kizárólag kannabisz használók csoportján készült

A kezelésbe lévők körében a kielégített és kielégítetlen szükségletek pontosabb definiálásához, illetve a már létező és az ellátórendszer számára láthatóvá vált probléma mértékének, specifikusabb jellegzetességeinek feltárása céljából természetesen a gyors szűrőeszközök alkalmazása mellett lehetőség van olyan, a problémafeltárást fentieknél jóval alaposabban lehetővé tevő eszközök alkalmazására is, mint a nemzetközileg és Magyarországon is széles körben alkalmazott, validált, a szerhasználattal összefüggő problémák feltárására és az addikció súlyosságának mérésére kifejlesztett Addikció Súlyossági Index (ASI) (McLellan és munkatársai, 1980, 1992; magyar adaptált változat: Gerevich és mtsai, 2001; Rác és mtsai, 2002.)

A kezelésben lévők szerhasználati profiljának országosan megmutató tendenciái, illetve a projekt keretében végzett szükséglet-meghatározás során tapasztaltak alapján a fenti szűrő-mérőeszközök mellett javasolt lehet még az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjének (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete és Grant, 1993; Allen, Litten, Fertig és Babor, 1997; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006) alkalmazása. Az AUDIT szintén széles körben alkalmazott mérőeszköz, pszichometriai mutató kedvezőek, mind nemzetközi szinten, mind a hazai vizsgálatok során a skála megbízhatóságát mutatják.

A fenti, a szükségleteket objektív indikátorok mentén mérő skálák mellett a szükségletek meghatározása során még a következő témákat javasoljuk szerepeltetni a kliens-kérdőívekben:

- Egyéb kockázati magatartásokra vonatkozó kérdések
- Észlelt szükségletek
- Kezelési szándék megjelenésének területei.

A további kérdéskörök többnyire attól függően alakulnak, hogy az adatfelvétel során szükség van-e az aggregát TDI adatok lakóhely adatokkal való korrigálásra, illetve hogy a szükségletfelmérő kérdőív részeként történik-e kliens elégedettségi vizsgálat. Amennyibe ezek bármelyike szerepel a felhasználási célok között, a kérdőív kitöltése anonim kell, hogy legyen, s így a kliens-szükségleti kérdőív a kliensprofil alapját képező TDI adatokkal egyéni szinten nem összeilleszthető adatbázis. Ezekben az esetekben a szükséglet-meghatározáshoz készülő vizsgálatok során célszerű felvenni a fontosabb TDI adatokat is, (kezeléstörténet, szocio-demográfiai adatokat a lakóhely változóval kiegészítve, valamint a szerhasználatra vonatkozó adatokat).

II.3.3.2. Kliens elégedettség vizsgálat során javasolt témakörök és mérőeszközök

A kliens elégedettség felmérésének leggyakoribb, és leginkább megbízható módja az önkitöltős kérdőív felvétele, egy bizonyos kezelésben töltött idő után, vagy a kilépéskor illetve az utánkövetés során. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a klienselégedettségi adatokból nem következtethetünk a beavatkozások eredményességére, a kliensekből kiváltott kezelőhelyre aggregát reagálások a beavatkozás folyamatának értékelésére alkalmasak, s mint ilyenek az intézményi profil részét képezik. A kliens elégedettség mérésére szolgáló battériák kidolgozása során érdemes tekintettel lennünk az egyes ellátóhelyek (az intézményi profil felállításakor megismert) sajátosságaira, azonban a különböző ellátóhelyek adatainak összehasonlító elemzéséhez mindenképpen szükséges standard kérdéssorok szerepeltetése is. A kliens elégedettség vizsgálatok fontosabb területei következők: (Marsden, Ogborne, Farrell, Rush, 2000:17-18).

- az ellátás helyszíne, körülményei
- a stáb segítőkészsége
- az ellátás díja
- a szolgáltatások hozzáférhetősége
- a család bevonása
- várakozási idő
- a szolgáltatás mennyiségi jellemzői
- észlelt hatások
- eset-kezelés és együttműködés
- légkörrel kapcsolatos kérdések

Rövid, gyorsan felvehető, bár nem drogellátás specifikus eszközök, például a következők:

- A Kliens Elégedettség Készlet (Client Satisfaction Inventory, CSI) egy 25 tételes, amerikai kutatók (McMurtry és Hudson 2000) által kidolgozott és validált eszköz (a rövidített változat (CSI_SF) pedig mindössze egy 8 tételes kérdőív).
- A Kliens Elégedettség Kérdőív (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8) (Larsen és mtsai 1979) kérdőív egy igen gyakran alkalmazott, 8 kérdést tartalmazó eszköz.

Rövidségük okán ezek a kérdőívek természetesen nem ölelik fel a WHO ajánlásaiban szereplő területek mindegyikét. További hátrányuk, – ugyancsak rövidségük okán – hogy nagyon könnyen átláthatóak. Magyar nyelven jelenleg nem, vagy csak nyersfordításban érhetők el.

II.4. Ellátórendszeren kívüli (rejtőzködő) droghasználók feltérképezése

II.4.1. A rejtőzködő populáció feltérképezésére irányuló vizsgálatok szerepe a szükségleg-meghatározásban

Az ellátási szükségletek feltárása a kezelőrendszerben megjelenő ellátási igények és a populáció szükségletei közötti eltérés leírását jelenti. A szükséglet-feltárás kulcsfogalma éppen ezért a hiányanalízis, azaz annak feltárása, hogy milyen tulajdonságokkal rendelkező kliensek ellátására alkalmas a jelenlegi ellátórendszer, hogyan jellemezhetők az aktuálisan kezelésben lévő kliensek, és ehhez képes miben és mennyiben térnek el a kezelési szükségletekkel rendelkező, de az ellátórendszer sugarán kívül maradt csoportok tagjainak jellemzői.

Ennek, az ellátórendszer számára láthatatlan a szükségleti szegmensnek a megtalálása, jellemzőinek leírása, és méretének becslése jelenti a szükséglet-meghatározás talán egyik legnagyobb kihívását. A rejtőzködő populáció szükségleteinek leírása egyrészt megállhat ott, hogy megpróbálja azonosítani a rejtőzködő populációban megjelenő szükséglet típusokat. A kutatások másik típusának céltételezése ennél nagyratörőbb, és az ellátási volumen fejlesztéséhez is információkat kíván adni.

II.4.2. Az ellátórendszeren kívüli droghasználók feltérképezésére irányuló vizsgálatokkal kapcsolatos módszertani megfontolások

Az ellátórendszeren kívüli droghasználók tudományos vizsgálata – csakúgy, mint más stigmatizált társadalmi csoportok, pl. a HIV fertőzöttek, a hajléktalanok – különösen nehéz kihívás elé állítja az empirikus társadalomkutatókat. Ezek a társadalmi csoportok ugyanis "rejtett" populációt alkotnak abban az értelemben, hogy nem ismert az alapsokaság, a mintavételi keret, amelyből valószínűségi mintát vehetnénk, majd annak alapján populációs becsléseket tehetnénk (Spren, 1992). Mivel gyakran nem áll rendelkezésre semmilyen adat, így ha ilyen populációkból valamilyen más módon veszünk mintát, még a minta alapvető populációs illeszkedéséről sem tudunk mit mondani. A hagyományos statisztikai módszerekkel éppen ezért nem lehet becsléseket készíteni a rejtőzködő csoportok nagyságáról, populációs paramétereiről. Az ilyen becslésekhez általában többféle adatforrásra és/vagy nagy matematikai/módszertani jártasságra van szükség.

Az ellátórendszeren kívüli droghasználók megismerésére irányuló folyamat a módszertani megfontolások tekintetében kétféle következménnyel jár. Egyik oldalról nagyobb hangsúlyt ad a kvalitatív technikáknak, másik oldalról pedig rendkívül bonyolult, nagy matematikai felkészültségű modellalkotási folyamatokat emel be a szükséglet-meghatározás folyamatába. Ezt az eltérő erőforrás igényt mindenképp számításba kell vennünk, amikor a rejtőzködő droghasználóra irányuló vizsgálatunk céljairól döntünk.

II.4.2.1. A rejtőzködő populációban megjelenő – direkt, ill. indirekt – kezelési igények azonosítása

A rejtőzködő vagy nehezen elérhető csoportok körében készített kutatások mintavételi dilemmájának kezelésére a szakirodalomban többféle eljárás került kidolgozásra. A leggyakrabban alkalmazott megoldás a klasszikus hólabda-mintavételi (snowball) módszer (Coleman 1958, Goodman 1961). De válasszunk bármilyen networking technikát (pl. Rácz, 2006), tudnunk kell, hogy – mivel lehetetlen az egyén bekerülési valószínűségére becslést adni – ezek az eljárások nem adnak valószínűségi mintát, következésképpen az eredmények mindig csak az elért sokaságra, a megkérdezettekre értelmezhetők, s nem terjeszthetők ki a célpopuláció egészére. Éppen ezért ezek a technikák a populáció méretének becslésére sem alkalmasak. Fontos információkat adnak azonban a rejtőzködő droghasználat különböző sajátosságainak megismeréséhez, többek között a direkt és indirekt módon megjelenő szükséglettípusok. Ennek révén kiinduló információkkal szolgálnak az intézményi profilban megjelenő szolgáltatások heterogenitásának szükséglet-adekvát fejlesztéséhez, illetve a populációban hatékony elérési módok kidolgozásához. Az ellátási volumenre vonatkozó dilemmák megválaszolásához azonban, ezen kutatási módok alkalmazása esetén nem jutunk közelebb.

Tekintettel arra, hogy az adataink csak a megkérdezettekre lesznek érvényesek, különösen fontos, hogy a rejtőzködő droghasználók releváns csoportjait érjük el. Ehhez – éppúgy, mint bármelyik másik kutatási elem megtervezésénél – elengedhetetlen a kutatás körütekintő előkészítése, ezen belül a kutatási célok, és a célpopuláció pontos definiálása, illetve megfelelő operacionalizálása, de különös hangsúlyt kap az elérési kritériumok/módszerek pontos definiálása is. Ahhoz, hogy a célpopuláció valamilyen releváns csoportjára/csoportjaira vonatkozóan kapjunk információt, nagy jelentőséggel bír a mintaválasztás

kiindulópontjainak, illetve a mintába kerülés kritériumainak körültekintő meghatározása. Nem kevésbé fontos a mintába kerülés hatékony módjának megtalálása, hiszen ezekre a rejtőzködő csoportokra/személyekre nem könnyű rátalálni, vagy érintkezésbe lépni velük. Ezekben a kérdésekben a segítségünkre lehetnek a drogproblémával közvetlenül vagy közvetetten kapcsolatban álló helyi intézmények, illetve azok kulcsszereplőinek a tapasztalatai csakúgy, mint az szükséglet-meghatározás célterületén tevékenykedő utcai szociális munkások helyismerete és kapcsolatai.

5. táblázat: A hólabda technika ötlépes modellje

1. lépés	2. lépés	3. lépés	4. lépés	5. lépés
ELŐKÉSZÜLETEK	A TEREPELŐKÉSZÍTÉSE	A KIINDULÓ HÓLABDA	TEREPMUNKA	A MINTA KONTROLÁLLÁSA
A célpopuláció definiálása, Interjúkészítők kiválasztása	A kulcsszemélyek és csoportok azonosítása	Kiinduló interjúalany toborzása	Hólabda csatornák elindítása	Az interjúalanyok és az interjúalanyok számának kontrollálása
A KUTATÁSI TERV FOLYAMATOS FELÜL BÍRÁLATA, A MINŐSÉG KONTROLÁLÁSA				

Forrás: Kemmesies, 2000, p. 267.

II.4.2.2.A problémás droghasználók körében megjelenő kezelési igény volumenének becslése

A problémás droghasználók – azaz tartós és/vagy rendszeres és/vagy intravénás opiát- vagy amfetaminszármazék, illetve kokainhasználat, valamint politoxikománia (Scalia Tomba és mtsai, 2008) –, illetve a problémás használók valamely alcsoportjának, így az ellátórendszeren kívüli problémás használó populáció nagyságának és jellemzőinek becslése során is – mint már említettük – alapvető probléma, az alapsokaság rejtőzködő természete, melynek következtében a hagyományos statisztikai módszerekkel nem lehet becsléseket készíteni a rejtőzködő csoportok nagyságáról, populációs paramétereiről. Mindez nem jelenti azt, hogy nincs megoldása a problémának.

Az egyik leggyakrabban alkalmazott módszer a rejtőzködő populációk számának, így problémás droghasználat prevalenciájának, fogyasztási és társadalmi mintázatának becsléséhez a **fogás-visszafogás** (capture-recapture) **módszere**. A módszer lényege az, hogy a populációból véletlenszerűen kiválasztunk tagokat, majd ezt követően további véletlenszerű mintát(mintákat) veszünk a populációból, s annak alapján becsüljük a populációs paramétert – az esetek többségében az esetszámot vagy az esetek valamilyen tulajdonságát – hogy a mintában mekkora a már korábban mintába került tagoknak előfordulási aránya. A fogás-visszafogást eredetileg populációk egyedszámának a becslésére találták ki, az egyedszám-becslés alapelve szerint a populációból vett minta reprezentálja a populációt és így a jelölt egyedek aránya a mintában megegyezik a jelölt egyedek arányával a teljes populációban, amelynek a mérete ily módon becsülhető. A legegyszerűbb a fogás-visszafogás módszer modell az úgynevezett két-minta modell, a becslés ez esetben a kizárólag az ismeretlen nagyságú népesség számának meghatározására irányul. Az első minta lehetőséget ad arra, hogy „megcímkézzük” azokat, akik bírnak a keresett populációs paraméterrel. A második (az előzőtől független) mintavétel során is mintába került „megcímkézettek” száma alapján becsülhető a populáció nagysága. Ahhoz azonban hogy ezen a módon érvényes becslést lehessen készíteni, többféle feltételnek is teljesülnie kell:

- zárt populáció kritériuma: a populáció nem változik a vizsgálat során, nincs vesztesség, lemorzsolódás, aki az első mintavételnél beazonosítható volt, (mint az adott jelenség, betegség stb., hordozója) az a második mintavételnél is beazonosítható (pl. nem gyógyult meg időközben senki);
- mindegyik minta esetében minden tagnak ugyanakkora esélye kell, hogy legyen a mintába kerülésre;
- a két mintának függetlennek kell lennie egymástól, azaz az egyik mintába való bekerülés esélye ne növelje, vagy csökkentse a másik mintába való bekerülés esélyét.

A két adatforrás alkalmazásakor a leggyakoribb az egészségügyi és a rendőrségi adatok használata. A két mintás modellezés továbbfejlesztett változata az ún. k-minta modell. Ez esetben nem kettő, hanem annál több független mintából történik a becslés, melynek során a többszörös visszafogás többlet információt ad a becslési eljárásban mely alapján korrigálhatók a népesség számára vonatkozó előző becslések.

Többnyire azonban problémás az előfeltevések megléte, s emiatt általában az eredmények számos bizonytalanságot hordoznak. Mindazonáltal – bár igen nagy konfidencia intervallummal – országos szinten hazánkban is alkalmazott módszer fogás-visszafogás módszere, először a 2005-ös adatokon a két-mintás becslés történt (Elekes és Nyírády, 2006) a legutóbbi becslés pedig 2009-ben már több adatbázis alapján készült (Bozsonyi és mtsai, 2010). **A módszer helyi szükségletfelmérésben azonban további nehézségekkel kell számolnunk.**

- Egyrészt, a becslés előfeltétele, hogy a kliensekre vonatkozó egyedi adatok a szükséglet-meghatározás célterületére leválogathatók legyenek. Es sok esetben problémát jelent amiatt – hogy mint azt már a kézikönyvben is többször jeleztük – TDI adatok csak az ellátó intézmények telephelye, illetve beutalási körzete alapján lokalizálhatók.
- Szintén nehézséget jelent, hogy a becslés feltétele az egyedei szintű kábítószer-bűncselekmények adataihoz való hozzáférés.
- További bizonytalanságot visz a helyi szintű becslésekbe, hogy a kisebb területi egységekre értelmezett ellátási adatok esetében alacsony esetszámra számíthatunk.

A módszer alkalmazása során emellett számolnunk kell azzal is, hogy a becslések elvégzése, és az eredményeinek értelmezése nagy módszertani jártasságot igényel. A módszer helyi használhatóságára vonatkozóan ettől függetlenül van jó tapasztalat, az Egyesült Királyságban működő helyi DAT-ok (Drug Action Team), – melyekhez hasonló a hazai KEF rendszer – ajánlja, elsősorban az intravénás szerhasználat becslése kapcsán, ám ennek feltétele, a helyben elérhető és rendszeresen dokumentált szolgáltatás, és annak nyilvántartása (Hickman és mtsai, 2004). Azonban nem lehet eléggé hangsúlyozni az input adatok minőségének és elérhetőségének fontosságát, ami Magyarországon a lokális adatok tekintetében nem megoldott. Mindezek következtében **a fogás-visszafogás módszer egyelőre nem tartozik a helyi szükséglet-meghatározások során általunk alkalmazásra javasolt eljárások közé.**

Másik széles körben alkalmazott módszer a rejtett populációk létszámának becslésére az ún. **multiplikátor módszer** (Multiplier Methods). (Hartnoll és mtsai, 1985; Archibald és mtsai, 2001). A multiplikátor módszer egyfajta aránybecslési módszer, amely valamilyen közvetett indikátor mentén ismertté vált (pl. kezelésbe került, letartóztatott, HIV fertőzött stb.) problémás fogyasztók száma és a problémás fogyasztók ismertté válásának valószínűsége (pl. problémás fogyasztók közül kezelésbe kerülők arányát becslő kutatási adatok) alapján becsli a problémás droghasználók számát. A multiplikátor módszer nehézsége, egyrészt – az előbbieken ismertetett fogás-visszafogás módszerhez hasonlóan – hogy problémát jelenthet a célterületen élő szerhasználókra vonatkozó adatokhoz való hozzáférés, illetve hogy nagyon alacsony esetszámokat kapunk. Ezt azonban – jó esetben – bármilyen, releváns esetszámot tartalmazó, az adott

ismérv mentén teljeskörű helyi adatgyűjtés helyettesítheti. Azonban további problémát jelent, hogy a módszer alkalmazása során szükségünk van a problémás fogyasztók valamilyen regisztrált fogyasztói körben való megjelenésének, illetve a megjelenési valószínűségének a becslésére. Ennek azonban az a feltétele, hogy az ismeretlen, tehát szokásos véletlen mintavételi eljárásokkal megközelíthetetlen problémás fogyasztók körben valamilyen mintavételi technikával véletlenhez közelítő mintát sikerüljön kiválasztanunk, olyat, ahol regisztrált és nem regisztrált fogyasztók mintába kerülési esélye megegyezik. Mivel ezen kritérium teljesülésére azonban nincs garancia, így **a módszer alkalmazása nem megnyugtató.**

Végül egy olyan eljárást mutatunk be, melynek hazai alkalmazására vonatkozóan ugyan nem rendelkezünk tapasztalatokkal, mindazonáltal járható útnak tűnik a problémás droghasználat becslésére. Ez a módszer a **Respondent-driven Sampling (RDS)**, amely jellemzően a probléma becslés helyi szinten alkalmazható módszere. Meglehetősen új eljárás, első tudományos próbájára 1997-ben került sor az USA-ban, a National Institute on Drug Abuse „HIV-prevention research project targeting drug injectors in several Connecticut cities” című kutatási projektjében (Heckathorn 1997). A módszert Douglas D. Heckathorn dolgozta ki. Lényege, hogy szemben más networking mintavételi módszerekkel, a mintában kerülés megfelelő módon irányított. A hólabdához hasonlóan itt is a minta egyes tagjai vonják be a kutatásba a másik tagot, ám itt limitált a bevonható új tagok száma, és az elemzés során a tagok kapcsolathálója alapján kerül súlyozásra majd becslésre a populációs paraméter. Az RDS minta lényege tehát, hogy a populációs paramétert nem közvetlenül a mintából becsüljük, hanem a mintán belüli kapcsolati hálóból.¹⁹

Szemben a fentiekben bemutatott, különböző statisztikai regisztrátumok lokális értelmezhetőségét és megjelenítését kívánó eljárásokkal, az RDS alkalmazásának nincs külső adatbázis igénye. Alkalmazásának feltétele a helyi szakemberek felkészítése a mintavételi eljárás megfelelő alkalmazására, és az adatfeldolgozást végzők megfelelő matematikai jártassága.

II.4.3. A rejtőzködő populáció feltérképezésére irányuló vizsgálatok során alkalmazni javasolt kérdéskörök, ill. standard battériák

Tekintettel arra, hogy a kezelésben lévő kliensek szükségleteinek meghatározása során alkalmazásra javasolt mérőeszközök kiválasztásánál ez ellátórendszerben lévő, és ellátórendszeren kívüli szerhasználó csoportok szükségleteinek egymásra vonatkozhatóságát tartottunk szem előtt, így az ott a kliens szükségletek vizsgálat során bemutatott mérőeszközök, és kérdéssorok alkalmazását javasoljuk a rejtőzködő populáció feltérképezésére irányuló vizsgálatok során is, kiegészítve azokat a TDI kérdőív kérdéseivel. A vizsgált témakörök tehát a következők:

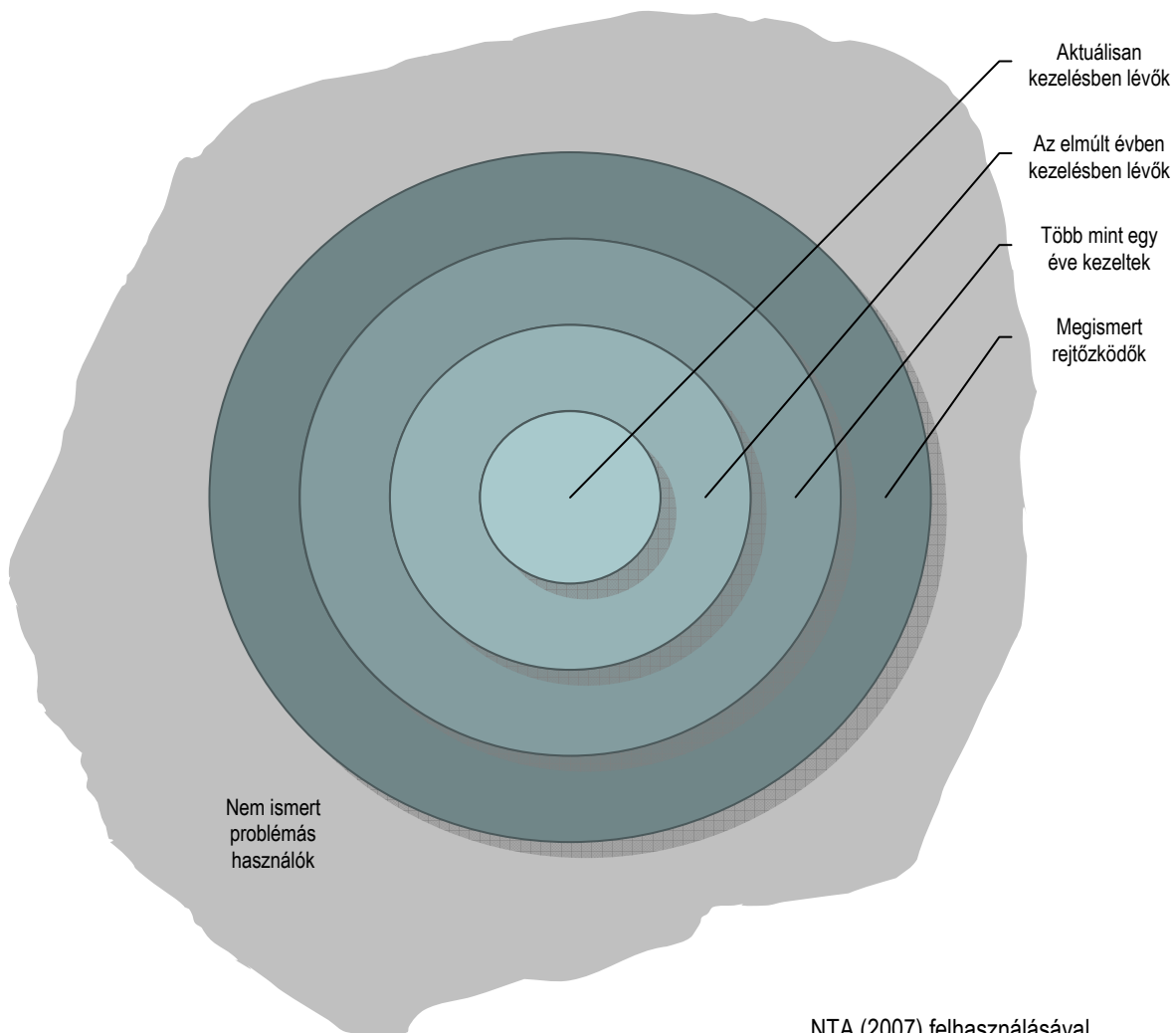
- a TDI kérdőív (szocio-demográfiai adatok, szerhasználati adatok, kezelésre vonatkozó adatok – TDI-adatoknál részletesebben)
- az addikció súlyosságának valamelyik (a kezelésbe lévő kliensek körében alkalmazottal megegyező) rövid szűrőkérdőíve
- az alkoholhasználat zavarainak szűrőtesztje
- egyéb kockázati magatartásokra vonatkozó kérdések
- észlelt szükségletek
- kezelési szándék megjelenésének területei.

¹⁹ A települési vagy kisebb más lokális közösségeken belüli RDS mintán alapuló rejtett populációs becslések készítésének matematikai-statisztikai támogatására a Cornell Egyetemen készült egy speciális becslő szoftver is, Respondent Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) néven, mely elérhető az egyetem honlapján.

II.5. A különböző vizsgálati elemek szintézisének egy módja: a céltábla modell

A különböző statisztikai regisztrátumok, és egyéb meglévő adatok valamint a saját adatfelvételekből származó információk összesítésének, értelmezésének, egyfajta jól átlátható, grafikus összefoglalására ad lehetőséget a céltábla modell. Ez az ábrázolásmód szemléletesen tudja megjeleníteni a különböző populációk valamilyen szempont szerinti egymásra épülését. Az egyes körökön kifelé haladva, az ott elhelyezkedő csoportoknak növekszik az ellátórendszerrel való távolsága. Az alábbi (3. számú) ábra egy olyan szükséglet-meghatározási folyamat eredményét szemlélteti, ahol ismert az aktuálisan kezelésben lévők száma, tudunk a korábban kezelt kliensekről (ismert az ellátórendszerből való kilépés évszáma), ugyanakkor a rejtőzködő populáció nagyságát nem ismerjük, azonban a rejtőzködő populáció bizonyos szegmenseiben készült szükségletfelmérés.

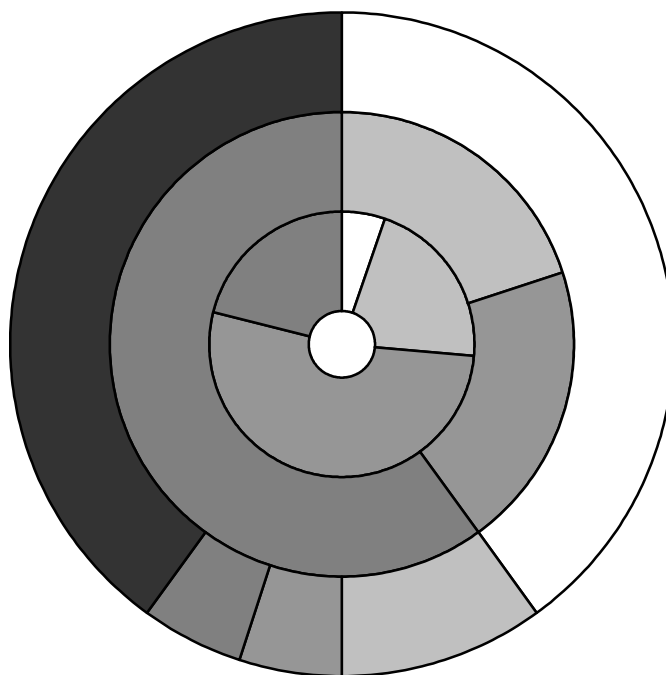
3. ábra: ábra. Az ellátórendszer és a drogfogyasztók kapcsolatának ábrázolása: a céltábla-módszerrel.



NTA (2007) felhasználásával

A céltábla módszerrel azonban nem csak a különböző szerhasználó csoportok egymásra épülését, illetve az ellátórendszerrel való távolságát tudjuk szemléltetni, hanem az egyes a csoportoknak különböző – az ellátórendszerrel való kapcsolatuk/szükséglet kielégítettségük szempontjából lényeges – dimenziók mentén megmutató különbözőségeit is. Például azt, hogy milyen tulajdonságokkal rendelkező kliensek ellátására alkalmas a jelenlegi ellátórendszer, milyenek az aktuálisan kezelésben lévő kliensek, és ehhez képest miben és mennyiben térnek el az ellátásból kikerült, illetve a kezelési szükségletekkel rendelkező, de az ellátórendszer sugarán kívül maradt csoportok tagjainak jellemzői. Az alábbi (4. számú) ábra erre mutat egy fiktív példát. A koncentrikus körök az előző ábrához hasonlóan itt is az ellátórendszerrel való távolságot szemléltetik (3 kategória: kezelésben lévő – korábban kezelt – soha nem kezelt), a színek pedig a korcsoportokat (5 korcsoport, fehér: legfiatalabb; fekete: legidősebb). Láthatjuk, hogy az ellátórendszerben a szélső korcsoportba tartozók nem, vagy csak nagyon kis arányban jelennek meg aktuálisan, s korábban is ez volt a jellemző. Azonban ennek nem az az oka, hogy ezekben a korcsoportokban nincs problémás droghasználat, s kezelési igény, mert a problémás droghasználók körében készült becslésünk szerint (ez esetben a kezelésen kívüli populáció nagyságára vonatkozó becslés is történt, ezért nem határozatlan a körvonala a külső gyűrűnek) viszont éppen ez a két szélső csoport az, akik leginkább megjelenik abban a populációban, amely nem talál utat az ellátórendszerhez.

4. ábra: ábra. Az ellátórendszerrel különböző távolságra lévő drogfogyasztó csoportok korösszetétele



A céltábla modell persze csak egy szemléltető eszköz. Azt szemlélteti, hogy az szükségletfelmérés során különböző populációkra vonatkozóan összegyűjtött adatok egymásra reflektáló értelmezése elengedhetetlen a hiányzó láncszemek megtalálásához, a kezelésből kieső, vagy ellátatlan csoportok sajátosságainak megismeréséhez. Egyrészt azért, mert különböző populációk vonatkozásában kapott adatok egymás tükrében nyernek értelmet. Másrészt pedig azért, mert a helyi szükségletek becslése során sem feledkezhetünk meg arról, hogy a társadalmi jelenségek megismerése nem könnyű feladat, a jelenségek értelmezésének sokféle nézőpontja van, s minden jelzés, minden mutató hordozza valamilyen módon a jelenség valamelyik olvasatát.

III. FÜGGELÉK

III.1.1.1.Táblázat: Ellenőrző lista szükséglet-meghatározási folyamat elvégzéséhez

Határozzuk meg a felügyelő bizottság és szakértői csoport kulcsszereplőit, akik részt vesznek a szükséglet-meghatározási folyamatban
Tegyük egyértelművé és nyilvánossá a szükséglet-meghatározási folyamat célját és egyes lépéseit a szolgáltatást nyújtók körében.
Gyűjtsük össze a már meglévő információforrásokat, amelyek a célpopuláció szükségletei szempontjából relevánsnak tekinthetők. Gondoljuk át, hogy ezek az információk mit is árulnak el a cél csoport szükségleteiről.
Határozzuk meg a szükséglet-felmérési folyamat szempontjából releváns cél populációt.
Határozzuk meg, hogy milyen általános megközelítést alkalmazunk a szükséglet-meghatározási folyamat során.
Gondoljuk át, hogy milyen technikák segítségével fogjuk megismerni a célcsoport véleményét, a célcsoport szükségleteit, s hogy milyen etikai szempontok mérlegelése szükséges?
Gondoljuk át, hogy milyen technikák segítségével fogjuk megismerni a szolgáltatások nyújtóinak véleményét a célcsoport szükségleteivel összefüggésben. Gondoljuk át, hogy az amúgy roppant elfoglalt gyakorlatban dolgozó szakembereket miként tudjuk érdekeltté tenni ebben a folyamatban?
Becsüljük meg a feladat költségigényét és azonosítsuk az ezt biztosító forrásokat.
Jelöljük ki a konkrét személyeket, akik a szükséglet-meghatározási folyamat során az információk/adatok összegyűjtését elvégzik. Fordítsunk figyelmet arra is, hogy a helyi szakértők rendelkeznek-e elegendő módszertani felkészültséggel a feladat elvégzéséhez, illetve, hogy milyen jellegű szakértelmet kell beszerezni esetleg a "piacról".
Azonosítsuk azokat a szolgáltatásokat, amelyek az adott földrajzi területen már jelenleg is léteznek. Vizsgáljuk meg, melyek a célcsoportnak azok a szükségletei, amelyek már most is lefedettek. Tárjuk fel, hogy ezen szolgáltatások kapacitása mekkora, hozzáférhetőségük milyen?
Biztosítsuk, hogy a begyűjtött információk megfelelőképpen kerülnek feldolgozásra, értelmezésre, valamint, hogy érdemi következtetések kerülnek megfogalmazásra. Alakítsunk ki eljárásrendet arra vonatkozólag, hogy a z információk összegyűjtésében részt vevők hozzá tudjanak járulni az értelmezési folyamathoz.

Forrás: Griesbach, Hopkins, Russell and Rich (2004)

IV. FELHASZNÁLT IRODALOM

Adamson SJ, Sellman JD. 2003. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev* 2003, 22:309-315.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. 1997. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.

Archibald C.P. et al. 2001 Estimating the size of hard-to-reach populations: a novel method using HIV testing data compared to other methods, *AIDS*, 15 (suppl3): S41-S48

Aszmann A. (szerk) 2003. Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Nemzeti Jelentés, 2002. OGYEI, Budapest.

Babbie E. 1999. A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest.

Bradshaw, J., 1972. The Concept of Social Need, *New Society*, p. 640-643.

Coleman, J. S. (1958). Relational analysis: The study of social organization with survey methods. *Human Organization*, 17:28-36.

Currie C. et al (eds.) 2004. Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie C. et al (eds) 2008. Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Demetrovics Zs. 2001. Droghatózással kapcsolatos vizsgálatok 2000-ben. In: Ritter I. (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. ISM, Budapest, 70–90.

Demetrovics, Zs. 2010. Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában *Orvosi Pszichológia* (megjelenés alatt)

Elekes Zs. 2009: Egy változó kor változó ifjúsága. *Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. L'Harmattan, Budapest.

Elekes Zs., Nyírády A. 2006. A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése. *Kutatási beszámoló, Kézirat*.

Elekes Zs., Paksi B. 1996. A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása. *Népjóléti Minisztérium*, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. 2000. *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISMertető 8. ISM, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. 2003a. *The ESPAD 2003 Country Report – Hungary*. Kézirat.

Elekes Zs., Paksi B. 2003b. *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. *Kutatási beszámoló, NKFP*.

EMCDDA 1996. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, 1995, EMCDDA, Lisbon, Portugal.

EMCDDA 1997. Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union, EMCDDA. Lisbon. Portugal.

EMCDDA 1999. Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal.

EMCDDA 2002. Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project

EMCDDA 2000: Scientific Report. Treatment demand indicator Standard protocol 2.0. EMCDDA, Pempidou Group, Brüsszel.

EMCDDA 2009: An overview of the treatment demand key indicator (TDI). EMCDDA, Lisszabon.

Felvinczi K. és Nyírády A. (szerk). 2009. *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest,

Gerevich, J., Bácskai, E., Kó, J., Rózsa, S. 2001. Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(3), 292–307.

Gerevich, J.; Bácskai, E.; Rózsa S. 2006. A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21(1): 45-56.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.

Griesbach, D., Hopkins, V., Russell, P., Rich, Ch. 2004. Needs Assessment: A Practical Guide to Assessing Local Needs for Services for Drug Users, Effective Interventions Unit Substance Misuse Division, Scottish Executive

Goodman, L. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1):148-170.

Hartnoll R, Lewis R, Mitcheson M & Bryer S. (1985): Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet* 1985; i: 203-5.

Hartnoll, R. 1998. Epidemiological Key-Indicators. Epidemiological Department, EMCDDA, Lisbon

Heckathorn D. 1997. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44:174–199.

Hibell B., Andersson B. 1994. Project Plan - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. The ESPAD project. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. 1997. The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. 2000. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. 2004. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. (2009): The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden.

Jelentés 2001. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISM, Budapest.

Jelentés 2002. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. GYISM, Budapest.

Jelentés 2003. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. GYISM, Budapest.

Jelentés 2004. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. GYISM, Budapest.

Jelentés 2005. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ICsSzEM, Budapest.

Jelentés 2006. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ICsSzEM, Budapest.

Jelentés 2007. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. SzMM, Budapest.

Jelentés 2008. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. SzMM, Budapest.

Jelentés 2009. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. SzMM, Budapest.

Johnston L., Driessen F., Kokkevi A. 1994. Surveying Student Drug Misuse: A six-country pilot study. Council of Europe. Strasbourg. France.

Kemmesies U. (2000): How to reach unknown: the snowball sampling technigue. In: Fountain J, Hartnoll R., Olszewski D., Vicente J., Greenwood G., Robertson K., szerk (2000): *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 4., Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, pp.265-271.

Kokkevi A., Stefanis C.N. 1994. Licit and illicit drug use in Greece: trends in general al school population. University Mental Health Research Institute, Athens.

Kun B., Felvinczi K., Posta J., Fehér R. 2010. Munkatervi segédlet a helyi szükséglet-felmérés lebonyolításához. Kézirat.

Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonigg, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E., Pfister, H. 1997. Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Substance use sections. *European Addiction Research*

Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., and Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207

Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12(4): p. 233-242.

Márványkövi F, Rácz J 2005: Alacsony-küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. *Addiktológia*, 4, 431-459

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., Druley, K. A., O'Brien, C. P. 1980. An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26–33.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.

- McMurtry S. L., Hudson W.H. 2000. The Client Satisfaction Inventory: Results of an Initial Validation Study In: *Research on Social Work Practice*, Vol. 10 No. 5, September 2000 644-663.
- Menard S., Huizinga D. 1989. Age, period, cohort size effects on self reported alcohol, marijuana and poly drug use: results from the National Youth Survey. *Social Science Research*, 18. 174–194.
- Németh Á. 2007 (szerk) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Nemzeti jelentés, 2006. OGYEI, Budapest.
- NTA, 2007: *Needs assessment guidance for adult drug treatment*. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007
- Paksi B. 2003. *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Szakmai forrás sorozat 4., L'Harmattan, Budapest.
- Paksi B. 2007a. A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: *Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai I.*, Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (229-253)
- Paksi B. 2007b. A magyar társadalom drogérzékenysége. In: *Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai I.* Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (256-294)
- Paksi B. 2008a. Drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: *Sebestyén E., Sós I., Hábencius J. (szerk) Kézikönyv a kábítószerügyi egyeztető fórumok számára*. Elméleti segédanyagok. NDI. Budapest, 2008. (1-23)
- Paksi B. 2008b. Nem iskolai szintűen megjelenő prevenció programok feltérképezése. *Kutatási Beszámoló, SzMM*
- Paksi B., Arnold P. 2010. A projekt célterületén jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai, és a projekttel szembeni igényei. Kézirat. www.madaszsz.hu
- Paksi B., Demetrovics Zs. 2002. A prevenció gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenció programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest, 2002.
- Paksi B., Demetrovics Zs. 2003. *Budapesti Drogprevenció Adattár*. CD. ISM, Budapest. 2003.
- Paksi B., Demetrovics Zs. 2005. *Országos Drogprevenció Adattár*. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Paksi B. Demetrovics (szerk) 2010. *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. L'Harmattan, Budapest, Megjelenés alatt.
- Paksi B., Elekes Zs. 2004. A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. *MAT V. Országos Kongresszusa*. Balatonfüred, 2004. október 21–23.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. 2006. A magyarországi iskolai drogprevenció programok jellemzői. *Addiktológia*, 1-2. (5-36)
- Piontek, D., Kraus, L., Klempova, D. 2008 Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, p. 25.
- Pompidou Group 1995. Population survey in epidemiological research on drug use in Europe: Core Items and methodological aspects. 23rd Meeting of experts in Epidemiology of drug problems. Strasbourg, 9–10 November.
- Rácz J. 2006. *Kvalitatív drogkutatások*. L'Harmattan, Budapest.

- Rácz J. 2009. A drogbetegek ellátása. In: Felvinczi K és Nyírády A (szerk.): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 189-232.
- Rácz J, Pogány Cs és Máthé-Árvay N. 2000. Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57,4:587-603.
- Rácz J., Kun B., és Posta J., 2010: A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása, Módszertani tanulmány, Kézirat
- Rácz, J., Melles, K., Márványkövi, F., Vadász, V. 2009: A magyarországi metadonfenntartó programok monitorozása és értékelése szakértői vélemények és kezelésbe bevont kliensekkel felvett kérdőívek alapján. Kézirat.
- Rácz J, Melles K, Márványkövi F, és Lencse M, 2008. A „büntetés helyett kezelés” elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. *Orvosi Hetilap*, 149, 13: 601–607
- Rudas T. 2006. Közvélemény-kutatás. Corvina Kiadó, Budapest.
- Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. 1991. Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1991 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over. Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.
- Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. 1995. Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over. Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.
- Saunders, J.B.; Aasland, O.G.; Babor, T.F.; De La Fuente, J.R.; Grant, M. 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. Vol 88(6) Jun 1993, 791-804.
- Scalia Tomba GP, Rossi C, Taylor C, Klempova D, Wiessing L. (2008) Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use. EMCDDA, Lisbon.
- Sebestyén E., Sós I., Hábcencius J. (szerk). 2008. Kézikönyv a kábítószerügyi egyeztető fórumok számára. Elméleti segédanyagok. NDI. Budapest, 2008.
- Spreen, Marinus 1992. Rare populations, hidden populations, and link-tracing designs: what and why? *Bulletin de Methodologie Sociologique*, 36, 34-58.
- Topolánszky Á., Felvinczi K., Paksi B., Arnold P. 2009: Drogheterápiás Intézetek körében végzett kutatás főbb megállapításai. KEF Országos Konferencia, Budapest, 2009.december 08.
- Trautmann F., Burrows D. (2000): Conditions for the effective use of rapid assessment and response methods. *International Journal of Drug Policy* 2000 1-2 11, 59-61
- Vitrai J., Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyüs M., Szilágyi J., Tistyán L. (2010): Büntetés helyett. A büntetőeljárás alternatívájaként működő elterelés értékelése. L'Harmattan
- Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., Rush, B. 2000 International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders. WHO, UNDCP, EMCDDA, Genf

V. AJÁNLOTT IRODALOM

Griesbach, D., Hopkins, V., Russell, P., Rich, Ch. Needs Assessment: A Practical Guide to Assessing Local Needs for Services for Drug Users , Effective Interventions Unit Substance Misuse Division, Scottish Executive, 2004. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/01/18783/32031>

Needs assessment guidance for adult drug treatment. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007. <http://www.drugscope.org.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=773815CC-B752-425D-A9CD-CFD12ACC7AD0&mode=link&guid=2f1c6e38417b4d439627acd2bcd63383>

EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use, EMCDDA, 2004. (Magyar kiadás: Horváth G. Cs. (szerk.) 2007: Problémás Kábítószer-fogyasztás kulcsindikátor. Módszertani leírás a problémás becslési módszerekről. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2007. <http://www.drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=78>)

Sebestyén E., Sós I., Hábencius J. (szerk). Kézikönyv a kábítószerügyi egyeztető fórumok számára. Elméleti segédanyagok. NDI. Budapest, 2008.

Rácz J. Kvalitatív drogkutatások. L'Harmattan, Budapest. 2006.

Babbie E. A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest, 1999.