

# Módszertani segédanyag a helyi szükséglet-meghatározás kidolgozásához

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

## Szerzők:

Domokos Tamás  
Fábián Róbert  
Horváth Gergely Csaba  
Márványkövi Ferenc  
Mervó Barbara  
Nádas Eszter  
Rácz József

## Szerkesztette:

Rácz József, Felvinczi Katalin és Kun Bernadette

Budapest, 2010



## Tartalomjegyzék

|   |    |
|---|----|
| <i>Bevezetés</i> .....  | 3  |
| <i>I. Az egészségügyi és pszichoszociális szükséglet-meghatározás</i> .....   | 5  |
| <i>II. A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások</i> ..... | 14 |
| <i>III. A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás</i> .....                                     | 20 |
| <i>IV. Szükségletfelmérés a KEF-ek gyakorlatában</i> .....  | 26 |
| <i>V. A kezelésbe kerülők és a kezelésben lévők szükséglet-meghatározására használt eljárások és eszközök</i> .....   | 31 |
| <i>VI. Az egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök</i> .....  | 37 |
| <i>VII. Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök</i> .....   | 43 |
| <i>VIII. A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, illetve a nehezen elérhető vulnérabilis csoportok) szükséglet-meghatározása</i> .....                        | 52 |

## Bevezetés

Az Országgyűlés 2009. december 15-én elfogadta az új drogstratégiáról szóló, kormány által benyújtott általános indítványt. A 2010 és 2018 között, kilencéves időtartamra vonatkozó „Nemzeti stratégia a kábítószerprobléma kezelésére” című dokumentum „Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés” pillérének egyik legfontosabb célkitűzése, hogy *kliensszükségletekhez illeszkedő átfogó, területi lefedettséget biztosító intézményrendszer alakuljon ki*, amely rendszerszerűen működik, és a veszélyeztetett és a speciális szükségletű csoportok tagjai számára is megfelelő ellátási formákat biztosít. Ezért kiemelt fontosságú, hogy az ellátási, szolgáltatási területeken a „kezelési spektrum” megfelelő kapacitással teljes körűen kiépüljön. Ezt a célt azonban csak, összehangolt addiktológiai ellátások kialakításával, s ehhez elengedhetetlen szociális és egészségügyi ellátások közötti összehangolt működés feltételeinek megteremtésével érhetjük el.

A *„Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása”* című TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt keretében lehetőségünk nyílik arra, hogy az új nemzeti drogstratégia kezelés, ellátás és ártalomcsökkentés területére vonatkozó célkiűzéseinek megvalósulásához hozzájáruljunk. Az öt fő pillérből álló kiemelt projekt egyik eleme *„A kábítószer-problémával küzdők és problémás szerhasználók helyi szinten összehangolt, vagy integrált ellátási modelljeinek kialakítása, a központi és helyi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése és fejlesztése”* címet viseli. A 2009. december 1. és 2011. november 30. között megvalósuló, kétéves projekt keretében számos szakmai fejlesztés előmozdítása történik meg. A kiemelt projekt kábítószer-ügyi pillére a kereslet-csökkentési tevékenység helyi megvalósulását kívánja támogatni, képessé kívánja tenni a helyben tevékenykedő, a szolgáltatások biztosításáért felelősséggel bíró szereplőket (elsősorban önkormányzati, kistérségi döntéshozókat, a kezelés-ellátás területén dolgozó szakembereket) a szükségletek, a szolgáltatás-spektrum hiányosságainak azonosítására, a szolgáltatás-spektrum bővítésének megtervezésére és a fejlesztés hatékony megvalósítására (beleértve a fenntarthatóság megtervezését is). További célja a projektnek modell-program keretében támogatni a fejlesztési feladatok helyi szintű megvalósítását, valamint képessé tenni a nemzeti szintű szereplőket (pl. NDI, kábítószerügyi koordináció) a helyi fejlesztési feladatok és a helyi szolgáltatás-értékelés támogatására (minőségügyi rendszer, értékelési módszertan), a jövőbeni fejlesztések realizisztikus tervezésére.

A kiemelt projekt kábítószer-ügyi pillérének keretében első lépésként a **„helyi szükséglet-meghatározási és szolgáltató-háló értékelési rendszer kialakítását”** kezdjük meg. Ezen feladat megvalósításának alapjaként szolgált egy olyan nemzetközi és hazai szakmai áttekintés, amely iránymutatást adhat a helyi szakemberek számára a tekintetben, hogy melyek a szükséglet-meghatározás legfontosabb ismérvei, milyen elvek mentén és milyen eszközök segítségével valósíthatjuk meg a szükséglet-meghatározást a kábítószer-ügy területén. Ezen hazai és nemzetközi szakirodalmi összefoglaló tanulmánynak elkészült egy rövidebb és egy részletesebb verziója is: a területen jártas szerzők célja az volt, hogy egy rövidebb áttekintést nyújtó dokumentum mellett a szakemberek számára rendelkezésre álljon egy olyan, részletekben gazdag tudástár, amely akár konkrét eszközök kiválasztását tegye lehetővé, azok előnyeinek és hátrányainak bemutatásával, alkalmazásukhoz szükséges

feltételek és a használatukból származó szakmai előnyök ismertetésével. Jelen módszertani segédanyag kifejezetten azon együttműködő partnereink számára született meg, akik a 2010. május 12-13-án a TÁMOP 5.4.1/08/1. projekt keretében megrendezésre kerülő, kétnapos szakmai felkészítésen részt vesznek. A program célja, hogy előadásokon és műhelybeszélgetéseken keresztül készítse fel az addiktológiai ellátás területén tevékenykedő szakembereket a helyi szükséglet-felmérésre. Fontosnak tartjuk, hogy a kétnapos felkészítésen elhangzottak mellett a résztvevők számára rendelkezésére álljon egy olyan módszertani útmutató, amely a felkészítésen elhangzottak mellett további kiindulópontot kínálhat a helyi felmérésekben. Ezen módszertani segédanyagnak fontos előzménye tehát a fentebb említett „rövid” és „hosszú” tanulmány. Szakértőink ezen dokumentumokat vették alapul ahhoz, hogy a felkészítésen résztvevő személyek a szükséglet-meghatározás módszertanának egy a legfontosabb információkat tartalmazó, de lényegre törő és gyakorlatias összegzését kapják. Mindazonáltal úgy véljük, a három tanulmányt érdemes együtt használni: jelen képzési anyag jó kiindulást, orientációs pontot szolgál, a rövid tanulmány részletesen bemutatja a legfontosabb módszerek jellemzőit, végül a hosszú tanulmány minden olyan gyakorlati szempontot és konkrét módszert is magába foglal, amelyeket a két rövidebb tanulmány nem tartalmazhatott. A két, eltérő terjedelmű összefoglalót is elérhetővé tesszük a szakmai felkészítésen résztvevő szakemberek számára: elektronikus formában CD-lemezen található meg őket, s a későbbiekben a TÁMOP 5.4.1/08/1 projekt honlapján és olvashatók lesznek.

Jelen módszertani segédanyagban törekszünk arra, hogy a három tanulmány kapcsolódási pontjait megteremtsük. Ahol a szerzők fontosnak érezték, utaltak arra, hogy a „rövid” és „hosszú” tanulmányokban hol található meg az adott témakör részletesebb kifejtését. Reméljük, ezzel a háromszintű tudástárral magunk is együttműködő partnereink különböző szükségleteihez tudunk igazodni aszerint, hogy aktuálisan, a szükséglet-meghatározás szempontjából milyen típusú és mélységű módszertani útmutatóra van szükség.

## ***1. Az egészségügyi és pszichoszociális szükséglet-meghatározás***

### ***1. A szükséglet-meghatározás helye a kábítószer-problémával küzdők és problémás szerhasználók helyi szinten összehangolt és integrált ellátási modelljében***

Az egészségügyi és pszichoszociális szükséglet-meghatározás olyan *szisztematikus eljárás*, amely során *azonosítjuk* egy populáció kielégítetlen, az egészségi állapottal és az egészségügyi és pszichoszociális ellátással kapcsolatos szükségleteit (függetlenül attól, hogy kezelésben vannak vagy még kerültek be az ellátórendszerbe); majd olyan *változtatásokat* tervezünk meg, melyekkel ezek a szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők. Ilyen módon a szükséglet-meghatározás szoros kapcsolatban áll az ellátás-szervezéssel, annak az első lépését jelenti. Részletesebben a szükségletek típusairól: rövid tanulmány 9. o., a droghasználó csoportok szükségleteiről pedig – a nemzeti stratégia tükrében – a 10-11.o.-on olvashatnak!

### ***2. A szükséglet-meghatározás célja***

A szükséglet-meghatározás célja esetünkben a droghasználó csoportok és személyek azonosítása, egészségügyi és szociális szükségleteik feltárása, majd ezek összevetése a jelenlegi intézményrendszer nyújtotta lehetőségekkel. Az említett szerhasználók lehetnek éppen az ellátórendszerben is, vagy azon kívül, de előbbi esetben is lehetnek olyan szükségleteik, amelyeket az ellátórendszer – annak adott intézménye – nem tud kielégíteni. Pl. egy szerhasználó ambuláns kezelésben vesz részt (egészségügyi, pszichológiai szükségleteit az ambulancia kielégíti), de pl. a lakhatással vagy a munkaerőpiaci elhelyezkedéssel kapcsolatos szükségleteit nem. Ezek kielégítetlen szükségletként jelennek meg. A TÁMOP 5.4.1. projekt keretében megvalósuló ellátásszervezés révén – elsősorban az egészségügyi és a szociális szolgáltatások integrációja segítségével – ezeket a szükségleteket is ki tudjuk elégíteni (pl. akár a drogambulancián nyújtott szociális szolgáltatással, akár a drogambulancia és egy szociális ellátó szoros együttműködése révén megvalósuló integráción keresztül).

A drogstratégia prioritásai között a szükségletekkel kapcsolatban a következő megfogalmazásokat találjuk:

*„A vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés (kockázaticsoport-orientált megközelítés, mely a sebezhetőségre, a populációs veszélyeztetettségre és kockázatokra teszi a hangsúlyt) (...) Ennek érvényesülése során a politika az egyes helyzetek, jelenségek értékelése során gondosan mérlegeli az egyéni és közösségi sebezhetőséget, valamint a kockázatokat, beleértve ebbe a beavatkozási alternatívák által okozott előnyök és hátrányok mérlegelését is.”*

*„A szeveritás (esetsúlyosság) elve elsősorban a kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés területén alkalmazható, kiterjesztése értelmezhető a megelőzésben (különösképpen a célzott prevenció eszközeivel), valamint a kínálatcsökkentés vetületében is. Lényege, hogy*

beavatkozásainkat az életet veszélyeztető legnagyobb kockázat elhárítása felől indulva kell terveznünk a kisebb kockázatú állapotok ellátása irányába.”

„A fenntarthatóság és hatékonyság szempontja szintén a forráshiányos tervezéssel van összefüggésben, és két alapelvet egyesít. Az egyik, hogy jobb helyzetet kell továbbadnunk, mint amilyet átvettünk, de legalább fenn kell tartanunk azt. A másik, hogy kevés forrásunkat a hosszú távú tervezés szolgálatába kell állítanunk és meg kell vizsgálnunk, hogy a felhasznált források hol és milyen módon eredményezik a lehető legnagyobb hasznot (pl. egészségnyereséget) rövid, közép- és hosszú távon.”

### 3. Alapfogalmak

**Szükséglet:** a „normális” egészségi és pszichoszociális állapottól eltérően észlelt egyéni variációk, amelyekkel kapcsolatban az egyén segítséget kereshet, hogy a „normálistól” eltérő állapotát „helyreállítsa”. Sok esetben azonban ez a segítséget kereső lépés elmarad: a szakemberek feladata, hogyan lehet motiválni erre a lépésre a szerhasználót. A szükséglet fogalma alatt értjük még a szakemberek által meghatározott hiányállapotokat vagy problémákat, amelyekkel kapcsolatban valamilyen intervencióval kívánnak végrehajtani.

**Szükséglet-meghatározás:** az egészségügyi és pszichoszociális szükséglet-meghatározás olyan *szisztematikus eljárás, olyan stratégiai folyamat, amely során azonosítjuk egy populáció kielégítetlen, az egészségi állapottal és az egészségügyi és pszichoszociális ellátással kapcsolatos szükségleteit; majd olyan változtatásokat tervezünk meg, melyekkel ezek a szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők.* Ilyen módon a szükséglet-meghatározás szoros kapcsolatban áll az ellátás-szervezéssel, annak az első lépését jelenti. A szükséglet-meghatározás ilyen definíciójával elkerülhetők az olyan, parttalan vita felé vezető irányok, hogy a droghasználó „szükséglete” a drog.

**Hiányanalízis:** A hiányanalízist a szakértői munkacsoport végzi, a szükséglet-meghatározási folyamatban feltárt szükségletek, illetve az ellátórendszer jellemzői, pontosabban e kettő megfeleltetése révén. A hiányanalízis annál pontosabban végezhető el, minél inkább egy földrajzi területre koncentrálunk, és a droghasználók összetett populációját több, kisebb célcsoportra bontjuk, amelyeknek speciális szükségleteit a következők szerint osztályozzuk.

### 4. Miért kell nekünk a szükséglet-meghatározás?

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

- azonosítja a célpopuláció szükségleteit egy adott földrajzi területen;
- a szükségletek prioritását állítja fel annak érdekében, hogy jobban lehessen a helyi szolgáltatásokat tervezni vagy a forrásokat hatékonyabban hozzárendelni a szolgáltatásokhoz;

- megvalósíthatósági tervet készíthetünk, amely tartalmazza, hogy az azonosított szükségleteket milyen módon fedjük le szolgáltatásokkal;
- a szükséglet-meghatározás eredménye, hogy a droghasználók és hozzátartozóik felmért szükségletei kielégülnek, vagy hatékonyabban elégülnek ki. Ahol erre szükség van, a segítők igényeit is figyelembe vesszük az ellátás-tervezési folyamatban;
- a szükséglet-meghatározás nyomán megvalósuló szolgáltatásfejlesztés, illetve szolgáltatáskoordináció révén elérhetjük, hogy a droghasználókat célzó beavatkozások preventív-hangsúlyúak legyenek és megvalósítsuk a megfelelő egyensúlyt a prevenció, az ártalomcsökkentés, az egészségügyi és pszichoszociális kezelés és a szociális ellátások között.

## 5. A szükséglet-meghatározás módszere

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 (beleérve a drogstratégia által körülhatárolt vulnerábilis 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?

A szükséglet-meghatározás lefolytatásának további összetevőiről lásd: rövid tanulmány 14.o.-tól!

Milyen előnyei vannak a szükséglet-meghatározásnak?

*A prevenció hangsúlyozása:* a prevenciós spektrum olyan fogalom, amely már a szükséglet-meghatározásnál figyelembe veszi a szükségletek érdekében mozgósítható prevenciós apparátusokat, a szak- és közpolitikákat, az egyes szervezetek megelőző és korai kezelésbe vevő munkáját, a multidiszciplináris team-ek jelentőségét.

*Az egészségügyi és pszichoszociális egyenlőtlenségek csökkentése:* már a szükséglet-meghatározásban figyelhetünk az eltérő szociodemográfiai, szociokulturális helyzetű csoportok, kisebbségek egészségi állapottal és az egészségügyi ellátórendszerhez történő hozzáférésükkel kapcsolatos egyenlőtlenségekre.

*Az egyes egészségügyi és pszichoszociális állapotok kölcsönhatásának megértése:* a droghasználat előidézésében számos, már akár a gyermekkorban megjelenő kockázati tényező játszik szerepet. Ezeket mint indikátorokat tekinthetjük a későbbi droghasználat szempontjából, és törekedhetünk ezeknek az állapotoknak a kompenzálására a protektív tényezők erősítésével. A szükséglet-meghatározásban ezek az indikátorok szerepet kaphatnak, elősegítve a preventív megközelítést, valamint növelve a közösség érzékenységét e témakörök és a droghasználat közötti kapcsolat vonatkozásában.

**Stakeholderek:** a szükséglet-meghatározás lehetővé teszi, hogy a közösség meghatározó szereplőit – a stakeholdereket – bevonjuk az ellátásszervezésbe, nemcsak a „hagyományos” egészségügyi szereplőket!

### A szükséglet-meghatározás összetevői

A szükséglet-meghatározás folyamata a következő elemekből áll:

- *helyi folyamatot* kell létrehozni, amely a meghatározás hajtóereje, ennek motorja a helyi szakértői munkacsoport, ami a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) bázisán jöhet létre
- a hozzáférhető *irodalom és adatok*, kutatások áttekintése annak érdekében, hogy a szükséglet-meghatározás kulcskérdéseit meghatározzuk – kiegészítve a helyi partnerség szereplőinek bevonásával. Itt látjuk, hogy a szükséglet-meghatározás két irányzata között lehetséges az együttműködés!
- *szolgáltatás-térkép* elkészítése, valamint a *kliens-profil* meghatározása
- az *ellátórendszeren kívüli szerhasználói csoportok* szükségleteinek és ártalmainak meghatározása - figyelemmel e populáció tagjainak véleményére
- e szükségletek értelmezése: ez már a *szakértői csoport* bevonásával történik, az értelmezés a következtetésekhez – a szolgáltatásfejlesztéshez – vezet
- *értékelés és prioritás. Hiányanalízis:* a jelenleg működő és a kívánatos szolgáltatások közötti hiányok azonosítása; e hiányok (és a mögöttük álló szükségletek) prioritási listája
- *ellátási terv* készítése, majd ennek végrehajtása, a szükséges forrásallokációval együtt.

1. ábra. A szükséglet-meghatározás kerete és az ellátástervezés: a három nagy adatforrás bemutatásával





Az 1. ábra a szükséglet-meghatározás három nagy adatforrását mutatja be, és az ezekből leszűrt tanulságok hatását az ellátási terv készítésére, amit az „akció”, azaz az ellátási terv végrehajtása követ. A három nagy adatforrás, amivel a következő fejezetekben találkozni fogunk: az epidemiológiai adatok (vagy már meglevő, vagy egy célzott kutatással megszerzhető adatok, pl. a droghasználat előfordulásával, a súlyosabb vagy rendszeresebb droghasználat mutatóival kapcsolatban), az összehasonlítható adatok azért fontosak, mert hiányos információk esetén is becsléseket tehetünk a szerhasználó csoportok tulajdonságaira és szükségleteire, valamint az ellátási helyzetre is (pl. az egyik magyarországi megye vagy régió adatai, nem automatikusan ugyan, de kiindulásképpen alkalmazhatók egy másik megye vagy régió feltárásához akkor, ha utóbbiakkal kapcsolatban nem rendelkezünk adatokkal). Végül, a stakeholderek által szolgáltatott adatok figyelembe veszik a szolgáltatók, a helyi közösségek, a helyi közpolitikusok által azonosított vagy megtapasztalt szükségleteket (amelyek rendszerezett kutatás formájában nem áll rendelkezésre). Részletesebben: lásd rövid tanulmány: 16-19.o.! Vannak olyan módszerek, amelyek ez utóbbi adatokat kiemelten kezelik, pl. a RAR módszer (lásd később!).

A szükséglet-meghatározás lépéseit a szakértői anyag részletesen tárgyalja (rövid tanulmány: a 20.o.-tól!). Most csak egy pontját emeljük ki, ez pedig a hiányelemzés.

*Hiányelemzés:* az ellátórendszer hiányainak elemzése a szakértői munkacsoport tagjai segítségével. Akkor járunk el egyszerűbben, 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, utánkötés;
- *lakhatással kapcsolatos szükségletek:* ideiglenes vagy tartós lakhatási lehetőségek biztosítása, krízis, illetve az ellátás idején, illetve annak befejeztét követően;
- *foglalkoztatási szükségletek:* az alapkészségek fejlesztésétől (általános iskolai követelmények) a specifikus, a munkaerőpiaci elhelyezkedést szolgáló képzésekig, illetve átképzésekig; fontos része e szükségleteknek a munkaerőpiacon elhelyezkedettek esetében azok 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 reintegrációs szükségletei.

A szükséglet-meghatározás – ahogy erre többször is utaltunk – folyamatjellegű, ami azt is jelenti, hogy időről-időre meg kell ismételnünk, hiszen a célcsoportok összetétele, nagysága, szükségletei is változhatnak, továbbá változhat az ellátórendszer is, illetve a kettő összjátéka révén – a szükségletek és az ellátások – új vagy más kihívásokkal kerülünk szembe. A 2. ábra a szükséglet-meghatározás éves ciklusát mutatja be. Láthatjuk, hogy az éves folyamat nem különbözik a szükséglet-meghatározás általános lefolytatásától, legfeljebb a kérdéseink, a megszerzendő információ jobban körvonalazódtak, specifikusabbak, mint amikor először végzünk szükséglet-meghatározást. A szükséglet-meghatározás mellett itt is szükséges az

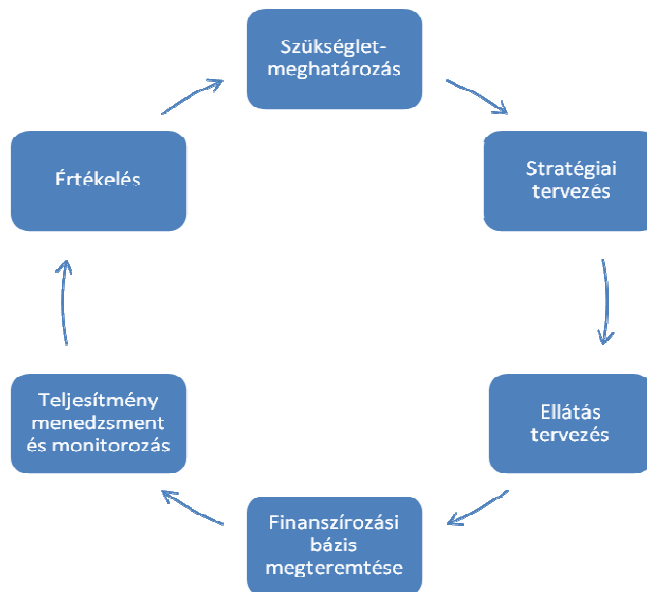
ellátórendszer újra feltérképezése, a hiányanalízis, a szakértői munkacsoport „motor” szerepe és az ellátások stratégiai tervezése. A szükséglet-meghatározással kapcsolatban beszélhetünk az ellátórendszer által kielégített és nem kielégített szükségletekről (pl. olyanoknál, akik be sem kerültek az ellátórendszerbe): részletesebben lásd: rövid tanulmány 23-24.o.!



## A szükséglet-meghatározás szerepe az ellátás szervezésben. Összefoglalás

A 3. ábra foglalja össze a szükséglet-meghatározás elhelyezkedését az ellátás szervezésben. A folyamat a szükséglet-meghatározással kezdődik, majd a tervezés és ellátástervezés lépései után a finanszírozási bázis megteremtése következik (ekkor már tudjuk, milyen ellátásokat kellene finanszírozni). A teljesítmény-menedzsment és a monitorozás a szolgáltatók „kimeneti” (eredmény) adatait mutatja, amiket a következő lépésben értékelünk (összevetve a szolgáltatásokkal). Ez az értékelés az alapja annak, hogy a szükséglet-meghatározással a folyamat újrainduljon: hiszen lehetnek le nem fedett szükségletek, amiket ez az új ciklus fog megmutatni. A 2. ábra a szükséglet-meghatározást mutatja, a 3. ábra ezen túllép (leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy a 3. ábra „szükséglet-meghatározás” dobozában van a 2. ábra), az ellátás tervezéssel és annak monitorozásával és értékelésével foglalkozik.

### 3. ábra. A szükséglet-meghatározás helye az ellátásszervezésben



A 3. ábra megmutatja, miért is végzünk szükséglet-meghatározást: a cél az ellátás tervezés, illetve szervezés, amit aztán már más módszerekkel értékelünk. A TÁMOP program az ellátás tervezés kliensszükségletekhez illeszkedő átfogó, integrált, területi lefedettséget biztosító intézményrendszer kialakítását célozza meg a meglévő erőforrások jobb kihasználásával, illetve átcsoportosításával. A TÁMOP program arra nem vállalkozik, hogy erőforrásokat biztosítson új, többlet-finanszírozást igénylő ellátások, szervezetek és intézmények létesítésére. De arra vállalkozhat, hogy a meglévő szolgáltatásokkal és erőforrásokkal hogyan gazdálkodunk, ezek mennyiben felelnek meg a szerhasználók szükségleteinek, illetve e megfelelés érdekében milyen változtatásokat kell tennünk!

#### A szükséglet-meghatározás kockázatai

Mint minden beavatkozásnak, ennek a folyamatnak is vannak kockázatai. Ilyen kockázat, hogy a különböző stakeholderek között – különösen, ha egy fontos stakeholder-i kört nem vonunk be – kezelhetetlen érdekkonfliktusok alakulnak ki. A szükséglet-meghatározással feltárt, addig rejtőzködő droghasználók „megjelenése” kellemetlen reakciókat válthat ki a helyi közpolitikusok, de akár a közvélemény részéről is (mintha mi hoztuk volna létre e csoportokat...). A szükséglet-meghatározás és az ellátási térkép parlagon heverő, kihasználatlan ellátásokra is felhívhatja a figyelmet (amelyek ugyanakkor finanszírozást kapnak). Kiderülhetnek súlyos finanszírozási aránytalanságok (ellátási mutatókkal, már egyszerűbb költség-haszon elemzésekkel). A kliens követés egyes intézmények inkompetenciájára világíthatnak rá. Bizonyos szükségletek megléte irritáló lehet a közvélemény számára (pl. az ártalomcsökkentő programok iránti szükségletek). Ezért is tarjuk fontosnak hogy az adatokat (szükségletek, hiányok) tudományos alapokon nyugvó módszerekkel gyűjtsük és elemezzük! Nélkülözhetetlennek látjuk olyan helyi szakértői csoport meglétét és működését, amely az ellátás szervezésben erős helyi felhatalmazással és támogatottsággal rendelkezik.

## 6. Példa

A témával foglalkozó WHO (2000) kiadvány Barcelona példáját mutatja be a szükséglet-meghatározásra és ellátás szervezésre. Az 1990-es években ugyan nagy mennyiségű adat állt rendelkezésre a Barcelona-i, illetve a hozzá tartozó tartomány (Katalónia) droghasználóit illetően. Bizonyos specifikus helyi adatok azonban hiányoztak (elsősorban az ellátásokkal kapcsolatos adatok), illetve tartományi szinten a HIV/AIDS, a tbc és a túladagolások száma kedvezőtlenül alakult. Egy szakértői munkacsoport szisztematikus adatgyűjtésbe kezdett, ami alapján később a kezelésen kívüli droghasználó száma is becsülhetővé vált, ezen keresztül pedig a szükséges kapacitásfejlesztés (és annak forrásigénye is). Az ellátás tervezés eredményeképpen nagyobb hangsúlyt fektettek az alacsony-küszöbű programokra (elsősorban a metadon-fenntartó programokra, melyek a fertőző betegségek és a túladagolások megelőzésére váltak alkalmasabbá a megelőző időszakhoz képest), ezzel párhuzamosan pedig e programok társadalmi megítélésén is változtattak. Növelték az addikciókra specializált orvosok bevonódását a kezelői programokba. Fokozták a helyi közigazgatás szereplőinek bevonódottságát is (a „tulajdonosi szerep” erősítésével: kinek is a problémájáról van szó? Ki a „tulajdonosa” droghasználók ellátásának?). Az egyik leglényegesebb ellátás szervezési lépés pedig az volt, hogy a tartományi közigazgatás szerződést kötött a különböző szolgáltatókkal nyilvános versenytárgyalások keretében. Itt megállapodtak abban, hogy bizonyos szolgáltatók milyen ellátást nyújtanak, hány kliens számára és milyen költségekkel. (A szolgáltatók teljesítményét, költség-haszon mutatóit a szükséglet-meghatározás, illetve az ellátási térkép elkészítése során azonosították.) Az egész ellátás szervezési folyamatban, amelynek révén Katalónia droghasználókat ellátó rendszere (egészségügyi és szociális) jelentősen megváltozott, az információkat gyűjtő és feldolgozó munkacsoportnak középponti szerepe volt, ténylegesen a változások hajtóerejeként működött.

## Irodalom

ACT Health Promotion website (2009): Needs assessment.

<http://203.30.79.84/c/hp?a=sp&pid=1153987049> hozzáférés: 2010.02.23.

Bradshaw J, (1972): The Concept of Social Need New Society, 640-643. o.

Cavanagh S és Chadwick K (szerk.)(2005): Health needs assessment. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

Darcy J és Hofmann CA (2003): According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector. Overseas Development Institute. London, United Kingdom.

Department of Health (2007):Guidance on Joint Strategic Needs Assessment. [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications)

Effective Interventions Unit. Substance Misuse Division. Scottish Executive (2004):

Needs assessment. A practical guide to assessing local needs for services for drug users. Effective Interventions Unit. Substance Misuse Division. Scottish Executive. Edinburgh.

Grant J (2002): Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002;324:156–9

Hawe P, Degeling D és Hall J (1990): Evaluating Health Promotion: A Health Workers Guide, MacLennan and Petty Publishers, Sydney.

Health Care Needs Assessment. University of Birmingham. <http://www.hcna.bham.ac.uk/> hozzáférés: 2010.02.23.

Miller JA, és Osinski DM (1996, 2002): Training needs assessment. February 1996 Reviewed July 2002. [http://www.ispi.org/pdf/suggestedReading/Miller\\_Osinski.pdf](http://www.ispi.org/pdf/suggestedReading/Miller_Osinski.pdf) hozzáférés: 2010.02.23.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2002): Models of Care for the treatment of drug misusers. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2006): Models of Care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2007): Needs assessment guidance for adult drug treatment. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2007): Treatment Outcomes Profile (TOP). Making your drug treatment better. National Treatment Agency for Substance Misuse. London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2009): Undertaking needs assessment. Drug treatment. Recovery and reintegration in the community and prisons. DH Gateway reference: 12116.

WHO (2001): Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe. Genf.

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000): Needs assessment. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. Workbook 3. Genf.

UN ODC (2008): Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document. Community Based Treatment. Good Practice. Bécs.

## ***II. A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások***

Az ellátórendszer fejlesztésével, átalakításával kapcsolatos döntések meghozatalának elengedhetetlen feltétele az ellátórendszer működésének, kapacitásainak megismerése, a hiányterületek azonosítása. A szolgáltatók és tevékenységeik leírása az első lépése bármilyen fejlesztési folyamatnak. Nagy jelentősége van azonban annak, hogy a szolgáltatások leírása hogyan történik. A szolgáltatások/ellátási formák bemutatása nagyon összetett feladat, sok területet ölel fel. Ahhoz, hogy az egyes szolgáltatások egymással összehasonlíthatóak legyenek standardizált eszközökre van szükség a leírásukhoz, vagyis minden szolgáltatónak ugyanazon változók mentén kell tudnia leírni magát és tevékenységét.

### ***1. A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások helye az ellátástervezés szervezés és a szükséglet meghatározás folyamatában***

Egy minden részletre kiterjedő, a szolgáltatást/ellátási formát minden lehetséges szempontból bemutató szolgáltatói profil az ellátásszervezés minden lépéséhez tud információt szolgáltatni, illetve az abban szereplő információk megléte elengedhetetlen feltételei bizonyos lépések (ellátástervezés, teljesítmény menedzsment és monitorozás, értékelés) megvalósulásának.

A szükséglet-meghatározás éves ciklusát tekintve a szolgáltatás/ellátás leírásának a 3. Szolgáltatástérkép és kliensprofil pontban van jelentősége. Az ellátási térkép nem vázolható fel, ha az egyes szolgáltatókról nem áll rendelkezésre részletes és egységes formában megjelenő információ.

### ***2. A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások céljai***

A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek és azok szolgáltatói profiljának leírása több célt szolgálhat, egyrésztől hozzájárul az ellátórendszer feltérképezéséhez, másrésztől magának a szolgáltatóknak is keretet teremt saját tevékenységének, célkitűzéseinek, eszközeinek alaposabb átgondolásához.

A szolgáltatói profil bemutatása különböző részletezettségű lehet (lásd később), az azonban szintén nagyon fontos szempont, hogy a jól megtervezett adatgyűjtési eszközök (kérdőívek) a szolgáltatást nyújtó szervezeteknek, szakembereknek is segítségükre lehetnek saját tevékenységük átgondolásához. Ez elsősorban a nem professzionális, a kezdetben egy felmerült szükséglet kielégítésére kialakult szolgáltatások esetében igaz. Egy, a nyújtott szolgáltatással kapcsolatban sok részletre kiterjedő kérdőív/adatlap kitöltése során a

szervezeteknek sok esetben olyan részletesen át kell gondolniuk tevékenységüket, melyre a mindennapi munka során gyakran nem jut idejük, nincs rá motivációjuk. Ez a munka is beindíthat a fejlődés irányába ható folyamatokat.

Az alaposan kidolgozott programleírások továbbá kiváló kiinduló pontját nyújthatják ez értékelésnek és folyamatos monitorozásnak.

A szolgáltatói profil leírására alkalmazott, jól megtervezett adatgyűjtési eszközök a drogbeteg ellátás különböző területein használt egységes fogalmi háttér kialakításának is eszközei lehetnek. Az adatgyűjtési eszközök kidolgozása során nagyon fontos, hogy az eszközöket alkalmazók ugyanazon fogalmak alatt ugyanazt értsék.

### *3. Miért kell nekünk a drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások meghatározása?*

A szolgáltatói profil leírása olyan összetett, a szolgáltatást számos szempontból bemutató eszköz, mely minden érintettnek szolgáltat információt. A különböző szereplőket azonban más információk érdeklik, máshogy hasznosítják azokat. Az ellátásszervezés szempontjából nagyon fontos például az egyes szolgáltatások földrajzi lefedettsége, beutalási és továbbutalási rendje, az elérni kívánt célpopuláció jellemzői, a személyi és tárgyi kapacitások. A szervezeteknek maguknak lehetőséget nyújt saját munkájuk áttekintésére, az értékelés és monitorozás megalapozására, végrehajtására, mind a szervezet belső folyamatait, mind a kliensekkel folytatott munkát tekintve. Számukra fontosabbak lehetnek például a célcsoportról rendelkezésre álló információk, a kliensek számának alakulása, a munkatársak végzettsége, a bevételek eloszlása, folyamatossága. A kliensek számára a szolgáltatói profil leírása áttekinthető kínálatot nyújt a rendelkezésre álló szolgáltatásokról, ellátási lehetőségekről, így segíti a tudatosabb választást. Az ellátásba kerülő klienseket olyan jellemzők érdekelhetik, mint az alkalmazott módszerek, a terápiás eljárások, a nyújtott szolgáltatások, vagy a nyitvatartási idő,

### *4. A drogbeteg ellátásban működő egészségügyi és szociális szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások*

A szolgáltató szervezet és a szolgáltatói profil leírása különböző részletezettséggel történhet, az adatgyűjtés céljaitól, valamint a felölelni kívánt ellátási formák sokszínűségétől függően. A szolgáltatások/ellátások minél tágabb körét öleli fel az adatgyűjtés, annál nehezebb minden részletre kiterjedő adatgyűjtési eszközt összeállítani (pl. egy iskolai prevenciós programok leírására kidolgozott eszközzel nemigen lehetne megfelelően leírni egy tűcsere szolgáltatást, elsősorban a szakmai tartalmat tekintve).

A szervezetek, ellátási formák leírása jellemzően valamilyen adatlap, kérdőív segítségével valósul meg. Az adatlapok, kérdőívek általában a következő főbb területeket ölelik át:

- Szervezeti jellemzők (szervezet neve, elérhetősége, kontaktszemélyek, együttműködő szervezetek, stb.)
- Program/ellátási forma jellemzők (megvalósított programok típusai, indítás éve, stb.)
- Szükségletértékelés (a kiinduló helyzet, a program szükségességének bemutatása)
- Célcsoport jellemzői<sup>1</sup> (szerhasználati mintázat, szocio-demográfiai változók, stb.)
- Célkitűzések (általános és specifikus célok)
- Elméleti háttér (a célok és módszerek mögötti elméletek)
- Tevékenység (beutalás módozatai, nyújtott szolgáltatások, alkalmazott módszerek, diagnosztikai eljárások<sup>2</sup>, stb.)
- A megvalósítás környezete (helyszíne, felhasznált eszközök, stb.)
- Kliensek/résztvevők jellemzői (szolgáltatást igénybevevők száma, új kliensek, kezelésből való kilépés, szerhasználati mintázat, szocio-demográfiai változók)
- A megvalósítást végző személyek jellemzői (végzettség, munkaviszony, munkaórák, stb.)
- Értékelés (értékelés típusa, alkalmazott indikátorok, értékelés eredményei)
- Finanszírozás (bevételek forrása, folyamatossága, stb.)

A különböző típusú programok/ellátási formák leírásánál a különböző területek különböző hangsúlyt kapnak. A következőkben röviden bemutatjuk néhány adatgyűjtési eszköz felépítését, melyeket a gyakorlatban (elsősorban kutatások keretében) alkalmaznak a különböző típusú programok/ellátási formák leírásához.

Léteznek olyan eszközök, melyeket különböző típusú ellátási formák/programok általános (de részletes kifejtésre is lehetőséget adó) leírásra dolgoztak ki, ilyen például az EMCDDA által alkalmazott EDDRA<sup>3</sup> kérdőív. A kérdőív segítségével a prevenció, ellátási, társadalmi reintegrációs, ártalomcsökkentő és a büntető-igazságszolgáltatás területén megvalósított programok egyaránt leírhatóak.

#### Az EDDRA kérdőív felépítése

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Feltöltés éve</li> <li>2. Összefoglalás (a beavatkozással kapcsolatos legfontosabb tudnivalók)</li> <li>3. Szervezeti jellemzők (név, indítás, szervezeti forma, elérhetőségek, együttműködő szervezetek)</li> <li>4. Háttér és célkitűzések (beavatkozás típusa, alkalmazott megközelítés, kiinduló helyzet bemutatása, végső cél, specifikus célok, gyakorlati célok, elméleti háttér)</li> <li>5. A program fő jellemzői (célcsoport, megvalósítást végző személyek, lefedettség, megcélzott szerek, beavatkozás helyszíne, tevékenység leírása)</li> <li>6. Értékelés (az értékelés állapota, típusa, alkalmazott indikátorok (folyamat és eredmény), az értékelés kutatási terve, adatgyűjtési eszközök, értékelő típusa)</li> <li>7. Az értékelés eredményei</li> <li>8. Költségvetés (éves/teljes költségvetés, finanszírozás forrása, források megoszlásának aránya)</li> <li>9. Absztrakt</li> <li>10. A program során végzett tevékenységek kézzelfogható eredményei (output)</li> <li>11. Egyéb megjegyzések</li> </ol> |
|--|

<sup>1</sup> Lásd még „A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, illetve a nehezen elérhető vulnerábilis csoportok) szükséglet-meghatározása” fejezetet

<sup>2</sup> Lásd még az „Egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök” fejezetet

<sup>3</sup> Exchange on Drug Demand Reduction Action - Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>



Az EDDRA kérdőívénél specifikusabbak az NDI Szakmai Információs Portáljának (SzIP) adatbázisában alkalmazott kérdőívek<sup>4</sup>, itt külön kérdőív áll rendelkezésre a prevenciós és az ellátási programok leírására. A különböző típusú ellátási formák (kezelés, megelőző-felvilágosító szolgáltatás, rehabilitáció, reszocializáció/reintegráció, alacsonyküszöbű szolgáltatás) leírása ugyanazon kérdőívvel lehetséges.

#### NDI-SzIP adatbázis ellátási kérdőíve

1. Program típusa
2. Ellátási tevékenységek, szolgáltatások
3. Általános jellemzők (tevékenység rövid összefoglalása, bekerülés módja, férőhelyek, várólista)
4. Célok (általános, specifikus célok, alapkoncepció)
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

A programok/ellátási formák leírására alkalmazott legspecifikusabb eszközök az adott ellátási forma kutatás keretében való feltérképezése során használt speciális adatlapok. Hazánkban az elmúlt 10 évben számos kutatás készült a különböző programok, ellátási formák azonosítása, feltárása és kataszterének kialakítása céljából. Az egyes részterületeket vizsgáló kérdőívek/adatlapok esetében lehetőség van az ellátás-specifikus jellemzők feltárására, mely lehetővé teszi az egyes szolgáltatások részletesebb összehasonlítását.

A következő programok/ellátási formák feltérképezése történt meg az elmúlt évek során, speciálisan az adott programtípushoz/ellátási formához kidolgozott adatlap/kérdőív segítségével:

- Budapesti *drogprevenciós programok* felmérése és értékelése (Paksi és Demetrovics 2002, 2003)
- A magyarországi *iskolai drogprevenciós programok* jellemzői (Paksi és Demetrovics 2005, Paksi et al. 2006)

#### Iskolai drogprevenciós programok felmérésének kérdőíve (Országos Drogprevenciós Adatbázis)

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 értékeltek, ki végezte, finanszírozás)
6. Programban résztvevő személyek jellemzői
7. Finanszírozás (folyamatosság, megoszlás, kedvezményezett fizet-e, bevétel összege)

- A magyarországi *túcsere programok* szolgáltatói profiljának, valamint működési és finanszírozási struktúrájának leírása (Márványkövi és Rác, 2005)<sup>5</sup>

<sup>4</sup> <http://www.ndi-szip.hu/SearchByQuestionForm.aspx>

<sup>5</sup> A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása (Hosszú tanulmány) 544-583. o.

- A magyarországi *alacsony-küszöbű programok* működési és finanszírozási struktúrájának, szakmai és működési irányelvének, klientúrájának leírására (Márványkövi és Rácz, 2005)<sup>6</sup>
- A *nem iskolai szintűen megjelenő prevenciók programok* feltérképezése (Paksi, 2008)
- Az *elterelés hatásosságának vizsgálata* (Vitrai és mtsai, 2009)

#### Az elterelés eredményességének vizsgálata során használt intézményi kérdőív

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

- A magyarországi *metadonfenntartó programok* monitorozása és értékelése (Rácz és mtsai, 2009)<sup>7</sup>
- A *drogprevenció és ártalomcsökkentő programok/szervezetek* kataszterének elkészítése 3 régióban (a kutatást a BCE Viselkedéskutató Központja végezte, beszámoló még nem jelent meg)

#### Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szervezetek felmérése (MADÁSZSZ kérdőív)

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 (túcsere 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)

- A magyarországi *drogterápiás intézetek tevékenységének* áttekintése (a kutatást az NDI és a BCE Viselkedéskutató Központja végezte, beszámoló még nem jelent meg)

#### Drogterápiás intézetek kérdőíve

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)

<sup>6</sup> A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása (Hosszú tanulmány) 584-595. o.

<sup>7</sup> A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása (Hosszú tanulmány) 256-288. o.

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). Azonban ezen elemek is különböző hangsúllyal szerepelnek az egyes kérdőívekben. 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 valamely ellátási formára specifikus kérdőívek azonban sokkal nagyobb teret adnak a szervezeteknek az általuk nyújtott szolgáltatások leírásához, bemutatásához, a kérdőívek speciálisan az adott területhez tartozó szolgáltatás típusokat tartalmazzák csak (a drogterápiás intézeteknek szóló kérdőív például nem tartalmaz túcserével kapcsolatos kérdéseket).

## Irodalom

Paksi B., Demetrovics Zs. (2002): A prevenciók gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciók programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest, [334 old. ISBN 963-9457-32-9]

Paksi B., Demetrovics Zs.(2003): Budapesti Drogprevenciók Adattár. CD. ISM, Budapest.

Paksi B., Demetrovics Zs. (2005): Országos Drogprevenciók Adattár. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest,.

Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciók programok jellemzői. Addiktológia.

Paksi, B. (2008). A nem iskolai szinten megjelenő prevenciók programok feltérképezése. Kutatási gyorsjelentés. Nem publikált tanulmány.

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.

Vitrai J., Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyüs M., Szilágyi J., Tistyán L. (2009): Tanulmány az „elaterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről. Kézirat.

### **III. A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás**

#### *1. A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás helye a kábítószer-problémával küzdők és problémás szerhasználók helyi szinten összehangolt és integrált ellátási modelljében*

A szükséglet-meghatározás a korábbiakban már többször előkerült három nagy adatforrása közül (1. Stakeholderek; 2. Makro-szintű, összehasonlító adatok; 3. Epidemiológiai adatokból, azokhoz kapcsolódó kutatásokból, és költséghatékonysági elemzésből származó adatok) a drogbeteg ellátás alacsonyküszöbű szervezeteinek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás helye a 3. adatforrásba sorolható be. Az alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás folyamata a kulcskérdések azonosításával kezdődik, melyet már meglévő adatok alapján fogalmazzunk meg. Ez a megbízható és érvényes információk áttekintését jelenti, ami nemcsak a tudományos igények kielégítésére szolgál, hanem a szükséglet-meghatározás egy fontos eleme. Ezt követi az adatgyűjtés, melynek segítségével szolgáltatási térképet és kliensprofilhozunk létre. Ezzel azonosíthatók a kielégítetlen szükségletek és a kielégített szükségletek is. Az azonosítást olyan szakértők segítségével végezzük, akik az alacsonyküszöbű ellátások területén jártasak, vagy annak döntéshozói, civil szereplői. Az alacsonyküszöbű programokba bevonandó kliensek szükségletei, vagy a már meglévő kliensek további kielégítetlen szükségletei jelenhetnek meg. Tehát a szakértői csoport hiányanalízist végez el, majd értékeli az eredményeket és prioritások fogalmazódnak meg. Meghatározzák, hogy a jelentkezett szükségletek milyen módon elégíthetők ki, ami beépül a helyi stratégiai tervezésbe. Célszerű monitorozni az eredményeket, és a szükséglet-meghatározás ciklusát évente megkezdeni, azonban nem biztos, hogy azonnali eredményeket fog hozni. Például, ha egy alacsonyküszöbű intézményben sikerült azonosítani a szerhasználó prostituáltak szükségleteit (ők eddig is ellátásban részesültek, kaptak ártalomcsökkentő eszközöket, de kiderül, hogy a profiljuk tekintetében más ellátást és máshogy kellene szervezni, pl. női napok keretében, vagy utcai munka során, de mindenképp úgy, hogy az őket ellenőrző futtatók kimaradjanak a nekik nyújtott szolgáltatásból, edukációból), és a szakértői csoport segítségével sikerül azt is meghatározni, hogy mi hiányzik az ellátásukból (pl. tanácsok fogamzásgátlásról, szexuális úton terjedő fertőző betegségekről, krízisintervenció stb), meghatározható, hogy konkrétan milyen elemek épüljenek be a programba a jelentkező szükségletek kielégítésére, ami jelentheti a hiányzó szolgáltatások megszervezését, esetleg egy önálló program létrehozását számukra. Ezek után érdemes az eredményeket monitorozni (amennyiben lehet), de nem szabad elfelejteni, hogy bármely szerhasználóknak nyújtott ártalomcsökkentő információknak szüksége van időre ahhoz, hogy a megfelelő hatást elérje. Így a példánál maradva, nem biztos, hogy a prostituáltak a kezdetektől fogva használni fog óvszert, vagy meghatározott időközönként elmegy nőgyógyászhoz kivizsgáltatni magát, de a folyamat elindult.

## *2. A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás céljai*

A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás célja a meglévő szerhasználó kliensek szükségleteinek feltérképezése, új jelenségek monitorozása, és a jelentkező szükségletek kielégítésére való törekvés. Továbbá célként fogalmazódik meg az alacsonyküszöbű programok ellátásában nem részesülő aktív szerhasználók és szükségleteik azonosítása és a szolgáltatásokba történő bevonása, adott esetben a bevonást akadályozó tényezők felszámolásával. Mindezek megvalósításán keresztül hosszú távon lehetőség nyílik a Nemzeti Drogstratégiában megfogalmazott, egyéni és közösségi ártalomcsökkentésre vonatkozó főpillércél megvalósítására is. Továbbá a fenti célok megvalósítása nagyban hozzájárulhat a drogstratégiában megfogalmazott, a kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés területén alkalmazható szuverenitás (esetsúlyosság) elvének érvényesítésére is, tekintve hogy a beavatkozást, illetve annak megtervezését, előkészítését az életet veszélyeztető legnagyobb kockázat elhárítása felől kezdjük el (veszélyeztetett, rejtőzködő, marginalizált, vulnerábilis csoportok).

## *3. Alapfogalmak*

**Alacsony-küszöbű intézmények:** Az alacsony-küszöbű kifejezés olyan helyszínt határoz meg, mely a szociális és egészségügyi intézmények szolgáltatásainak elérését könnyíti meg a fogyasztóknak. Hogy az elérhetőség küszöbét lejjebb vigyék, az ilyen típusú intézmények a célcsoportokhoz igazított nyitvatartási idővel és helyszínnel dolgoznak. Szociális és egészségügyi szolgáltatást nyújtanak, pl. tanácsadást, tű- és fecskendőcsere programokat, menedéket és orvosi ellátást. Az alacsony-küszöbű szolgáltatók mentesek a bürokráciától, általában ingyenesek és a szolgáltatások igénybevételéhez nem követelnek absztinenciát. Célcsoportjaik a jelenlegi fogyasztók, a nehezen elérhető csoportok, a magas kockázati csoportok és a kábítószer csak kipróbálók (ideértve a party helyszíneken nyújtott szolgáltatásokat is). Alacsony-küszöbű szolgáltatásokat általában utcai megkereső szolgáltatások, drop-in nappali központok nyújtanak.

**Ártalomcsökkentés:** Olyan stratégiák és programok, amelyek közvetlenül a drogok fogyasztásából eredő egészségügyi és pszichoszociális ártalmak csökkentésére összpontosítanak, egyéni és társadalmi szinten. Az ártalomcsökkentési programok, stratégiák nem követelik meg az absztinenciát a fogyasztók részéről. Ártalomcsökkentés például a tűcsere, amely csökkenti a tűmegosztást az intravénás kábítószer-fogyasztók között; és a törésmentes poharak használata a kocsmai verekedések alkalmával történő üveg okozta sebesülések számának csökkentése céljából.

**Tűcsere:** a többszöri fecskendő használat és megosztás általi fertőző betegségek terjedésének csökkentését célozza annak érdekében, hogy a vérrel terjedő vírusok átadása csökkenjenek. Elsőként a HIV/AIDS terjedésére adott válaszként jelent meg, és gyorsan

*elterjedt több olyan országban, ahol az intravénás kábítószer-fogyasztás probléma volt. Az alapelgondolás magába foglalja a fecskendők biztosítását cserébe a használt fecskendőért, melyektől később biztonságosan megszabadulnak.*

#### **4. Miért van szükség a drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározásra?**

A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szolgáltatások egyik legfontosabb funkciója és legnagyobb előnye, hogy a kliensek az anonimitásukat megőrizve, minimális adatszolgáltatással (de még ez sem feltétel) részei lehetnek az őket célzó ellátórendszernek. A droghasználók (főleg az intravénás szerhasználók) nagyon nehezen kerülnek ellátásba, sokszor a szociális és egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos bizalmatlanságuk, negatív élményeik miatt. A szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű programok minimális elvárást támasztanak velük szemben (pl. házirend betartása), így könnyebb őket bevonni ezekbe a szolgáltatásokba. Később, ha a kliens úgy gondolja, lehetőség van további – akár magasabb küszöbű – szolgáltatások felé irányítani őt.

*Milyen előnyei vannak a drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározásnak?*

A szükséglet-meghatározás során fény derülhet azokra a módszerekre, melyekkel a kliens könnyebben bevonható egyrészt magába az alacsonyküszöbű szolgáltatásba, másrészt megkönnyebbítheti a további intézményekbe történő irányítást, utalást. Ehhez azonban elengedhetetlen azonosítani a célcsoportot, tudnunk kell, hogy (esetünkben), milyen profillal rendelkeznek, mik az igényeik azoknak a szerhasználóknak, akiket szeretnénk az ellátásba bevonni, és milyen módszerekkel, technikákkal lehet őket elérni (pl. szórólapozás, megkereső munka, információ diffundálása a célcsoportban). Ez nem csak az adott programnak, hanem a többi szolgáltatónak is útmutatást adhat. Tehát a szolgáltatói profilra vonatkozó szükséglet-meghatározás egyik fontos része a kliens igényekhez alkalmazkodó olyan módszerek meghatározása, feltérképezése, mellyel a szerhasználók elérhetők és bevonhatók a programokba.

Tovább haladva a kliens igények mentén, a szükséglet-meghatározás során az alacsonyküszöbű szolgáltatásban előforduló hiányosságok felszínre kerülhetnek, azonosíthatóvá válhatnak. Többek között kiderülhet, hogy milyen szolgáltatások, eszközök, vagy akár attitűdök hiányoznak a program működéséből, mik tehetnék hatékonyabbá a szolgáltatásokat. (pl. hepatitis, HIV szűrések, orvosi konzultáció, ellenőrzött fogyasztói szobák stb.) Nem csak a hiányokra lehet rámutatni, hanem a meglévő szolgáltatások fejlesztésében is nagy szerepet játszhat a szükséglet-meghatározás folyamata.

Rámutathatunk arra, ha az adott program nem megfelelően, vagy egyáltalán nem működik, így azonosítható, hogy ebben az esetben mi a teendő, mivel lehet a működés feltételeit megteremteni.

A szolgáltató felől nézve, a szükséglet-meghatározás során kiderülhet, hogy maga a program, a programban dolgozók, a „szolgáltatók” milyen igényekkel rendelkeznek, mik terhelik a szolgáltatókat (pl. a program fenntartásának nehézségei, jelentési kötelezettségek, elegendő

alkalmazott van-e stb.). Továbbá azonosíthatók, hogy a megfelelőbb működéshez milyen jogszabályok módosítására van szükség.

Az alkalmazandó módszerek szintjén legfőbb előnyként az említhető, hogy több, a szolgáltatói profilra vonatkozó mérőeszköz is rendelkezésre áll.

*Milyen kockázatainak vannak a drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározásnak?*

Ha a szükséglet-felmérés során súlyos problémák kerülnek napvilágra, a helyi politikai döntéshozók hirtelen nehéz helyzetben találhatják magukat. Megvan annak a veszélye, hogy a felelősöket keresve megakad a probléma megoldására irányuló folyamat, főleg ha több szakmai és politikai vélemény ütközik. A média közvetítésével a társadalom téves következtetéseket vonhat le, amit bizonyos csoportok, csoportosulások céljaik megvalósulására használhatnak ki. (pl. negatívan jelenhet meg a médiában, ha egy bizonyos területen a szerhasználók döntő többsége valamilyen etnikai kisebbségből kerül ki).

A (politikai, egészségügyi stb.) döntéshozókat téves irányba viheti el, ha az eredmények nemzetközi szinten nem kirívóak, így azt az érzetet adhatja, hogy a beavatkozás nem sürgető, ugyanakkor lokális szinten hatalmas problémákat okoz a lakosságnak, vagy az alacsonyküszöbű programok célcsoportjának.

## *5. A drogbeteg ellátásban működő alacsonyküszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározás módszerei*

A következőkben két mérőeszköz kerül bemutatásra, részletezve azok előnyeit, hátrányait, alkalmazhatóságát.

*Correlation network adatgyűjtő protokoll:* A Correlation Network, az EMCDDA és Nemzeti Fókuszpontok szakértői a Correlation projekt keretein belül adatgyűjtési protokollt dolgoztak ki kábítószer használókat ellátó ártalomcsökkentő szolgáltatások számára (Hedrich és mtsai, 2008). Ez a projekt azt a célt szolgálta, hogy mind nemzeti, mind európai szinten az ártalomcsökkentő szolgáltatásokról több és értékelhetőbb, könnyebben összehasonlítható információt lehessen begyűjteni.

Az erre a célra létrehozott kérdőív a következő nagyobb kérdés modulokat tartalmazza:

- adminisztratív információk
- célcsoport és adminisztrációs rendszer
- személyzet
- szolgáltatások
- menedzsment
- korai jelzőrendszer

Ez a kérdőív nemzetközi szinten jól alkalmazható. Az országok ártalomcsökkentéssel foglalkozó programjai megbízhatóan összehasonlíthatók és országos szinten pedig szükségletfelmérésre is alkalmazható kisebb módosításokkal. A kidolgozott kérdőív jó alapként szolgált a korábbiakban MADÁSZSZ kérdőívként említett mérőeszköz

kidolgozásához. A módszer a beavatkozás folyamatának megismerésére és monitorozására kiválóan alkalmas, és megteremti az alapját a későbbi eredményességi vizsgálatoknak. A kidolgozott protokoll és kérdőív több európai ország ártalomcsökkentő programjának működését figyelembe véve készült, így országos, helyi szinten bizonyos információk elveszhetnek. Bár a kérdőívhez tartozik útmutató, néhol nehéz lehet értelmezni a kérdéseket. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll (adatgyűjtés, adatelemzés). Alkalmazása nem kifejezetten idő-, költség- és humán erőforrás igényes (pl.: az adatgyűjtő kitöltési 3-4 órát vesz igénybe).

#### *Túcsere programok szolgáltató profiljának leírása Magyarországon*

A kutatás során olyan magyarországi alacsonyküszöbű intézmények feltérképezését kísérelték meg, melyek droghasználókkal foglalkoznak. Az első olyan kutatás volt Magyarországon, amely kísérletet tett arra, hogy leírja a magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúráját, szakmai irányelvét és klientúráját (Márványkövi és Rácz, 2005).

Az adatgyűjtéshez egy önkitöltős kérdőív és egy strukturált interjú is rendelkezésre áll. A kérdőív 70 kérdésből áll, tematikus egységei a következők:

- működési költség
- források elérhetősége
- a szolgáltatások céljai
- célcsoportjai
- a segítő folyamat és az abban történő döntéshozás részletei
- ártalomcsökkentéssel kapcsolatos információ átadás és edukáció formái
- a kliensekkel kapcsolatos adatgyűjtés és annak formái
- a szervezetnél használt módszerek, szakmai megközelítések, továbbképzések
- a szolgáltatások értékelése, jövőkép

Az interjú struktúrája a következő:

A. Az illegális drogfogyasztás népegészségügyi vonatkozásai kapcsán:

1. A drogfogyasztás okozta halálesetek megelőzését célzó szolgáltatások adatai
2. A drogfogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések prevencióját és kezelését célzó szolgáltatások adatai

B. Az illegális drogfogyasztás társadalmi vonatkozásai és következményei kapcsán:

1. Az illegális droghasználók társadalmi reintegrációját elősegítő szolgáltatások adatai

A kérdőív és az interjú jól használható alacsonyküszöbű túcsere programok szükséglet felmérésére, illetve a beavatkozás folyamatának monitorozására, eredményességének mérésére is. A kérdőívben a használók, potenciális kliensek nagyságára, számára vonatkozó kérdések szubjektív megfigyelésen alapulnak, ezért torzításhoz vezethetnek. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll (adatgyűjtés, adatelemzés). Alkalmazása közepesen idő-, költség- és humán erőforrás igényes, ami elsősorban a kérdőív terjedelméből, valamint a két mérőeszköz együttes használatából adódik.



## 6. Példa

2007-2008 során Írországból került sor az ír túcsere programok átfogó felmérésére (Drugnet, 2008). A felmérés egy nagyobb kutatási program részét képezte, mely célja a droghasználathoz kötődő halálesetek megelőzését szolgáló adatok gyűjtése, és az adatokra épülő akciótervek kidolgozása volt. Az akcióterv kidolgozása a további halálesetek megelőzését, illetve csökkentését szolgálta. Azaz a kutatást részben szükséglet felmérésnek is tekinthetjük, hiszen célja annak megállapítása volt, hogy az alacsony küszöbű programoknak milyen hiányokat kell lefedniük ahhoz, hogy hozzájáruljanak a droghalál esetek csökkentéséhez. A kutatás során a 34 írországi túcsere programot kerestek fel, amiből 31 töltötte ki a szolgáltatói profilra vonatkozó kérdőívet. A kérdőív önkitöltős volt, és az alábbi főbb kérdésmodulokat tartalmazta:

- adminisztratív jellegű adatok
- kliensprofil
- a programban dolgozók profilja
- szolgáltatások
- menedzsment
- a droghasználattal észlelt új jelenségek

Megállapításra került, hogy a túcsere szervezetek kis része nyújt szociális jellegű ellátásokat. A szervezetek túlnyomó része csak nap közben működött, hétvégén szinte egyikük sem. Szintén alacsony volt azok aránya is, akik bevándorlóknak, etnikai kisebbségeknek, szexmunkásoknak nyújtottak szolgáltatásokat. Szintén alacsony volt azon túcserek száma, amelyek a helyszínen nyújtottak egészségügyi jellegű ellátást. Egyetlen szervezetnek sem rendelkezett írásos, beteg gondozási tervvel, jóllehet nagy részük végzett állapotfelmérést. Egyetlen szervezet sem volt, amely kliensei számára a kokainhasználathoz köthető halálesetek megelőzésében fontos eszközöket biztosított volna. A kliensprofil felmérése felhívta a figyelmet az egészségügyi és szociális szolgáltatásokba történő továbbutalások hiányosságára is. A kutatásból származó adatok megfelelő információt szolgáltattak azon szolgáltatások fejlesztéséhez, amelyek az alacsony küszöbű ellátás keretein belül, közvetve vagy közvetlenül nagy szerepet játszanak a használathoz kötődő halálesetek megelőzésében.

## Irodalom

Hedrich, D., Ervik, R., Long, J., Majo, R.X., Márványkövi, F., Rác, J., Toufik, A. (2008): Data Collection Protocol for Specialist Harm Reduction Agencies. Colophon, 2008.

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

<http://www.madaszsz.hu/images/hatteranyagok/alacsonykuszb.doc>

Trends in drug-related deaths in Ireland. Drugnet Ireland. Issue 28, Winter 2008.

## **IV. Szükségletfelmérés a KEF-ek gyakorlatában**

### **1. Bevezetés**

A Nemzeti Stratégia megszületésekor világossá vált, hogy az állami intézményeknek és az országos hatáskörű szervezeteknek a célok kijelölése és az anyagi kondíciók biztosítása fontos feladat, de a tényleges eredményeket csak és kizárólag a szerhasználókkal és a veszélyeztetett korcsoporttal kapcsolatban álló helyi szervezetek, intézmények, civil szervezetek és az egészségügyi ellátórendszer együttesen tudnak felmutatni. A lokális Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megalakulása fontos lépés a stratégia megvalósításában, szervezésük, szakmai segítségük, koordinációjuk és továbbképzésük feladatát a Stratégia a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetre bízta.

A városokban, kistérségekben, majd a későbbiekben regionális szinten megalakult Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok első feladata – az együttműködő szervezetek közös részvételével működő „szervezet” felállítását követően – a helyi droghelyzettel kapcsolatos információk beszerzése, majd az ily módon szerzett pontos és megbízható ismeretek birtokában a helyi stratégia elkészítése. Az Intézet szakmai tanácsadó munkájának ellátása során kiemelten fontosnak tartja megbízható vizsgálati módszerek kidolgozását és adaptálását a különböző területen működő Fórumok számára.

#### **Szükségletek – igények**

A kezelő-ellátórendszerrel kapcsolatos információk körének meghatározása során merült fel az a kérdés, hogy vajon a KEF-eknek milyen információkra van szükségük erről a területről? A kezelő-ellátórendszer iránti ellátatlan igényeket (vagyis a hiányzó, nehezen elérhető, esetleg szűkös kapacitásokat) vagy az intézmények iránti látens szükségleteket kívánjuk tudni? Melyik válasz teremti meg a Stratégiában megfogalmazott „szerhasználat okozta társadalmi és egyéni problémák csökkentésének lehetőségét”?

Könnyen belátható, hogy a szükségletek mértéke és főképpen tartalma jelentősen eltérő, ha a különböző szintű ellátások iránti szükségleteket kívánjuk megismerni. A veszélyeztetett korú diákok körében prevenció szükségleteket állapíthatunk meg abban az esetben, ha a szerhasználat iránt érdeklődést, kipróbálási szándékot, a szerhasználat veszélyeinek bagatellizálását tapasztaljuk, illetve toleranciát tapasztalunk mások drogfogyasztó magatartásával. Továbbá azokban az esetben is, ha a szerhasználattal kapcsolatos ismeretek szintje nem megfelelő, illetve bizonyos készségek és képességek hiánya regisztrálható az egyéneknél. A prevenció szükségletek mérése gyakori – a módszer a II/2/2. pont alatt olvasható.

Ha az alacsony küszöbű szolgáltatások iránti szükségleteket kívánjuk megismerni, más információkra van szükségünk. A Stratégia megfogalmazása szerint célunk az, hogy az egészségkárosító gyakorlatot folytató szerhasználók minél korábban kerüljenek az ellátó rendszerbe. Emiatt az alacsony küszöbű szolgáltatások (kapcsolatteremtés, tanácsadás, de az ártalomcsökkentő szolgáltatások esetében is pl. túcsere) iránti szükségleteket a kábítószerügyi területén dolgozó szakemberek, az addiktológusok, továbbá az érintettek, az

érintettek hozzátartozói és a helyi társadalom határozhatják meg a szerhasználat gyakorisága és az alkalmazott szer ismeretében.

Az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjei iránti szükségletek meghatározása elsősorban a problémás kábítószer-fogyasztók számának ismeretében lehetséges, hiszen az alkalmi fogyasztók esetében nehéz egészségügyi ellátási szükségletet azonosítani.

## *2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok és az Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai kapcsolata*

A KEF-ek megalakulásuk időszakában olyan szakmai támogatást, vizsgálati módszert igényeltek a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettől, amelynek alkalmazásával a különböző szerek piaci részesedésének mértéke, a szerhasználók száma és a szerhasználatuk gyakorisága válik ismertté. Ezzel az ismerettel a klienseket fogadó intézményhálózat éppen szükséges kapacitásának nagyságát becsülni, szerencsés esetben meghatározni is tudjuk.

Helyi szinten, helyi szakemberek kivitelezésében megvalósuló drogérintettségi – epidemiológiai – vizsgálatokat az Intézet eddig nem támogatott, bár akadtak Fórumok, amelyek a standard módszertant alkalmazó ESPAD vagy HBSC vizsgálatokat rendelik meg külső szolgáltatóktól – különösebb hasznosítás nélkül -, elsősorban azzal a szándékkal, hogy a probléma létezését igazolják az önkormányzatok illetve a helyi társadalom felé. Miután a drogos életutak kiszámíthatatlanok, homályosak, a szerhasználók további sorsa, életének alakulása nem követhető, ezért a tapasztalatok csak a vizsgált időpontra érvényesek, ismételve is legfeljebb a tendenciák elemzésére alkalmasak. Aktuális szükségletek mérésére, meghatározására azonban megfelelnek, amennyiben az adatok megbízhatósága és érvényessége megfelelő.

A lokális droghelyzetet feltáró módszerek mindegyike tartalmaz olyan elemeket, amelyek a szerhasználat mintázatára, a szerhasználók számára és a tiltott szerek fajtáiról adnak – de többnyire csak becsült – adatokat.

A jelenleg alkalmazott helyzetfeltáró vizsgálatok során elsősorban a „kínálati oldal” átvilágítása történik meg. A kínálat kifejezés ez esetben nem a szerhasználat kereskedelmi oldalát jelenti, hanem annak az ellátásban érdekelt kínálati körnek a vizsgálatát, amely jelenleg kapcsolatban áll, vagy állhatna a szerhasználókkal, illetve a veszélyeztetett korúakkal. Célunk megismerni azt, hogy ezek az intézmények mennyire képesek ellátni feladatukat a Stratégiában megjelölt célok érdekében. Felismerik-e a problémát, vannak-e eszközeik ennek kezelésére humán és anyagi erőforrást tekintve egyaránt? Melyek a hiányosságok és erények az intézmények körében, képesek-e bővíteni tevékenységüket, s ha nem, ennek milyen akadályai vannak?

A vizsgálatba bevont állami és civil szervezetek, az ellátásra szakosodott vagy az ellátásért felelős intézmények száma területenként jelentősen eltérő – elsősorban a település lélekszáma és közigazgatási fontossága függvényében. A megyeszékhelyek esetében a jelenleg létező kezelő-ellátórendszer minden elemének működését fontosnak tartjuk, míg a kisebb településeken a szolgáltatások lehető legkönnyebb elérhetőségét, megfelelő kapacitását tartjuk fontosnak, és fejlesztendőnek a tapasztalt hiányosságok esetén. (A

regionális Fórumok létrejötteinek racionális okai vannak annyiban, hogy bizonyos szolgáltatások fejlesztését reálisabban tervezhetik, mintha a régióhoz tartozó települések külön tennék ezt.) A szervezetek felkészültségének, alkalmasságának vizsgálatára jelenleg a teljes körű kérdőíves adatfelvételi módszert és a tevékenységi körök (pillérek) alapján szelektált fókuszcsoporthoz szervezését alkalmazzuk.

A KEF-ek megalakulását követő első vizsgálatok, módszertani kísérletek – az Európai Unió szakmai segítségével és támogatásával – az angol rövidítése után ún. RAR-nak nevezett módszer (gyors helyzetfeltárás és válaszlépések) adaptálásával kapcsolatosak.

### *2.1. A RAR módszer alkalmazása a lokális szükségletek megismerése céljából*

A RAR a különböző társadalomkutatási módszerek kombinációján alapul. Jellegzetessége az, hogy nem szolgál egzakt adatokkal sem a szerhasználók számáról – vagyis a kezelés, ellátás különböző szintjein jelentkező kvázi szükségletekről – sem ismereteket a szerhasználat mintázatáról. A módszer alkalmazása korlátozott feltételek között lehetséges – elsősorban olyan váratlan események megjelenése esetén alkalmazható a drogszcénában, amelyek gyors felderítést és reakciót igényelnek. A RAR olyan jelenségek esetén a legsikeresebb, amelyek stigmatikusak, büntetendők, emiatt a „hagyományos” társadalomkutatási módszerekkel nem vizsgálhatók. (Ilyen esetekben a megszokott és széleskörűen alkalmazott vizsgálati módszerek – pl. a kérdőíves adatfelvétel – nem vezet eredményre.) Ennek ellenére tudományos igényű módszernek tekinthető, hiszen mindazokat a szereplőket bevonja az informátorok körébe, akik feltehetően vagy ténylegesen tudnak, ismereteik vannak a vizsgált jelenség természetéről, elterjedtségéről. Minden esetben érinti a szerhasználókkal kapcsolatot tartó vagy kapcsolatba kerülő intézményeket, bevonja azok leginformáltabb képviselőit. Fókusz csoportok szervezése, adatgyűjtés, megfigyelés, háttér információk beszerzése, esetenként a becslési eljárások egyaránt alkalmazhatók a vizsgálat során.

Az NDI irányításával, a résztvevők képzését követően hat városban indultak meg a vizsgálatok, azzal a reménnyel, hogy a módszer sikeressége esetén alkalmazható lesz szélesebb körben is, vagyis a lokális fórumok a RAR módszer alkalmazásával megszerzett információk alapján képesek lesznek a helyi stratégiák megalkotására.

A tapasztalataink ellentmondásosak. A módszer alkalmazása eredményesnek bizonyult azokon a területeken, ahol a KEF céljainak megfelelően sikerült tudatosítani az együttműködés fontosságát, ahol csökkentek az előítéletek más fontos intézményekkel, szakterületekkel szemben, megértetni azt, hogy a probléma „társadalmatisítása” feltétele a kívánt változások létrejötteinek, vagyis minden szereplőnek feladata van a kábítószer-probléma enyhítésében. A kísérleteket követően viszont világossá vált az is, hogy a módszer alkalmazása csak korlátozott eredményekkel jár, stratégia alkotására nem elegendő. A RAR alkalmazásával mégis sok olyan információhoz is jutottak a vizsgálat irányítói, amelyet a helyi feladatok meghatározásában jelentőséggel bírnak. Körvonalazódtak a hiányok a kezelő-ellátórendszerben, tudatosultak a különböző intézmények feladatai, a fejlesztés irányai meghatározhatóvá váltak, a drogprobléma „társadalmatisítása” elindult a szintéren.

## 2.2. A lokális helyzetfeltáró vizsgálatok

Az NDI-nél az elmúlt hét évben felhalmozott tapasztalatok alapján a RAR kísérleteket követően háromféle lokális helyzetfeltáró vizsgálati módszer alakult ki, amelyek bizonyos feltételekkel társadalomkutatási gyakorlat és tapasztalat nélkül is lefolytathatók. Ezeket a módszereket a KEF-ek kérésére rendelkezésükre bocsájtják azzal a feltétellel, hogy a vizsgálatot végzők képzésen vesznek részt, amelyen elsajátítják a módszert, és minden esetben hasonló analízist alkalmaznak. Az azonos módszertan alkalmazásának előnye az is, hogy a vizsgálatok eredményei összehasonlíthatók lesznek. Az elkészült anyagokat – az esetek többségében – az NDI lektorálja, ellenőrzi, s az értékelésben is részt vesz.

2.2.1. A helyi stratégiák elkészítését megelőző lokális helyzetfeltáró vizsgálatot a képzést követően a KEF tagokból és külső szakértőkből kialakított csoportok végzik, általában a közeli vagy helyi egyetem szociológia tanszékének irányításával. A módszert csak megyeszékhelyeken, nagyobb településeken célszerű alkalmazni, mert költséges és nagy humán-erőforrást – szakértelmet igényel. A módszer „szükséglet feltárási” elemeket is tartalmaz.

Az intézmények vizsgálata elem – a már említett kérdőíves módszerrel – arról szerez megbízható információkat, hogy a helyi hatókörű állami és civil szervezetek, intézmények mennyire alkalmasak és képesek a szerhasználattal kapcsolatos feladataik ellátására. A résztvevők közül mindazok, amelyek a kezelés-ellátási feladatokra szakosodtak, adatokat is szolgáltatnak a kliensforgalomról.

Az alkalmi vagy rendszeres droghasználókkal készült (mély)interjúk pedig a kezelő-ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények összegzésére alkalmasak. Az intézmények ismertsége, elérhetősége, a várakozás ideje, az elterelés eredményességének, hasznosságának megítélése, a szerhasználóknak az eredményes prevencióról alkotott véleménye jól elemezhető.

Az iskolai adatfelvétel során (amelyek önállóan, nem a komplex vizsgálat részeként, „a veszélyeztetett korú diákok prevenciósi igényei és szükségletei” néven is folynak) a településen tanulók körére terjed ki az adatfelvétel. A prevenciósi igények és szükségletek regisztrálása megtörténik a településen, iskolánként és akár tanulócsoportonkénti bontásban is. Az adatfelvétel kiterjed az egészségkárosító magatartások legtöbbszörre (táplálkozás, dohányzás, alkoholfogyasztás, szex, illegális szerhasználat, stb.) valamint az egészséges életmódra, környezetvédelemre. A vizsgálat során az illegális szerek használatára fókuszálva a szerhasználat szempontjából védettnek illetve veszélyeztetettnek bizonyult diákok arányát is megismerjük. A szerhasználattal kapcsolatos prevenciósi tevékenység szükségletességéről illetve szükségességéről kapnak a fórumok és az iskolák információt.

Az alkalmazott kérdőív első blokkjában az egészségkárosító magatartásformákat, többek között az illegális szerek kipróbálását elítélők és azt tolerálók különböztethetők meg. A második blokkban saját terveikről, saját jövőképeikről nyilatkoztak a diákok. Arról, hogy vajon élni fognak-e bizonyos egészségkárosító magatartásokkal, vagy éppen az egészséges életmód elkötelezett híveiként megőrzik jelenlegi (feltételezhető) szermentességüket. A harmadik

blokkban pedig karakteresen elkülönülnek a szerekek és szerhasználókkal kapcsolatos ellentétes vélemények.

Fontos hozzátennünk azt, hogy a 14 évesek védettségének, veszélyeztetettségének megítélése a kérdőív kérdéseire adott válaszok alapján igen kockázatos, még akkor is, ha valamelyik szer kipróbálását tervezik és igen toleránsak a szerhasználókkal, egyben veszélyérzetük sem jellemző. Igen gyakran ellentmondásos válaszokat adnak, hol a toleráns, hol a rendpártinak ítélt véleménnyel értenek egyet. Ennek oka az, hogy ismereteik még hiányoznak, tapasztalataik nincsenek, következtetések átgondolatlanok. Tudjuk pontosan, hogy a következő két év alatt gondolkodásmódjuk, attitűdjeik jelentősen megváltoznak. Akiket védettnek minősítünk ebben az életkorban, éppúgy megváltozhatnak, mint akiket már most veszélyeztetettnek minősítettünk, ezért minden esetben felhívjuk a figyelmet arra, hogy valószínűségeket mérünk, nem pedig egzakt módon meghatározzuk a jelenlegi vagy későbbi szerhasználók csoportjának nagyságát.

Új elemként – az eddig megszokott és alkalmazott módszert kiegészítve – azt is felmérjük, hogy vajon az egészségnevelés részterületei, témakörei iránt milyen igények jelentkeznek a diákok körében, hiszen a tervezés során erre is tekintettel kellene lenniük a prevenciót irányítóknak, a pedagógusoknak. A témák felsorolása és az érdeklődés mértékének regisztrálását követően arra is válaszokat kapunk a diákoktól, hogy ugyanezen témakörökben milyen mértékűnek érzik az ismereteik jelenlegi szintjét. Így különösen fontosak számunkra azok a témakörök, ahol nagy érdeklődés alacsony ismeretszinttel társul – mintegy jelezve azt, hogy ezekben a témákban várják elsősorban a segítséget, az információkat, ismereteket, valamint a készségeik, képességeik fejlesztését.

Ez a mérés elsősorban az iskolákban, még inkább a tanulócsoportokban nyújt hasznosítható információkat, amelyeket a hosszabb távú tervezésben éppúgy fel lehet használni, mint az aktuális, a jövő tanévre vonatkozó prevenciók tevékenység megválasztásában.

A veszélyeztetett korban lévő diákok prevenciók igényeinek és szükségleteinek mérését eddig több városban és kistérségben alkalmazták. 2008 első negyedében befejeződött az adatfelvétel a dél-dunántúli megyékben. Nyolc városban és a komlói, mohácsi kistérségben 143 iskola csaknem tízezer diákját érték el, és mérték a szerhasználat iránti védettségüket illetve veszélyeztetettségüket. A vizsgálatok eredményét összesítve a helyi KEF beépíti a tapasztalatokat stratégiájába, illetve aktuális munkatervébe. Az iskolánkénti értékeléssel a helyi iskolák vezetői, egészségnevelői segítséget kapnak a hatékonyabb iskolai egészségfejlesztés tartalmának és módszerének megválasztásához. A vizsgálat eredményeképpen az adatfelvételben részt vett iskolák egészségfejlesztési tervei elkészülnek, illetve módosulnak a mért prevenciók igények és szükségletek ismeretében.

II/2/2. „A prevenciók igények és szükségletek” vizsgálat bővíthető a „komplex vizsgálat” egyes elemeinek felhasználásával. Fókuszcsoportok alkalmazásával és a „háttér-információk” gyűjtésével, települési monográfia írásával, szerhasználókkal készített interjúk elemzésével a kisebb települések és régiók helyzetfeltáró vizsgálata készülhet el. A módszer hátránya az, hogy a részfeladatok szinte mindegyikének teljesítéséhez társadalomkutatói ismeretek és gyakorlat szükséges, amely a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknál gyakran hiányzik.

## ***V. A kezelésbe kerülők és a kezelésben lévők szükséglet-meghatározására használt eljárások és eszközök***

A feltárt kielégítetlen szükségletek ellátására irányuló döntések meghozatala előtt az ellátási lánc minden szereplője számára fontos megismerni, hogyan működik jelenleg az ellátórendszer, melyek azok a szükségletek, melyeket megfelelően el tud látni a jelenlegi ellátórendszer, és hol vannak a hiányosságok, illetve mely meglévő ellátási területek szorulnak további fejlesztésre, támogatásra. Az ellátórendszer, az azt alkotó szolgáltatók leírása e tekintetben szorosan kapcsolódik az ellátásban lévő kliensek<sup>8</sup> profiljának (azon belül is különösen: ellátásba kerülés, beutalás eredete, továbbküldés, betegirányítás, ellátásban maradás, az ellátás eredményessége) meghatározásához, leírásához.

### ***1. A kezelésbe kerülő illetve a kezelésben lévő csoportok leírásának helye a szükséglet-meghatározásban és az ellátásszervezésben***

A szükséglet-meghatározás éves ciklusában (bővebben lásd az egyes fejezetet) a kezelési adatok áttekintése már a kutatás első fázisában fontos szerepet játszik. Az **egyes pont (kulcskérdések azonosítása a rendelkezésre álló adatok alapján)** értelmezése során már felmerül a kérdés, hogy hány és milyen jellegű szolgáltató van jelen a szerhasználók ellátásában, hisz a szolgáltatás-fejlesztés ezekre az intézményekre irányul. A **második lépés (specifikus adatgyűjtés és a kulcskérdések pontosítása)** kiterjed arra, hogy milyen adatok érhetőek el a (létszám és szociodemográfiai adatok, szociális státusz, szerhasználati mintázat, kezelési történet) a kezelésben lévőkéről és az ellátatlan populációról. Ez a lépés még nem a kliensek leírására koncentrál, inkább arra a praktikus kérdésre keresi a választ, hogy melyek azok a területek, ahol rendelkezésre állnak adatok – és milyenek, mennyire validak, mire terjednek ki azok -, és melyek azok a területek, ahol a szükséglet-feltárást végző kutatócsoportnak további adatgyűjtést kell végeznie. A kezelési adatok részletes áttekintése a **harmadik lépésnél (szolgáltatástérkép és kliensprofil)** történik. A kezelés-ellátás szolgáltatásai valamilyen mértékben mindenhol elérhetőek, és működésüknél fogva eleve rögzítenek bizonyos adatokat a kezelésben részesülő kliensekről. A következőkben azt tekintjük át, hogy mire terjednek ki ezek az adatgyűjtések.

### ***2. A kezelésbe kerülő illetve a kezelésben lévő csoportok szükséglet-meghatározásának céljai***

A szükséglet-feltárás kulcsfogalma a hiányanalízis, annak feltárása, hogy milyen tulajdonságokkal rendelkező kliensek ellátására alkalmas a jelenlegi ellátórendszer, milyenek 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.

A kezelésbe lépő és a kezelésben lévő kliensek szétválasztása indokolt. A következőkben több olyan eszköz is bemutatásra kerül, mely a kezelésbe lépők leírására szolgál. A szerhasználati mintázatoknak vagy az addikció súlyosságának mértéke függvényében

<sup>8</sup> A kliens kifejezést egyaránt használjuk az egészségügyi és a szociális ellátást igénybevevő személyekre.

azonban a különböző csoportok eltérő ideig maradnak kezelésben és ellátási szükségleteik is jelentősen eltérnek egymástól. A kezelésbe lépéskor történő leírás éppen ezért torzítást okozhat, hisz az egyes csoportokra jellemző kisebb vagy nagyobb mértékű kezelésben maradás következményeként a kezelésben lévők adott pillanatra jellemző aránya jelentősen eltérhet a kezelésbe lépőkétől. A kezelésben lévők összes szükségletének feltárása a kezelési, ellátási folyamat részét képezi, és a folyamat során sem állandó. Ami mégis a kezelésbe lépéskor történő szükségletfelmérés mellett szól az az, hogy praktikus okok miatt, első megjelenéskor mindenképpen szükséges a kliens profilját alaposan feltérképezni.

A kezelésben lévő kliensek profiljának meghatározása a hatékony erőforrás-allokáció elengedhetetlen feltétele. Ahhoz, hogy megítélhessük, hogy a rendelkezésre álló erőforrások, (szakmai, humán és infrastrukturális) kapacitások elégségesek-e, és megfelelnek-e a kliensek igényeinek (és persze a szükségleteinek, akár ismertek azok a kliensek előtt, akár nem) fontos a kezelésben lévők pontos ismerete. Az intézménynek számos tekintetben – szakmai program, nyitva tartás, vizsgálatok elérhetősége, személyzet és eszközök hozzáférhetősége, finanszírozás, kontaktok száma és kezelés hossza, kliens elégedettség, eredményesség stb. - igazodnia kell a kezelésben részesülő kliensek ellátási igényeihez.

A kezelés evaluációja során – legyen az folyamat- vagy eredményértékelés – is fontos a kezelésben lévő kliensek leírása. A folyamatértékelés a kliens leírás számos elemét használja: földrajzi lefedettség, beutalás eredete, különböző programok logikai modelljének koherenciája, programok integráltsága stb. Az eredményértékelés során is nagyon fontos kérdés a kezelésben lévők homogén(ebb) csoportok közötti eltérések azonosítása. Jó példa lehet erre, ha a kezelés eredményességének változói – pl. kezelésben maradás, kezelés hatásossága, kilépés tervezettség, várakozási idő, kliens elégedettség stb. – szisztematikusan eltérnek a különböző szerhasználói csoportok között.

### *3. Alapfogalmak*

**Szerhasználati mintázat:** A szerhasználat szerenkénti eloszlása a társadalom egyes alcsoportjaiban. A fogalom maga alapvetően elméleti konstrukció mely két forrásból táplálkozik: egyrészt az egyes társadalmi csoportokban a szerek elterjedtségének és egyéb változók - fogyasztási gyakoriság, szervezetbe juttatás módja és egyéb kockázati tényezők – megfigyeléséből; másrészt a közvetlenül nem mérhető fogyasztási szokások vagy egyéb magatartások – kriminalitás, kockázatkeresés, marginalizáció, szociális státusz stb. – becsléséből.

**Kliens profil:** Szintén elméleti konstrukció, a kliens szociodemográfiai adatainak és szerhasználati mintázatainak összessége. Meghatározása célja e két tényező összességéből a kezelési igényekre, közvetve pedig a kezelési szükségletekre történő általánosítás.

**Hiányanalízis:** Annak feltárása, hogy milyen tulajdonságokkal rendelkező kliensek ellátására alkalmas a jelenlegi ellátórendszer, milyenek 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.

**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 profilja. A következőkben kliensek leírását is említjük, de a hangsúly a szolgáltatók szempontján van, azaz itt a kliensek leírása arról ad képet, hogy milyen profillal rendelkeznek azok, akiket az ellátó vagy egy adott ellátási forma képes kezelésbe vonni, továbbirányítani vagy épp ellenkezőleg, nem képes kezelésben tartani vagy megfelelő időben további szintre továbbirányítani.

**Belépés az ellátórendszerbe:** Az ellátórendszerbe történő belépés, a beutalás eredete (emlékeztetőül: a kliens leírás egyik fontos eleme, lásd TDI). A leggyakoribb beutalási pontok: önmaga jelentkezik, alacsonyküszöbű szolgáltatók, toxikológiai ellátók, alapellátásból (házi orvosoktól) érkezők, büntető igazságszolgáltatás (elterelés) irányítása alapján érkezik.

**Kezelésben vagy ellátásban lévők:** Valamely ellátási formában részt vevők leírása. A jellemző ellátók itt a járóbeteg szakellátók: drogambulanciák, addiktológiai és pszichiátriai gondozók és a fekvőbeteg ellátók. További ellátók lehetnek a rehabilitációt végző intézmények, a félutas házak, vagy a védett munkahelyet biztosító programok, de az önsegítő csoportok is. A modell arra is alkalmazható, hogy segítségével a különböző ellátási formákban megjelenő kliensek összehasonlítását elvégezzük, illetve a hosszabb távú ellátásban maradás vagy épp a kiesés tényezőit feltárjuk.

**Mozgás az ellátási rendszeren belül:** A kliensek különböző ellátási formákat vesznek igénybe akár egy időben, vagy időben egymást követően. Az ellátási térkép segítségével feltárhatók, mely kliensek lépnek tovább, hova kerülnek továbbirányításra, és milyen profillal rendelkeznek azok a kliensek, akik az adott ellátási formában maradnak.

**Kilépés az ellátórendszerből:** Valamely ellátási formából kilépő kliensek leírása, illetve annak feltárása, hogy a kilépés tervezett vagy nem tervezett volt (drop-out).

#### *4. A kezelésbe kerülő illetve a kezelésben lévő csoportok leírásának korlátai*

A kezelésbe kerülő és a kezelésben lévő csoportok leírása jellemzően általánosító leírás, mely elsősorban ellátásszervezési szempontok szerint rendeződik. A kliensek ilyen leírása szükségszerűen nem elég alapos leírás ahhoz, hogy diagnosztikai céloknak megfeleljen. A kezelésben lévő, elterelésben részt vevő kliensek létszáma fontos információ a kapacitási kérdések felmérésekor (állapotfelmérések száma, csoportok száma, finanszírozás, infrastrukturális igények stb. tekintetében), de az addikció súlyosságáról vagy a vulnerabilitás mértékéről nem szolgál információval.

A kezelésben történő részvétel nem szükségszerűen jelenti az összes kezelési szükséglet kielégítettségét. A szükségletek nem egyértelműen megfeleltethetőek, azonosak a kezelési igényekkel. A kezelési igényeket felszínre került kezelési szükségleteknek tekinthetjük, miközben elképzelhető, hogy bár a kliens az ellátórendszer számára ismert, egyes szükségletei a rendszer számára rejtve maradnak. Ilyen lehet a pszichoszociális intervencióban részt vevő intravénás szerhasználó kliens hepatitis C fertőzése, mely szűrés hiányában rejtve maradt.

## 5. A kezelésbe kerülő illetve a kezelésben lévő csoportok leírására használt módszerek

### Egyéni kliens azonosító (generált kód)

A Nemzeti Drog Fókuszpont által alkalmazott ún. generált kód állandó, anonim, egyedi azonosító, képzési algoritmus miatt alkalmas különböző ellátóknál vagy ellátási formákban megjelenő kliensnek jelölésére. Előnye, hogy segítségével a különböző adatbázisok összeköthetők. A hat karakterből álló kód nem visszafejthető, a kliens személyazonossága nem azonosítható. A kód képzési algoritmus kizárja az ismétlődést.

A generált kód alkalmazható a különböző intézmények közötti mozgás követésére, így az ellátástérkép elkészítése során, a betegutak nyomon követésére. Példaként, ha egy alacsonyküszöbű intézményben, pl. tűcserében a generált kódok rögzítésre kerülnek, követhető, hogy az ott megjelent kliensek közül hányan jelentek meg egy további ellátási formában, pl. egy drogambulancián.

A generált kód képzési algoritmus

**1. 2. 3. 4. 5. 6.**

1. Kliens születési (leánykori) első vezetéknevének második betűje, ékezet nélkül
2. Kliens születési (leánykori) első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül
3. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) negyedik karaktere
4. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) nyolcadik karaktere
5. Kliens édesanyja leánykori első vezetéknevének második karaktere, ékezet nélkül
6. Kliens édesanyja leánykori első keresztnévének harmadik karaktere, ékezet nélkül

### Kezelési igény indikátor (TDI)

A kezelési igény indikátor a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egyik kulcsindikátora, mely a kezelésbe lépő szerhasználók – elsősorban a szerhasználati mintázataira vonatkozó, de nem kizárólagosan – adatainak leírására szolgál. Az indikátor alkalmazható a kezelési igények monitorozására, a problémás kábítószer-fogyasztás trendjeinek nyomon követésére, a kezelési kapacitások jobb allokációjára, a különböző kezelési modalitások elérhetőségének feltárására, a kezelőhelyek igénybevételére vonatkozó jellemzők meghatározására, a szolgáltatások tervezésének és értékesítésének segítésére, és más adatbázisokkal együtt a kezelési igények számának feltárására. Magyarországon az indikátor, kísérleti fázist követően, 2006-tól működik.

TDI jelentési kötelezettség terheli az alábbi szervezeteket: drogambulanciák és droggözpontok, háziorvosok, pszichiátriai és addiktológiai gondozók, gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók, pszichiátriai és addiktológiai osztályok és szakambulanciák, krízisintervenciók osztályok, illetve szakambulanciák, drogterápiás intézetek, alacsonyküszöbű szolgáltatók, büntetés-végrehajtási intézetek, elterelést végző szervezetek (megelőző-felvilágosító szolgáltatók, egészségügyi szolgáltatók); igazságügyi orvostani intézetek, orvosszakértői intézetek.

A TDI kérdőív 21 itemből áll, felvételi ideje mintegy 10 perc. Fontos adatforrás a szükséglet-felmérés kezelése lépő klienseinek azonosítására, mert meglévő adatgyűjtés, amely a kutatást végrehajtó csoporttól minimális ráfordítást igényel. A beutalás eredete az ellátási térkép megrajzolása során alkalmazható.

Alkalmazásának korlátját jelenti, hogy az új kezelési igényeket méri fel, azaz nem a kezelésben lévők, csupán a kezelésre jelentkezők számát, profilját tárja fel. Korábban szóltunk arról, hogy a kezelésben töltött idő eltérő hossza miatt ez jelentősen eltérhet a kezelésben lévők számától és profiljától.

A TDI kérdőív által feltárt területek:

- egyedi kliens azonosító (generált kód)
- szociodemográfiai adatok (nem, kor, lakóhely, állampolgárság)
- szociális státusz (iskolai végzettség, munkaügyi státusz, családi állapot, lakhatás kérdései)
- kezelési történet (kezelőhely típusa, korábbi kezelés, beutalás eredete)
- szerhasználati mintázat (elsődlegesen használt és további szerek, szerhasználat gyakorisága, szervezetbe juttatás módja, részvétel opiát helyettesítő kezelésben, intravénás szerhasználat prevalenciája)

Az országos vagy a megyei adatok és egy szolgáltató kezelésbe lépő klienseinek szerhasználati mintázatainak összehasonlítása információval szolgálhat az ellátatlan populációról vagy az ellátás-fejlesztés irányáról.

### **Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP)**

Az OSAP adatgyűjtés „Jelentés a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről” modulja kiterjed a kábítószer-fogyasztók kezelését ellátó egészségügyi szolgáltatókra. Az OSAP adatgyűjtés a szolgáltatókra háruló ágazati adatjelentési kötelezettséget takar, így a szükségletek feltárására irányuló projekt végrehajtóitól erőforrásokat nem igényel. A lokális adatok összegyűjtéséhez, annak validitásának mérlegeléséhez javasolt ugyanakkor a helyi kezelési szakemberek (pl. KEF tagok, kezelőhelyek vagy az ÁNTSZ helyi szakembereinek) bevonása.

OSAP jelentési kötelezettség alá a drogambulanciák és drogpontok, 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 tartoznak.

Az OSAP adatgyűjtés során feltárt területek intézményi aggregát formában tartalmazzák az összes, adott évben kezelésben részt vevő kliens szociodemográfiai adatait, a szerhasználati mintázatokra vonatkozó főbb adatokat és a továbbutalásra vonatkozó adatokat, a létszámadatok mellett.

A kábítószer-használatra vonatkozó országos OSAP adatok, ill. az abból készülő elemzés minden évben megjelenik a Nemzeti Drog Fókuszpont Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára kiadványában. Fontos korlátot jelent azonban, hogy ezen adatgyűjtés kizárólag az egészségügyi intézmények számára kötelező. Előnye, hogy ezen intézményeknél az adatok rendelkezésre állnak, valamint az, hogy az adatgyűjtés az adott évben kezelésben lévő kliensekre vonatkozik, nem csupán a kezelésbe lépő kliensekre – szemben a TDI adatgyűjtéssel.

## **DBS szűrés**

Az Országos Epidemiológiai Központ tűcsere szervezetekkel és drogambulanciákkal együttműködve minden évben szűrést végez az intravénás szerhasználók körében a HIV, a HCV és a HBV fertőzések prevalenciájának meghatározása érdekében. Ez a vizsgálat tulajdonképpen a fertőzésekkel kapcsolatos ellátatlan szükségleteket azonosít.

## **Irodalom**

EMCDDA (2000): Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. 2000. EMCDDA, Lisbon.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>

[2010.02.23.]

NFP (2009): Éves jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. NFP, Budapest.

<http://drogfokuszpont.hu/?pid=96> [2010.02.17]

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

76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról.

<http://www.ndi-szip.hu/EDocumentData.aspx?ID=a7a3587e-f027-4071-bfb4-12c0d2abf499>

[2010.02.17]

## **VI. Az egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök**

A fejezet a szerhasználó személyek egyéni (egészségügyi és szociális) szükségleteinek meghatározására használt érvényes pszichológiai, klinikai mérőeszközöket, illetve az ezek kiválasztását segítő javasolt kritériumokat mutatja be. A már ellátórendszerbe került kliensek átfogó felmérésére használt mérőeszközök mellett megemlítünk néhány pszichológiai, a problémás szerhasználat felderítésére használatos szűrő mérőeszközt is, amelyek nem csak az ellátórendszeren belül, hanem az azon kívül eső speciális célcsoportok problémás szerhasználatának szűrésében is összehasonlítható adatokat nyújtó eszközök lehetnek.

### **1. Az ellátórendszerben megjelenő kliensek egyéni szükségleteinek meghatározása; helye és célja a szükséglet-meghatározás folyamatában**

Jelen fejezetben csak érintőlegesen térünk ki arra, hogy a bemutatott mérőeszközök által meghatározott egyéni szükségletek milyen szerepet töltenek be a szükséglet-meghatározás folyamatában, mivel ez az ötödik fejezetben már részletesen definiálásra került. Egyrészt, a már meglévő adatok szerepet játszanak a *specifikus adatgyűjtésben és a kulcskérdések pontosításában* (mely területeken állnak rendelkezésre adatok, mennyire megbízhatóak és érvényesek, hol vannak a fehér foltok?), másfelől a *szolgáltatástérkép és kliensprofil* felvázolásában, azon belül is legfőképpen a kliensprofil meghatározásában. Az egyéni szükségletekről szerzett adatok lényegi elemét képezik a hiányanalízisnek és hozzájárulnak a kliensek szükségleteihez jobban illeszkedő szolgáltatás spektrum megtervezéséhez.

#### **A mérőeszközök kiválasztása**

Az alkalmazásra szánt eszköz kiválasztásánál két fő dimenzió mérlegelésére van szükség. Egyrészt, hogy a mérőeszköz megfelel-e az ilyen jellegű eszközökkel szemben támasztott alapvető pszichometriai kritériumoknak, másrészt, hogy harmonizál-e a mi konkrét céljainkkal, elvárásainkkal és lehetőségeinkkel (tartalmi és technikai szempontok, amelyek már nem általánosságban minősítenek egy eszközt, hanem a mi törekvéseink szempontjából értékelik azt).

A következőkben bemutatásra kerülő módszerek kiválasztásánál három alapvető szempont figyelembevételére törekedtünk:

- (1) nemzetközi viszonylatban széles körű használatban vannak, azaz alkalmasságuk kiállt egyfajta gyakorlati próbát
- (2) pszichometriai mutatói – különböző mintákon és alkalmazásokban – megfelelő megbízhatóságot (reliabilitást) és érvényességet (validitást) mutatnak, azaz pszichometriai szempontból megfelelőnek tekinthetők;
- (3) illetve, amelyek magyar nyelven is elérhetők és ideális esetben az első két pontnak hazai populáción történt alkalmazásuk szempontjából is megfelelnek.

## 2. Alapfogalmak

Az alkalmazhatóság pszichometriai kritériumai

A pszichometriai kívánalmak két fő területét a mérőeszköz megfelelő *érvényessége* (*validitása*) és *megbízhatósága* (*reliabilitása*) jelenti.

A **validitás** arra vonatkozik, hogy a mérőeszköz valóban azt a jelenséget méri-e, amit mérni szándékozunk vele. Az érvényesség leggyakrabban használt három mutatója a (1) tartalmi, a (2) kritérium és a (3) konstruktum validitás.

A **tartalmi validitás** arra utal, hogy a mérőeszköz tételei megfelelően fedik-e a vizsgálni kívánt jelenséget. Például, ha az opiát dependencia felmérése a célunk, akkor nem elég, ha az eszköz tételei csupán a dependencia bizonyos aspektusait mérik fel (pl. tolerancia), hanem a tételeknek a dependencia teljes tünetegyüttesét tükrözniük kell.

A **kritériumvaliditás** azt mutatja, hogy az eszköz megfelelő kapcsolatban van-e a vizsgált jelenség más külső megnyilvánulásaival. A megnyilvánulásokat mintegy kritériumként alkalmazzuk a mérőeszköz validitásának vizsgálatában. Külső kritérium éppúgy lehet valamilyen konkrét egyéni teljesítmény vagy valamilyen viselkedéses mutató, mint akár a megfigyelői értékelések összessége vagy egy szakértői ítélet is.

A **konstruktumvaliditás** pedig az elméleti modellel való kapcsolat megfelelőségét vizsgálja, vagyis azt, hogy a mérőeszközön elért pontszám pontosan tükrözi-e azt az elméleti konstruktumot, amit mérni szeretnénk. Általában több mérőeszköz eredményeinek összevetésével vizsgáljuk. Egyik esetben várhatjuk, hogy a két konstruktum minél szorosabb együttjárást mutasson (pl. két depresszió kérdőív összevetése, vagy tanár, szülői és önjellemzések közötti együttjárások), míg a másik esetben a mért konstruktumok elkülönülését, függetlenségét várjuk el (pl. szorongás és depresszió kérdőív).

A **reliabilitás** a mérőeszköz megbízható, azaz pontos és következetes mérési tulajdonságát hivatott ellenőrizni. A reliabilitásnak három alapvető típusát különböztetjük meg. Ezek a (1) belső konzisztencia, az (2) időbeli (test-retest) stabilitás és a (3) pontozói (inter-rater) együttjárás.

A **belső konzisztencia** esetében elvárás, hogy a skálákat és alskálákat képező tételek megfelelő mértékben összefüggjenek egymással.

Az **időbeli stabilitás** lényege, hogy a mérőeszköz bizonyos időintervallum (pl. két hét) eltelte utáni ismételt felvételekor az eredmények megfelelő mértékben egyezzenek az első felvételkor kapott eredményekkel.

A **pontozói együttjárásnál** pedig azt várjuk, hogy a mérőeszköz különböző értékelők által történő alkalmazása során se mutasson számottevő variabilitást (pl. egy félig strukturált interjú során, két egymástól függetlenül dolgozó szakember az interjúalany kamerával rögzített válaszait nagymértékben hasonló módon pontozza).

## 3. Szűrés

A problémás szerhasználat felméréseinek 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

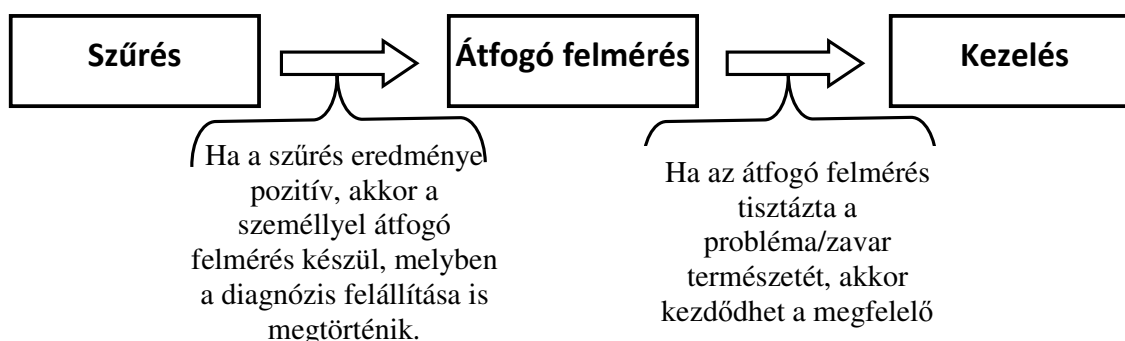
vizsgálatnak, pontos diagnózis felállításának, átfogó helyzetfelmérésnek vethessük őket alá. Szűrőmérőeszközöket alkalmazhatunk továbbá az ellátórendszeren kívül eső populációk problémás szerhasználatának gyors becslésére is.

### Problémafeltárás

A szűrés feladata tehát annak megállapítása, hogy létezik-e a szerhasználattal összefüggő probléma a felmért személyek között. A *problémafeltárás* ezzel szemben a már létező és az ellátórendszer számára láthatóvá vált probléma mértékének, specifikusabb jellegzetességeinek feltárását célozza. Magába foglalja a kliens egészségügyi és szociális szükségleteinek széleskörű és egyben differenciált felmérését. Így a problémafeltárás a hatékony kezelési terv felállításának nélkülözhetetlen előfeltétele az ellátórendszerben és kiemelten fontos információforrás az ellátás-szervezés számára a szükséglet meghatározási folyamatban. A szükségletek meghatározásának e fázisa idő- és eszköz igényesebb, mint a szűrés, nagyobb ráfordítást igényel a szervezetek, szakemberek részéről.

Az alábbi ábra a szűrés, az átfogó felmérés (melynek része a problémafeltárás) és a kezelés kapcsolatát szemlélteti (Allen, 1991).

1. ábra. A szűrés, az átfogó felmérés és a kezelés kapcsolata



### Szűrőmódszerek – lehetőségek és korlátok az egyéni szükségletek meghatározásában

A szerhasználattal kapcsolatos problémák súlyosságának szűrésére kidolgozott kérdőívek közül röviden bemutatjuk azokat, amelyek elérhetőek magyar nyelven, és amelyek az előzetes pszichometriai vizsgálatok eredményei szerint érvényes és megbízható mérőeszközök (Demetrovics, 2010). Az ebben a bekezdésben bemutatott skálák előnye, hogy csupán néhány tételt tartalmaznak, önkitöltős, papír-ceruza tesztek, így rövid időn belül, kis ráfordítással is megbízható eredményeket nyújtanak a vizsgált személyekről. Ilyen eszköz a specifikusan a kannabiszhasználat mérésére összeállított *Kannabisz Használat Szűrőkérdőív* (Cannabis Abuse Screening Test, *CAST*) (Legleye és mtsai, 2007) vagy a 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 kannabiszhasználat vonatkozásában került alkalmazásra. A *Kannabiszhasználat Zavarainak Szűrőtesztje* (Cannabis Use Disorders Identification Test, *CUDIT*) (Adamson és Sellman, 2003) az AUDIT mintájára elkészített 10

tételes eszköz, amely kérdőíves felmérések és a klinikai munka során egyaránt jól alkalmazhatónak bizonyult. Végül 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. (A kérdőíveket a hosszú tanulmány 9-13. melléklete tartalmazza.)

### ***Problémafeltárás – lehetőségek és korlátok az egyéni szükségletek meghatározásában***

A problémafeltárás szakaszában alkalmazható mérőeszközök közül elsőként a nemzetközileg és Magyarországon is széles körben alkalmazott, szerhasználattal összefüggő problémák feltárására és az addikció súlyosságának mérésére kifejlesztett Addikció Súlyossági Indexet (ASI) mutatjuk be.

#### ***Addikció Súlyossági Index (ASI)***

Az ASI egy többszemponútú, félig strukturált klinikai interjú, melynek célja alkohol, illetve drogfüggő személyek helyzetének feltárása hét meghatározott problématerületen. A McLellan és munkatársai (1980, 1992) által kidolgozott mérőeszköz a függőséghez hozzájáruló, valamint a függőség miatt kialakuló problémák feltérképezését szolgálja, elsősorban a leghatékonyabb gyógykezelési mód kiválasztása céljából. Az ASI magyar adaptált (Gerevich és mtsai, 2001; Rácz és mtsai, 2002, Módszertani tanulmány 7. melléklet) változata az egyik legszélesebb körben használt félig-strukturált interjú, mely 2001-től elérhető nem csak a kábítószer-fogyasztók problémáinak és szükségleteinek feltárására, de a kezelés kimenetelének és hatékonyságának mérésére is. Az ASI mintegy 160 kérdése 7 nagy terület problémáit képes feltárni:

1. Egészségi állapot;
2. Foglalkoztatás és megélhetés;
3. Jogi státusz;
4. Családi és társas kapcsolatok;
5. Alkoholfogyasztás;
6. Drogfogyasztás;
7. Pszichiátriai státusz.

A 7 problématerület együttes mérésének segítségével a profiból láthatóvá válik, hogy a klienseknek a kapott szolgáltatásokon kívül milyen típusú szolgáltatások igénybevételére lenne szüksége, valamint képet kapunk a kliensek különböző ellátásokkal kapcsolatos elégedettségéről is. Az ASI segítségével nyert adatok több szempontú szükséglet meghatározást tesznek lehetővé a szakemberek számára, segítséget jelentenek a hatékony ellátás megtervezésében, továbbá alkalmasak a kezelési hatékonyság mérésére is.

#### ***Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-HU)***

Az ASI-val ellentétben, amelyet specifikusan szerhasználó csoportok számára fejlesztettek ki, a CAN (Camberwell Assessment of Need, Phelan és mtsai, 1995) a pszichiátriai ellátásban résztvevők felmérésére készült, mindazonáltal a kábítószer- és alkoholfogyasztással kapcsolatos modulja révén alkalmas és releváns eszköz a problémás szerhasználók szükségleteinek felmérésére is.



A mindössze 15 perc alatt felvehető CAN az élet 22 területén vizsgálja a páciens szükségleteit, az ezekre kapott segítséget, illetve a segítséggel való elégedettség mértékét a kliens, a személyzet és (lehetőség szerint) a hozzátartozó nézőpontjából egyaránt (Hosszú tanulmány 8. melléklete). A CAN alapelve, hogy a szükséglet szubjektív koncepció, így egyszerre több különböző, de egyaránt érvényes percepció létezhet a szükségletek fennállásáról vagy hiányáról. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a módszer fontos szerepet kaphat a kezelés megtervezésében, csakúgy, mint a kliens állapotának későbbi nyomon követésében, monitorozásában, s általában az ellátórendszernek a kliensek szükségleteihez illesztésében. A CAN által mért 22 terület a következő: (1) Lakhatás; (2) Élelem; (3) Háztartásvezetés; (4) Ápoltság; (5) Napközbeni tevékenységek; (6) Testi egészség; (7) Pszichotikus tünetek; (8) Tájékoztatás a beteg állapotáról és a kezeléséről; (9) Pszichés problémák; (10) Önveszélyesség; (11) Közveszélyesség; (12) Alkoholprobléma; (13) Gyógyszer- és drogprobléma; (14) Társas kapcsolatok; (15) Intim kapcsolatok; (16) Szexualitás; (17) Gyermekgondozás; (18) Alapvető írásbeli, olvasási és számolási készségek; (19) Telefon; (20) Közlekedés; (21) Pénz; (22) Segélyek.

Az ASI-hoz hasonlóan elmondható, hogy nemzetközileg elfogadott, széles körben alkalmazott eszköz, mely megfelelő pszichometriai mutatókkal bír és magyar nyelven is hozzáférhető (CAN-R-HU, Demetrovics és Laczkó, 2008). Alkalmazása rövid időt vesz igénybe és formális képzés nélkül is könnyen elsajátítható. Meg kell említenünk azonban, hogy őszinte válaszok nyeréséhez a kérdező és a kliens közti bizalomra van szükség, ellenkező esetben a kapott adatok torzíthatnak. A CAN egyszerre 22 területen méri a kliensek felismert és fel nem ismert szükségleteit, a problémákra kapott formális és informális segítség mértékét, illetve a kapott segítséggel való elégedettséget is. Több szempontú szükségletfelmérést tesz lehetővé, mivel tartalmazhatja a kliens, a hozzátartozó, illetve a személyzet értékelését is. A CAN segítségével szerzett adatok segítséget jelentenek a hatékony ellátás megtervezésében, továbbá alkalmasak a kezelési hatékonyság mérésére is.

## Irodalom

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. (2003). Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT). *Drug and Alcohol Review*, 22, 309–315.
- Allen, J. P. (1991). The interrelationship of alcoholism assessment and treatment. *Alcohol Health and Research World*, 15, 178–185.
- Demetrovics Zs., Laczkó Zs. (2008) A Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása *Psychiat Hung*, 23(4), 297-303
- Demetrovics, Zs. (2010) Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában *Orvosi Pszichológia* (megjelenés alatt)
- 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.
- 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.
- 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.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L., O'Brien, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 173, 412–423.
- 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.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., et al (1995) The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589 -595.
- Rácz, J., Pogány, Cs., Máthé-Árvay, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(4), 587–603.

## ***VII. Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök***

Módszertani segédanyagunk ezen része abban kíván segítséget nyújtani, hogy bemutassa azokat a legfontosabb eljárásokat és mérőeszközöket, amelyek segítségével lehetővé válik a szenvedélybetegek helyi ellátásával kapcsolatos általános és célcsoport-specifikus szükségletek, beavatkozási területek felmérése. Ebben az értelemben alapvetően kétféle nagy csoportba soroljuk eszközeinket annak fényében, hogy általános, egy adott közösség (mely lehet akár egy szűkebb lokalitás, mikroközösség vagy akár egy egész település, vagy ország közössége is) minden tagjára kiterjedő ún. normál populációs szükséglet-meghatározásról van-e szó, vagy pedig valamilyen nehezen elérhető, ún. rejtőzködő célcsoport szükséglet-meghatározásáról.

A leggyakoribb normál populációs vizsgálatok az általános felnőtt lakosságra koncentrááló egészségfelmérések, valamint a szerhasználat korosztályi mintázatát becsülni hivatott felvételek. A rejtett populációs becslések ezzel szemben elsősorban a problémás vagy a kezelésbe nem vont szerfogyasztók számának és szükségleteinek feltárására alkalmasak. Ezen eszközök legfontosabb közös jellemzője, hogy mintavételen alapulnak, és matematikai-statisztikai alapon becslik a szükségleteket és különösen a probléma kiterjedtségét, érintettségét.

### ***1. A populációs szintű szükséglet-felmérésre vonatkozó célok, módszerek és eszközök helye az ellátástervezés szervezés és a szükséglet meghatározás folyamatában***

A minden ellátási valamint fejlesztési terv alapja az, hogy pontosan ismerjük az egyes szerek fogyasztásának prevalenciáját, elterjedtségét, és amennyiben módunk és eszközünk van rá, akkor a célcsoport specifikus mintázatát is. Ennek megfelelően minden ellátásszervezés és szükséglet-meghatározás első lépése a populációs szintű szükségletfelmérés, hiszen ennek eredménye alapjaiban határozza meg a kapacitás-tervezés következő lépcsőjét az adott helyi közösségben. Ha nem tudjuk, hányan lehetnek érintettek egy-egy szertípus által, és hogy milyen gyakoriságú az adott szerek fogyasztásának intenzitása, nem tudjuk adekvát módon meghatározni az ellátási kapacitásokat. Ha nem ismerjük a populációban az attitűdöket, nem tudjuk, hogy mivel lehet motiválni az érintetteket, illetve szociális hálójukat a szolgáltatások igénybevételére.

Az ellátási terv elkészítéséhez, illetve a meglévő ellátás optimalizálásához a rejtett vagy normál populációs szintű szükséglet-meghatározás során alapvetően kétféle információs stratégia mentén dolgozhatunk, s ezek egyben kétféle kutatási paradigmát is jelentenek. Az egyik stratégia primer adatfelvételek eredményeire alapozva becsli a keresett populációs paramétereket. A másik stratégia mentén már meglévő adatbázisok, epidemiológia, bűnügyi, szociális stb. kataszterek felhasználásával matematikai modellezések segítségével becsülhetjük meg a populációs paramétereket. Ezen utóbbi modelleket elsősorban nehezen elérhető, ún. rejtőzködő populációk becslésekor érdemes használni.

|                     | Normál populáció  | Rejtőzködő populáció  |
|---------------------|---|---|
| Célcsoport becslése | Közvetlen módon, valószínűségi mintavételi technikákkal | 1. Közvetlen módon nem valószínűségi mintavételi technikákkal<br>2. Közvetett módon valószínűségi mintavételi technikákkal<br>3. Közvetett módon kataszterek epidemiológiai listák felhasználásán keresztül |

## 2. A populációs becslések célja

A normál populációs becslések alapvető célja, hogy szerfogyasztás elterjedtségéről, mintázatáról, prevalenciájáról általános leíró jellegű elemzéseket készítsen egyenként a különböző szerekre, valamint vázolja az ezekkel kapcsolatos tágabban értelmezett egészségmagatartási hátteret. A normál populációs becsléseknek alapvetően két formájával találkozhatunk, az egyik a teljes populációra vonatkozóan készít érintettségi, kitettségi, akár kockázati becsléseket, a másik pedig egy-egy jól körvonalazható, a társadalomban markánsan jelen lévő alpopulációra, pl. tanulókra, aktív felnőttekre, felsőoktatási hallgatókra, munkanélküliekre stb. teszi ugyanezt.

Az EMCDDA a droghasználattal kapcsolatos General Population Surveys (GPS), vagy más néven normál vagy általános populációs felvételek esetében módszertani ajánlasként meghatározta azokat a kulcsindikátorokat, melyek előállítása populációs becsléseket célzó projektek esetében nélkülözhetetlenek. Ezen indikátorokat részletesen bemutatja jelen segédanyag „Kielégítetlen szükségletű célcsoportok szükséglet-meghatározása” című fejezete.

A hagyományos statisztikai módszerekkel és a normál populációs felvételekkel (GPS) nem lehet pontos becsléseket készíteni a rejtőzködő csoportok nagyságáról, populációs paramétereiről és ennek megfelelően valószínűségi mintán történő statisztikailag is védhető kutatási eredmények sem igen születhetnek. A rejtett populációs becslések ezen próbálnak – első sorban statisztikai módszerekkel – segíteni, azt célozzák, hogy a fent részletezett kiinduló információk ezen alcsoportok esetében is rendelkezésre álljanak.

## 3. Alapfogalmak

**Normál populációs becslés:** A normál populációs becslés egy olyan statisztikai eljárások sorozata, amely az általános népesség (legtöbbször 15-64 vagy 18-X éves populáció) körében reprezentatív mintán alapuló kérdőíves felmérés, ún. GPS (General Population Survey) súlyozott és validált adatbázisából indul ki. Ezen becslések jellemzően olyan populációs paramétereket határoznak meg, melyek arányokat (pl. az amfetamint életük során kipróbálók aránya) vagy értékeket (pl. a fővárosban egy év alatt, egy dohányos által elszívott cigaretták száma) adnak eredményül valamely kulcsindikátorhoz kapcsolódva.

**Kulcsindikátorok:** A kulcsindikátorok a kábítószer-probléma elterjedtségét és mintázódását teszik mérhetővé, becsülhetővé. Ez az információ rendkívül fontos a szolgáltatások alakítása és tervezése szempontjából. Mivel egy-egy fogalmat (pl. szerfogyasztás, érintettség, kockázati magatartás stb.) számos indikátorral, változóval mérhetünk, szükség van arra, hogy bizonyos indikátorokat kiemelten kezeljünk a vizsgálat során, melyek egyben garantálják a más vizsgálatok eredményeivel való összehasonlíthatóságot is. Az EMCDDA által kidolgozott ajánlásokat e tekintetben is érdemes követni. Az EMCDDA öt kulcsindikátort azonosít: *a droghasználat elterjedtsége a populációban; a kezelési igény indikátor; a problémás droghasználók aránya; a fertőző megbetegedések elterjedtsége a droghasználó populációkban és a droghasználattal összefüggő (közvetlen és közvetett) halálozás.*

**Populáció:** A *populáció* vagy alapsokaság (target population) azoknak az elemeknek az összessége, amelyeket vizsgálni akarunk, amelynek valamilyen epidemiológiai tulajdonságáról, magatartásáról többet szeretnénk tudni. A kutatás során a populációt pontosan kell meghatározni a kutatási célnak megfelelően. A célpopuláció mindig elméleti fogalom, az *elérhető* vagy *vizsgálati populáció* (study population) az elméleti célpopulációnak egy szűkebb, kisebb része, azokat az elemeket tartalmazza, akik ténylegesen elérhetőek, akik közül a mintavétel ténylegesen megtörténhet. A populáció az epidemiológiai kutatások esetében ez lehet ún. normál vagy általános, illetőleg speciális (pl. hajléktalanok, prostituáltak, börtönlakók stb.), továbbá lehet rejtőzködő is.

**Valószínűségi és nem valószínűségi minta:** Az adatgyűjtés ezekben a kutatásokban mintavételre alapul - azaz nem kérdezzük meg mindenkit, vagyis a mintába került személyekből vonunk le következtetéseket a sokaságra. A teljes sokaságról „csak” valószínűségi megállapításokat tehetünk, és becsléseink pontossága kiszámítható. A valószínűségi mintavétel körébe azok a mintavételi eljárások tartoznak, ahol tudjuk alkalmazni a valószínűség-számítás szabályait (a véletlen, illetve torzított véletlen kiválasztáson alapuló minták), míg értelemszerűen a nem valószínűségi minták esetében erre nem kerülhet sor.

**Reprezentativitás:** Egy normál populációs minta akkor tekinthető reprezentatívnak, ha a mintán belül a különféle jellemzők eloszlása ugyanolyan, mint az alapsokaságban. A reprezentativitás tehát a mintából levont következtetések általánosíthatóságának alapfeltétele, melyet egyetlenegy dolog garantálhat, a megfelelő mintavétel. Akkor lesz a mintánk reprezentatív, ha mindenkinek a populációból egyenlő esélyt adunk a mintába kerülésre.

**Mintavételi hiba (sampling error):** A mintavételi hiba a szó hétköznapi értelmében nem hiba, hanem annak a mutatója, hogy a mintából kapott populációs paraméterek becslései a valószínűség-számítás szerint mennyire pontosan közelítik meg a teljes alapsokaság adatait. Egy mérőszám, amely néhány adat ismeretében meg is becsülhető.

**Input kataszter:** A rejtett populációs becslések során alkalmazott eljárások között gyakoriak azok, amelyek valamilyen meglévő adatforrást, olyan kiinduló személyi listát igényelnek, melyek tartalmazzák a keresett paraméter szempontjából releváns adatokat is minden egyes lista tagnál (vett-e részt kezelésben, volt-e büntetve, HIV érintett-e stb.). A legtöbb ilyen becslő módszer több input lista egyidejű meglétét igényli.

#### *4. Mit várhatunk a populációs becslésektől, és mint nem?*

A populációs becslésektől azt várhatjuk, hogy valamilyen előre adott megbízhatósággal - az epidemiológiai kutatásokban és más társadalomtudományi vizsgálatokban ez 95 százalékos szintet jelöl – közelítő becslést adnak egy a vizsgálati populáció általunk nem ismert paraméterére. A becslés eredménye soha nem egy konkrét szám vagy érték, hanem mindig egy intervallum, amely azt mutatja meg, hogy az általunk keresett és a mintából becsült paraméter (pl. az LSD-t kipróbálók százalékos aránya), hogyan viszonyulhat a teljes alapsokasághoz. A mintából becsült paraméter és a hozzáadandó mintavételi hiba jelöli ki azt a tartományt, amelyről 95 százalékos valószínűséggel állíthatjuk, hogy az általunk kapott adatok ide esnek, ha mindenkit megkérdeznénk. Ha pl. azt mérjük egy 1000 fős mintán, hogy a lakosok 30 százaléka kipróbálta már a „füves cigit”, akkor ez azt jelenti, hogy ha 100 alkalommal elvégeznénk a becslést, akkor abból 95 alkalommal valahol a 30 % +/- 3.2 százalék, vagyis 26,8 és 33,2 százalék között lenne a kapott becslési érték. Mindezt persze csak akkor várhatjuk, ha ún. valószínűségi mintán becsültük a keresett paramétert, vagyis olyan mintavétellel (pl. egyszerű véletlen, szisztematikus véletlen, rétegzett véletlen stb.) ahol mindenkinek egyenlő esélye volt a mintába kerülésre. Ez azt is jelenti, ha nem ilyen mintákon dolgoztunk, hanem ún. nem valószínűségi mintával (pl. hólabdás minta, kvótás minta, szakértői minta, önkiválasztó minta) becsüljük a populációs paramétert, a becslés pontosságáról semmit nem tudunk meg, az eredmények akár teljesen tévesek is lehetnek.

A populációs becslésektől nem várhatjuk azt sem, hogy teljesen azonosan visszaadják azt az eredményt, amit akkor kapnánk, ha mindenkit megkérdeznénk, hiszen a mintavétel, mint statisztikai szükségszerűség jelen van. A módszer arra viszont alkalmas – ha betartjuk a mintavétel szabályait – hogy akár már néhány száz fős almintából is jó közelítéssel, ezerfős mintán pedig már alacsony mintavételi hibával jól tudunk becsülni. Mivel a becslés pontossága nagyban függ az elemszámtól, a normál populációs felvételek a kis arányban előforduló egészségkárosító magatartást jellemzően nagy hibával tudják csak becsülni, míg a gyakrabban előforduló paramétereket kisebb hibával. Ennek megfelelően a problémás szerhasználatra, az intravénás szerhasználatra, a kábítószer terjesztésben való részvételre, a HIV érintettségre és más, a teljes népességben alacsony arányban előforduló szerhasználatot vagy problémát nem tud pontosan becsülni.

A rejtett populációs becslések ezzel szemben alkalmasak lehetnek ezen ritkább epidemiológiai jelenségek feltárására, azonban a rejtett populációs becslésektől nem várhatunk el olyan becslési teljesítményt, mint a valószínűségi mintákon zajló vizsgálatoktól.

## 5. A populációs becslés módszerei

### 5.1 Normál populációs becslések standard mérőeszközökkel

A normál populációs becsléseket általában a kulcsindikátorokra fókuszáló standard kérdőívek mintán történő felvételével, döntően személyes megkérdezés útján végzik a szükségletfeltárás során. Itt tehát három fontos összetevőről van szó:

- a) a kulcsindikátorok vagy azok némelyike mentén rendelkezésre kell állnia adatoknak,
- b) standard, általában nemzeti és/vagy nemzetközi szinten egységesített mérőeszköz kell, pl. ilyen az ELEF (Európai Lakosság Egészségfelmérés), az ESPAD vagy az EMCDDA által standardizált EMQ (European Model Questionnaire),
- c) meghatározott valószínűségi mintán alapuljon a becslés.

Ez utóbbi az esetek többségében talán fontosabb szempont is, mint maga a konkrét kérdőív, mert a kérdőív és a mintavételi eljárás csak együtt adhat érvényes populációs becslést. Ezt azért kell kiemelni, mert a mintavétel alapvetően meghatározza a normál populációs becslés során alkalmazható eljárásokat, a felírható értékösszeg- vagy intervallumbecslő függvényeket. A normál populációs becslések során alkalmazott kérdőívek szinte kivétel nélkül tartalmaznak olyan változókat, amelyekre értékösszeg (pl. drogra költött összeg) és/vagy intervallumbecslést kell adni (pl. kokain életprevalenciája).

A mintavétel tekintetében fontos szempont annak tisztázása, hogy az adott megismerési folyamatban kik is az információhordozók, illetve, hogy pontosan kik tartoznak az alapsokaságba (például a településen lakó vagy a településen kezelésben résztvevők, az állandó vagy az jelen lévő populáció), mert a kutatás során kapott adatokat is csak rájuk vonatkoztatva lehet értelmezni. Problémát okozhat, hogy jó mintát csak az elérhető populációra lehet készíteni, míg a minta alapján az általánosítást már a célpopulációra végezzük el. Ennek megfelelően a mintából nyert adatok általánosíthatóságát nagyban befolyásolja, hogy az elérhető vagy vizsgálati populáció mennyire hasonlít az elméleti célpopulációhoz.

A mintavételi keretből kiválasztott mintavételi egységek alkotják a **mintát** (sample), vagyis a populációnak azt a részét, amelyet a mintavételi eljárás végén kijelölünk felkeresésre, megkérdezésre. Ne legyen illúzióink, attól, hogy valaki bekerült a mintába, még egyáltalán nem biztos, hogy adatokat fog szolgáltatni a kutatásunkhoz. Vagyis még tovább szűkül a kör, az elemzést illetve a becsléseket a teljes sokaságra vonatkozóan már csak azoknak a mintavételi egységeknek a megfigyelése alapján tudjuk elvégezni, akiket el is értünk, akik *választak* a kérdéseinkre (sampled population). A mintán alapuló kutatások sikerét komolyan veszélyeztethetik a mintába beválasztott, de el nem ért megfigyelési egységek előfordulása. (Részletesen minderről a hosszú tanulmány 86-90. oldalán olvashat.)

A konkrét mintavételi eljárást tekintve az egyes országok által követett modell változatos képet mutat, de az angolszász normál populációs becslések szinte mindegyike irányított vagy véletlen valószínűségi mintán dolgozik (általában rétegzett, de nem klaszterezett mintán, mert a rétegzés javítja, a csoportos, többlépcsős kiválasztás pedig rontja a minta teljesítményét, statisztikai megbízhatóságát). A hazai populációs becslések esetében

meglehetősen gyakran találkozni vitatható gyakorlattal is (pl. Kish-kulcsos adatfelvétel, kvótás minta, pótcímezési eljárás a csökkenő minta helyett stb.).

Konkrét mérőeszközök:

*a) NSDUH kérdőív (National Survey on Drug Use & Health), USA*

A kezelési szükségletek (treatment needs) legfontosabb adatforrása az Amerikai Egyesült Államokban mind nemzeti mind pedig állami szinten az NSDUH (National Survey on Drug Use & Health) az utóbbi időkben már évenkénti adatfelvétele.

*b) ELEF (Európai Lakosság Egészségfelmérés)*

Az ELEF egy uniós szinten harmonizált kérdőív segítségével, a 15 év feletti lakosság országosan reprezentatív mintáján, személyes kérdezéssel végzett felmérés. A felmérés eredményeként nemzetközileg is összehasonlítható adatokat kapunk a lakosság egészségére, az egészséget meghatározó tényezőkre, az egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettségére vonatkozóan. Az Európai lakossági egészségfelmérést az Eurostat megbízásából a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) végzi.

*c) CADUMS (Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey)*

A Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) saját fejlesztésű kérdőíve a populációs becslésre és kezelési szükségletek feltárására. Folyamatosan megújuló, módszertanában az amerikai NSDUH adatfelvételhez nagyban hasonló, de kisebb mintán zajló rendszeres, kb. négyévente zajló telefonos nemzeti adatfelvétel, validált, WHO-tól átvett standard modulokat is tartalmaz. A kérdőív megfelelő információval látja el az ártalomcsökkentés, a kezelési szükségletek és drogpolitika szakembereit a szolgáltatások és célzott prevenció fejlesztéséhez.

*d) ESPAD*

Az ESPAD célja, hogy időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön Európa fiataljainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól, mérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat, összehasonlítsa az országoként eltérő trendeket. Valamennyi ESPAD kutatás a CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs) szervezésében, az Európa Tanács Pompidou Csoportja, valamint az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) támogatásával készült. A kérdőív sokszorosan tesztelt, validált az adatfelvétel körülményeire és értékelésére szigorú nemzetközi standardok vonatkoznak. A kérdőív témakörei felölelik a havi, éves és életprevalencia becslését, a kapcsolódó családi és szociális kontextust, a kirekesztődést, az kábítószerrel kapcsolatos attitűdöket.

*e) OLAAP*

Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP)

## 5.2 Rejtett populációs becslések módszerei



#### *a) Fogás-visszafogás (Capture-Recapture)*

A módszert eredetileg a biológusok fejlesztették ki a vadállomány alakulásának becslésére. Jelenleg a társadalomtudományokban a fertőzések és más betegségek előfordulásának becslésére használja elsősorban az epidemiológia. Alapvetően matematikai modell, a valószínűség számítás szabályaira épít. Fontos módszertani szabály, hogy ezek a következtetések jellemzően valamilyen populáció-dinamikai vagy populáció-szerkezeti paraméter becslését jelentik, s ennek megfelelően kell megválasztani az alkalmazott statisztikai módszereket is, vagyis hogy milyen ún. populációs paraméterekre vagyunk kíváncsiak.

A módszer lényege az, hogy a populációból véletlenszerűen kiválasztunk tagokat, majd újabb ezt követően további véletlenszerű mintákat veszünk a populációból, és a mintában a már korábban mintába került tagok arányából becsüljük a populációs paramétert. Az esetek többségében az esetszámot vagy az esetek valamilyen tulajdonságát követjük nyomon a vizsgálat folyamán. Gyűjtőfogalom, többféle fogás-visszafogás módszer is létezik: pl. két-minta modell, három-minta modell, k-minta modell, Sekar-Deming modell. Meglévő regiszterek, nyilvántartások felhasználásával is próbálhatunk populációs becsléseket készíteni, ha két vagy több nem teljes listánk van a problémás populáció tagjairól. Az epidemiológiai kutatásokban ezen listákat el lehet készíteni a legkülönbözőbb forrásokból, például a kórházi nyilvántartásokból, orvosi rekordokból alacsonyküszöbű szolgáltatást igénybevevőknél abban az esetben, ha kliensek mind két listán pontosan beazonosíthatók. Ezek a listák nem teljesek, a feladat ebben az esetben azok becslése, akik egyik listán sincsenek rajta. Magyarországon is alkalmazott módszer az adatbázison alapuló fogás-visszafogás módszere, feltételezve, hogy az összekapcsolt adatbázisok metszete alapján a bekerülési valószínűség kiszámolható és a teljes rejtett populáció mérete becsülhető. A módszernek a bemutatottak szerint több statisztikai előfeltétele van, eredményei igen korlátozottan alkalmazhatók. (Részletesen minderről a hosszú tanulmány 97-98. oldalán olvashat.)

#### *b) Multiplikátor módszer*

Ez is egyfajta aránybecslési módszer-csoport melyet, többféle módon valósíthatunk meg. Közös jellemzője, hogy

- i) a kiinduló adatforrásnak (benchmark) tartalmaznia kell azokat a problémás droghasználókat, akiknek van ismert kiegészítő jellemzőjük a listában (pl. túcseré gyakorisága, HIV érintettség stb.) csakúgy, mint a kezelésben lévőket,
- ii) és egy olyan becsült eloszlást is ismerni kell a problémás szerhasználókra, hogy mekkora részük bír, illetve nem bír az adott kiegészítő jellemzővel (pl. túcserében résztvevők és nem résztvevők). Ennek az arálynak az inverze az ún. multiplikátor, vagy speciális szorzó a módszerben.

Különböző alkalmazható multiplikátorok: pl. túladagolós halálozás, speciális drogkezelésbe vontak, letartóztatások, HIV tesztek stb. (Részletesen minderről a hosszú tanulmány 103-104. oldalán olvashat.)

#### *c) Respondent-driven Sampling (RDS)*

A hagyományos hólabda típusú mintavételi technikát a kapcsolatháló elemzéssel kombinálva

a nehezen elérhető, rejtőzködő populáció paramétereinek becslésére szolgáló módszer. Az RDS jellemzően a probléma helyi, lokális használtára, kiterjedtségére (pl. problémás szerhasználó, kezelési szükségletek valós nagysága) használható.

Az RDS sajátossága, hogy szemben más mintavételi módszerrel, a mintába való bekerülés nem véletlenszerű, hanem megfelelő módon irányított, kézben tartott. 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 került populációs paraméter. Az RDS minta lényege tehát, hogy a populációs paraméter nem közvetlenül a mintából becsljük, hanem a mintán belüli kapcsolati hálóból. Fázisai:

- i.) A kutatók meghatározzák a minta kiinduló pontjából szolgáló „mag” személyek körét (seed);
- ii.) A minta magját anyagilag motiválttá tesszük arra, hogy a korcsoportjukból, személyes kapcsolati hálójukból másokat is bevonjanak a kutatásba és kérdőívet töltsenek ki a maghoz hasonlóan. Meghatározott számú toborzó kuponokat kapnak (recruitment coupon), amit tovább kell adniuk a mintába kiszemelt ismerősöknek. Ha a toborzott minta elem megjelenik, és átadja a kupont, az őt „delegáló” mag-minta tagot „fejpénz illeti”;
- iii.) A toborzott alanyok is kapnak újabb toborzó kuponokat, melyet továbbadhatnak további ismerősöknek, akik a mintába bevonódhatnak. Ezáltal a hólabdaszerű lánc jelentősen kiterjed és hullámról-hullámra bővül;
- iv) A minta tagok validálása. Elsősorban külsődleges jegyek alapján szűrik azokat a toborzottakat, aki nem tagjai a populációnak, pl. ruházkodás vagy jellemző szubpopulációs magatartási jegyek hiánya alapján;
- v) A módszer bizonyos jellemzővel bír, amúgy nehezen elérhető minta tagok sikeres toborzását „extra” bónusszal jutalmazza, pl. 18 év alatti lányok mintába kerülése;
- vi.) A toborzásnak akkor van vége, ha elértük a kívánt minta nagyságát, vagy ha telítődött a populáció;
- vii.) A toborzók és toborzottak demográfiai jellemzői alapján karakterizáljuk a mintát és végezzük el a kapcsolathálójuk elemzését, majd ebből becsljük a populációs paraméter nagyságát. (Részletesen minderről a hosszú tanulmány 101-102. oldalán olvashat.)

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

#### *d) Egyéb indirekt módszerek*

A fenti három szélesebb körben elterjedt rejtett populációs vagy problémás szerhasználó populáció becslésére léteznek még kevésbé elterjedt, ám a szakirodalomban pontosan dokumentált, statisztikai modelleken alapuló becslési eljárások. Az egyik ilyen az ún. visszaszámítás módszere (back-projection vagy back-calculation), a másik az úgynevezett esemény-alapú multiplikátor módszer, de voltak kísérletek többszörös indikátorokon keresztüli indirekt becslésre és ismert a szakirodalomban az ún. csonkolt Poisson-eloszlás alapú rejtett populációs becslések.

## Irodalom

Bjarnason, Thoroddur (2006): Sampling Procedures in the 2007 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, manuscript

EMCDDA (2009): An overview of the general populations survey (GPS) key indicator <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps>

Frank, O. and Snijders, T. A. B. (1994). Estimating the size of hidden populations using snowball sampling. *Journal of Official Statistics*, 10(1):53-67.

Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44(2):174-199.

Hickman, M. Higgins, V. Hope, V, Bellis A. (2004) Estimating prevalence of problem drug use: multiple methods in Brighton, Liverpool and London, Home Office Research, Development and Statistics Directorate

Hunyadi László (2001): A mintavétel alapjai, Budapest, Számalk

Lohr, Sharon L. (1999) Sampling: Design and Analysis (Duxbury Press)

Paksi B. (2007): A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai I., Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (229-253)

Wittes J and Sidel VW (1968): A generalization of the simple capture-recapture model with applications to epidemiological research. *J Chronic Dis* 1968;21:287-301.

## ***VIII. A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, illetve a nehezen elérhető vulnerábilis csoportok) szükséglet-meghatározása***

Ezen fejezet célja, hogy bemutassa azokat a legfontosabb módszertani eljárásokat és mérőeszközöket, amelyek segítségével lehetővé válik a drogbeteg ellátáson kívül eső, kielégítetlen szükségletű célcsoportok kezelési szükségletének felmérése. Jelen fejezetben „Kielégítetlen szükségletű” célcsoportok alatt egyrészt azokat a csoportokat, populációkat értjük, amelyek:

- a hagyományos elérési technikákkal könnyen, vagy könnyebben megközelíthetőek, alapvetően nem rejtőzködő csoportok, akiknek a drogbeteg ellátással nincs kapcsolatuk, és kezelési szükségletükről semmit sem, vagy keveset tudunk (felnőtt lakosság, iskoláskorú gyermekek és fiatalok)
- a hagyományos elérési technikákkal nehezen, vagy szinte egyáltalán nem megközelíthető, rejtőzködő, vulnerábilis, kockázati magatartásformát tanúsító csoportok, akiknek a drogbeteg ellátással nincs kapcsolatuk, és kezelési szükségletükről semmit sem, vagy keveset tudunk<sup>9</sup> (pl.: intravénás szerhasználók)

Szintén célunk azt bemutatni röviden, hogy a szükséglet felmérés tekintetében miért van szükség az adott folyamatra, módszerre, mérőeszközre, mit várhatunk azoktól, illetve az azokból származó adatokból, és a szükséglet felmérés vonatkozásában mire használhatjuk azokat.

### ***1. A kielégítetlen szükségletű csoportok szükséglet-felmérésére vonatkozó célok, módszerek és eszközök helye az ellátástervezés szervezés és a szükséglet meghatározás folyamatában***

Az ellátási terv elkészítéséhez, illetve az arra épülő akcióterv kidolgozásához és megvalósításához a szükséglet-meghatározás során alapvetően három nagy területről, adatforrásból szerezhetünk be adatokat:

1. Stakeholderektől (közösségi megközelítés)
2. Makro-szintű, összehasonlító adatokból (összehasonlító, vagy komparatív megközelítés)
3. Epidemiológiai adatokból, az ahhoz kapcsolódó kutatásokból, illetve költség-hatékonysági elemzésből származó adatokból

A kielégítetlen, az ellátórendszer számára láthatatlan, vagy nehezen percipiált (potenciális) csoportok szükséglet felmérése egyformán támaszkodik az 1. és a 3. módszerből származó adatforrásokra, hiszen azok eltérő aspektusból, más jellegű és minőségű adatokat szolgáltatnak a szükségletek azonosításához. A stakeholderektől, más néven a drogbeteg ellátást nagyban meghatározó, az abban eltérő formában részt vevő és funkcióval rendelkező (szolgáltatók, szakemberek, kliensek, politikai szereplők, stb.) szereplőktől származó és nyerhető adatok valamint szakvélemények nélkülözhetetlenek a rejtőzködő, vulnerábilis célcsoportok szükségleteinek és ártalmainak meghatározásában. Ez elsősorban

---

<sup>9</sup> A fogalmakról lásd később az „Alapfogalmak” című fejezetet

abból fakad, hogy a vonatkozott célcsoport szükségleteiről nem, vagy csak korlátozottan áll rendelkezésre adat, miközben a helyi szakemberektől származó adatok - jóllehet szubjektív megfigyeléseken alapulnak, illetve és a helyi érdekek miatt torzításnak lehetnek kitéve - alapvetően jól és részletesen tükrözhetik a helyi szükségleteket. Az erre vonatkozó egyik leghatékonyabb adatgyűjtési módszer a Gyors Helyzetfelmérés és Válasz (RAR). A közvetlen indikátorokra épülő (epidemiológiai jellegű, populációs, vagy lakossági) adatgyűjtés a szükséglet meghatározás egyik legalapvetőbb kérdésére adhat választ, miszerint egy adott területen (kerület, város, megye, régió, kistérség), vagy egy adott korcsoporton belül (fiatalkorú iskolások, középiskolások, egyetemisták) mekkora azok száma vagy aránya, akik drogokat használnak (prevalencia). Ezen felül a lakosság vagy az adott populáció drogérzékenysége, egészségi állapotának, egészségmagatartásának mérésére, illetve a potenciális kliens profil azonosítására is lehetőség nyílik, amelyek alapvető információként szolgálnak az ellátástervezéshez. Alapvetően tehát a kezelőrendszer számára nem észlelt igények és szükségletek meghatározását végezhetjük el az ellátástervezés számára.

A kezelőrendszeren kívül lévő eső kielégítetlen szükségletű célcsoportok szükségleteinek mérése, valamint az erre használt eszközök és módszerek rendkívül fontos szereppel bírnak szükséglet meghatározás folyamatában, éves ciklusában. Elsőként a kulcskérdések azonosításához és pontosításához szükség van az ellátatlan populációk feltérképezésére, amely a célpopuláció számának becslését, alapvető szerhasználati és egészségügyi magatartásformáinak és az ebből fakadó kezelési szükségleteinek azonosítását jelenti (specifikus adatgyűjtés), amelyet a szakértői csoport által történő szükségletértelmezés követ. Az adatgyűjtésből származó adatok szolgálnak alapul a hiányanalízishez is, amely során megállapításra kerül a jelenleg működő egészségügyi és szociális szolgáltatások és a kívánatos szolgáltatások közötti hiányok azonosítása (pl. a felmérés során fény derülhet arra, hogy egy adott városrészben nem áll rendelkezésre HIV szűrés, miközben nagy a szűretlen használók száma). Ezt követően kerülhet sor az ellátástervezés számára fontos prioritások felállítására, amely egyrészt az adatgyűjtésből származó közvetlen indikátorokat, másrészt a helyi, regionális igényeket, a rendelkezésre álló forrásokat veszi alapul. Végezetül az ellátástervezés és megvalósítás folyamata alatt, illetve annak lezárultával szükség van rendszeres monitorozásra, folyamatértékelésre, hatáselemzésre: ezek azok az indikátorok, amely segítségével mérni lehet a tervezési folyamat, illetve a megvalósult cselekvések sikerességét, hatását. Az ellátástervezés korábbi fázisában a szükséglet feltérképezésre használt mérőeszközök a folyamat- és eredmény értékelés során is elengedhetetlen szereppel bírnak (pl. korábban beazonosításra került, hogy egy adott földrajzi területen magas az iskoláskorú, de a kezelőrendszerrel semmilyen kapcsolatban nem álló szerhasználók aránya, miközben a hiányanalízis rámutatott a prevenció programok hiányára. A prevenció programok bevezetésével, a remélt eredményesség mérésére a korábban azonosításra használt mérőeszközöket újra használhatjuk).

## *2. A kielégítetlen szükségletű csoportok szükséglet meghatározásának céljai*

A kielégítetlen szükségletű, az ellátórendszerrel kapcsolatban nem álló csoportok szükséglet meghatározásának célja a droghasználói csoportok (legyenek azok rejtőzködő, magas kockázatú csoportok, vagy lakossági csoportok) szerhasználati prevalenciájának, mintázatának, profiljának, kockázati magatartásformáinak, valamint a kezelésbe jutás

akadályainak feltárása, illetve ezek azonosítása révén a vonatkozó szociális és egészségügyi szükségletek feltárása és a relatív szükségletek feltárása. Mindezen túl célként fogalmazható meg a kezelésen kívüli, de érezhetően kezelési, ellátási igénnyel rendelkező csoportok ellátásba történő motiválása az ellátórendszerben végrehajtott beavatkozások révén. Jelen esetben ténylegesen olyan csoportokról van szó, akik szerhasználatukból és életformájukból kifolyólag valamilyen egészségügyi, szociális ellátásra szorulnának, legyen az ártalomcsökkentés, prevenció, vagy más, magasabb küszöbű ellátási forma, csak ezt a szükségletet még nem érzékelték, vagy nem akarják, tudják azt érzékelni, de szükségletük a gyűjtött adatok alapján jól azonosítható.

### 3. Alapfogalmak

**Kielégítetlen szükséglet:** illegális szerhasználatból fakadó ellátatlan, kezeletlen egészségügyi és szociális igény / szükséglet.

**Rejtőzködő droghasználói csoportok:** olyan szerhasználói csoportok (pl. intravénás használók), akik szerhasználatukból és életmódjukból kifolyólag az ellátórendszer számára nehezen található meg és érhetőek el, és ebből kifolyólag számuk, összetételük nehezen becsülhető.

**Vulnerábilis csoportok:** marginalizálódott, társadalmilag kizárt droghasználói csoportok, akik esetében a droghasználat mellett több más veszélyeztető tényező is jelen van (tartós munkanélküliség, lakóhelyi szegregáció, befejezetlen általános és középiskola, hajléktalanság, korábbi büntetés végrehajtási múlt, stb.) („vulnerábilis csoportok droghasználata és a segítség”)

**Kockázati magatartás:** a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban olyan magatartásokra utal a kifejezés, amelyek a kábítószer-használattal kapcsolatos ártalmaknak teszik ki a kábítószer-fogyasztót. Általában a megosztott tű- és eszközhasználatot (kanál, víz, érszorító) jelenti, amely által a fogyasztó a vérrel terjedő fertőzések (HIV, Hepatitis B vagy Hepatitis C) veszélyének teszi ki magát és vele injektáló társait. A kockázati magatartás tágabb értelemben utalhat még a nem biztonságos nemi kapcsolatra, a gyakori partnerváltoztatásra, a szűrővizsgálat elutasítására, amelyek szintén növelik a HIV, HBV és HCV fertőzés terjedésének esélyét.

**Közvetlen indikátorok:** valamilyen speciális (különösen veszélyeztetett) csoportban kérdőíves vagy interjú módszerrel végzett önbevalláson alapuló vizsgálatok során gyűjtött adatok (prevalencia értékek, fogyasztási ráták, aktuálisan nem használók, kilépők stb.).

**Közvetett indikátorok:** makroszinten gyűjtött statisztikai adatok, nyilvántartások, melyek nem közvetlenül a vizsgált jelenségről adnak információt, de azzal valamilyen elvileg meghatározható kapcsolatban állnak, s ezáltal a vizsgált jelenség becsüléséhez (ellátási igény, problémás droghasználat, fertőző megbetegedések, halálesetek, igazságügyi adatok) járulnak hozzá.

**Prevalencia:** egy esetszám, mely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek, vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban (pl.: azon személyek száma, akik az elmúlt év során fogyasztottak kannabiszt).

#### *4. Miért kell nekünk a kielégítetlen szükségletű célcsoportok szükséglet meghatározása?*

Alapvetően azért, mert ennek segítségével olyan illegális szerhasználói csoportok kerülhetnek az ellátórendszer látókörébe, akik valamilyen oknál fogva (probléma észlelés hiánya, probléma észlelés képességének hiánya, helyi szolgáltatások hiánya vagy tökéletlensége, helyi környezet megítélése, stb.) nem kerültek még kapcsolatba az ellátórendszerrel, jóllehet tisztán meghatározható szükségletük van valamilyen szintű ellátásra. Továbbá a „felderítetlen” célpopulációk szükségleteinek azonosítása és a jelenlegi ellátórendszer (helyi, regionális, stb.) összehasonlítása révén képet kapunk a használók relatív igényeiről, a szolgáltatások kihasználtságáról, mennyiségéről és minőségéről. A kettőt összehangolva, az ellátásban történő beavatkozást követően pedig lehetőség nyílik az ellátatlanok kezelésbe motiválására, és ezáltal a szerhasználatból fakadó egészségügyi és szociális károk csökkentésére, kezelésére.

Konkrétabban, gyakorlati szempontból fogalmazva (a konkrét cselekvés szintjén) a kezelésen kívüli, kielégítetlen szükségletű csoportok szükséglet feltárás segítségével olyan adatokhoz juthatunk, amely lehetőséget nyújt

- a jelenlegi szolgáltatások módosítására (pl. egy alacsony küszöbű szolgáltatás esetében nagyobb hangsúlyt és több forrást lehet csoportosítani a szexuális edukációra)
- a jelenlegi szolgáltatások fejlesztésére (pl. a közösségi ellátásban fejleszteni, bővíteni lehet a fiatal célcsoportokat célzó prevenció, ártalomcsökkentési szolgáltatásokat)
- jelenlegi szolgáltatások kiegészítésére, bővítésére (pl. a közösségi ellátás keretein belül az egészségügyi ellátás mellett teret nagyobb adni a szociális jellegű szolgáltatásoknak)
- új, még nem létező szolgáltatások bevezetésére (pl. használt fecskendő gyűjtőládák kihelyezése, női napok bevezetése a drogambulanciákon)
- kis kihasználtságú, vagy költséghatékonyság szempontjából nem effektív szolgáltatások beszüntetésére, működtetésének csökkentésére
- általában a közösségi ellátás keretein belül a szociális és egészségügyi szolgáltatások integrációjának elősegítésére

*Milyen előnyei vannak a kielégítetlen szükségletű, az ellátás látószögén kívül eső célcsoportok szükséglet meghatározásának?*

Legfőbb előnye, hogy olyan populációkról nyer adatot, amely az ellátórendszer számára láthatatlan, rejtőzködő: nem csak abban az értelemben, hogy milyen szükségletekkel bír az adott csoport, hanem abban is, hogy nagyjából mekkora ennek vagy ezeknek a csoportoknak a száma. A szükséglet felmérésből származó adatok nem csak az érintett populációk szerfogyasztásáról, drogérintettségéről adnak információt, hanem a „potenciális” kliensek profiljáról is (kor, nem, iskolai végzettség, munkahelyi státusz, jogi státusz, stb.), amely közép- és hosszú távon nagyban elősegítheti az újonnan kialakítandó vagy átalakítandó szolgáltatások cizelláltságát, személyre- és célcsoportokra szabottságát („custom-fit services”). Drogpolitikai kontextusba helyezve: a drogstratégiában megfogalmazott főpillércélok közül nemcsak az ártalomcsökkentés (rejtett intravénás használói csoportok), hanem az iskolai prevenció számára (általános- és középiskolások) is fontos adatokkal szolgálhat a programok feltérképezésére, kihasználtságára és azok működési hatékonyságának mérésére. A kifejezetten marginalizált, vulnerábilis csoportok szükséglet

felmérése és az erre épülő ellátás tervezés nagyban hozzájárulhat az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésében.

Másodlagos, nem szándékolt előnyként megfogalmazható, hogy a kielégítetlen szükségletű csoportok igényeinek feltárásából származó információ és az abból származtatható tapasztalatok a helyi drogpolitikába számára is fontosak lehetnek: policy tervezés, helyi drogstratégia kidolgozása, módosítása, illetve a helyi drogpolitika értékelése.

#### *A kielégítetlen szükségletű célcsoportok szükséglet meghatározásának kockázatai*

Amint arra már előző fejezetekben utalás történt, az ellátatlan csoportok szükséglet meghatározásának egy egyik negatív hozama lehet, hogy a „feltárt”, rejtőzködő, magas kockázati magatartásformát tanúsító szerhasználók „megjelenése” kellemetlen reakciót válthat ki nem csak a helyi lakosság, hanem a politikusok és a közvélemény részéről is. Ez kiváltképpen igaz lehet olyan helyi közösségek esetében, ahol a köztéri, nyílt szerfogyasztásnak egyértelmű, látható jelei vannak (eldobált fecskendők, házfoglalások), ami – az adatok nyilvánosságra kerülése révén – tovább fokozhatja az esetleges elégedetlenséget. Továbbá elképzelhető az is, hogy a szükségletfeltárás rávilágít nem csak az egészségügyi és szociális ellátások hiányára, de a rendőrség, a közpolitika szereplőinek deficitjére is, ami konfliktusokat szülhet a drogpolitikát és a drogfogyasztást meghatározó és abban szereplő aktorok között. További veszély, hogy fokozódhat a szociális és egészségügyi ellátások közötti szakadék és ellentét az eltérő érdekek mentén, ami ellenerőként hathat a szolgáltatások integrációjának megvalósítására való törekvésben.

Az alkalmazandó módszerek szintjén, mint hátrány/veszély az fogalmazható meg, hogy egyes, a szükséglet feltárásban használatos módszerek és mérőeszközök önmagukban nem biztos, hogy pontos és elegendő információt gyűjtenek a helyi kielégítetlen szükségletekről, amely torzításokhoz vezethetnek. A lakossági, populációs mérésekre használt mérőeszközökkel kapcsolatban megfogalmazható az a felvetés, miszerint azok számos, a szükséglet felmérés szempontjából nem vagy kevésbé releváns információt tartalmaznak, másrészt a kérdőív tartalmából kifolyólag (szenzitív kérdések) a kérdezési technikák és körülmények jobban korlátozottak. Mindezek indokolják *a különböző módszerek és mérőeszközök együttes használatát, a módszerek felhasználásban és az adatok elemzésében és értelmezésében a praktikus, tudományos megközelítést, a különböző módszerek és mérőeszközök együttes használatát, valamint az eredmények értelmezésekor a szakma képviselőinek bevonását.*

### **5. A kielégítetlen szükségletű csoportok szükséglet meghatározásának módszerei**

#### *Lakossági / populációs szükséglet felmérés*

A most bemutatásra kerülő populációs és rejtett populációs vizsgálatokban használt módszerek és mérőeszközök segítségével gyűjthető közvetlen indikátorok és a kezelési adatok összehasonlításán keresztül fontos információt kaphatunk a lakosság, vagy más regionális, helyi populációk relatív kezelési igényére vonatkozólag.



*EMCDDA drogérintettségi kulcsindikátorai:* Az Európai Unió Kábítószer és Kábítószerfüggőség Megfigyelő Központja (EMCDDA) által javasolt indikátorok, amelyek segítségével mérni lehet a középiskolások és a felnőtt lakosság drogérintettségét. Jóllehet a módszertani útmutató és a projekt során tesztelt kulcs indikátorok nem elsősorban szükségleti igények feltárására készültek, az indikátorok felhasználásából származó adatok alkalmasak a lakosság kezelési, ellátási szükségletének bizonyos mértékű feltérképezésére országos, regionális vagy helyi szinten. Ezek az indikátorok (életprevalencia érték, első használat életkora, elmúlt 12 hónapra, valamint az elmúlt 30 napra vonatkozó prevalencia értékek) az ADE, illetve az ESPAD kérdőívek részét képezik (lásd később).

*ADE kérdőív (Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat):* a magyarországi felnőtt lakosság (19-65 év) drogérintettségének vizsgálatára használt kvantitatív mérőeszköz. A kérdőív célja elsősorban a felnőtt lakosság alkohol-és drogérintettségének, valamint a legális és illegális szerek iránt tanúsított attitűd- vizsgálata, amelyből a felnőtt lakosság kezelési szükségletére vonatkozó adatok is kinyerhetők, kiváltképpen a kezelési adatokkal történő összevetésen keresztül (relatív kezelési szükséglet). A kutatás Magyarországon négyévente kerül lebonyolításra. A kutatásban használt mintavételi módszer a többlépcsős, rétegzett mintavétel (megye, település, iskolatípus). A kérdőív anonim. A kérdőív a szükséglet-meghatározás mellett jól alkalmazható még a beavatkozás folyamatának monitorozására, eredményességének mérésére, helyi drogstratégiák tervezésére, módosítására. A kérdőívet több alkalommal is használták országos vizsgálatokban, így nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design tesztelésére is sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how készen áll. Alkalmazása idő-, költség- és humán erőforrás igényes (kutatásszervezés, adatgyűjtés, adatfeldolgozás). A kérdőív számos olyan modul, kérdést tartalmaz, amelyek szükséglet felmérési szempontból irrelevánsak. Az indikátorok gyűjtése inkább csak önkitöltős módszerrel lehetséges, ami kevésbé költség hatékony.

*HBSC kérdőív:* Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) elnevezésű kutatási programban használt anonim kérdőív, amely avval a céllal került kifejlesztésre, hogy közelebről megismerhetővé váljon az iskoláskorú gyermekek egészségi állapota, a későbbi egészségi állapotukat meghatározó egészségmagatartása, valamint az ezeket meghatározó társadalmi kontextus. A kérdőívben az érintett célcsoportok szerfogyasztására vonatkozó kérdésmoduljait a szükséglet felmérés szempontjából fontos információval bíró, az egészségmagatartásra, életmódra, családi háttérre vonatkozó kérdésblokkok egészítik ki. A kérdőív használható kisebb területi egységeken élő iskoláskorúak (régión, megye, város, stb.) drogérintettségének és egészségmagatartásának vizsgálatára is. A kutatás Magyarországon négyévente kerül lebonyolításra. A kutatásban használt mintavételi módszer a többlépcsős, rétegzett mintavétel (megye, település, iskolatípus). A kérdőív anonim. A mérőeszköz a szükséglet-meghatározás mellett jól alkalmazható még a beavatkozás folyamatának monitorozására, eredményességének mérésére, helyi drogstratégiák, prevenció programok tervezésére, módosítására. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll. Alkalmazása idő-, költség- és humán erőforrás igényes (kutatásszervezés, adatgyűjtés, adatfeldolgozás). Kevés és nem megfelelően részletes adattal szolgál a gyermekek szerfogyasztására vonatkozólag: a kérdések túlnyomórészt a fogyasztás gyakoriságára vonatkoznak.

*ESPAD kérdőív:* A középiskolás gyermekek drogérintettségének, drogfogyasztási szokásainak mérése az ESPAD kérdőív segítségével történik. A kérdőívben az érintett célcsoportok szerfogyasztására vonatkozó kérdésmoduljait a szükséglet felmérés szempontjából szintén fontos, az életmóddal, a tanulók önképével, valamint a szerfogyasztáshoz kötődő attitűdjével kapcsolatos kérdésmodulok egészítik ki. A kérdőív használható kisebb területi egységeken élő középiskolások (régió, megye, város, stb.) drogérintettségének és egészségmagatartásának vizsgálatára is. A kutatás Magyarországon négyévente kerül lebonyolításra. A kutatásban használt mintavételi módszer a többlépcsős, rétegzett mintavétel (megye, település, iskolatípus). A kérdőív anonim. A mérőeszköz a szükséglet-meghatározás mellett jól alkalmazható még a beavatkozás folyamatának monitorozására, eredményességének mérésére, helyi prevenció programok és drogstratégiák tervezésére, módosítására. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll. Alkalmazása idő-, költség- és humán erőforrás igényes (kutatásszervezés, adatgyűjtés, adatfeldolgozás). Csak középiskolás populációban, kifejezetten önkitöltős technikával alkalmazható, ami kevésbé költség hatékony.

#### *Vulnerábilis, rejtőzködő célcsoportok szükséglet felmérése*

*DRID indikátorok:* Az intravénás kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek (hepatitis B/C és HIV) (Drug Related Infectious Diseases) monitorozására használt indikátorok összessége. Az indikátorok segítségével nyert információk segítségével be tudjuk azonosítani azokat a prioritásokat, amelyek nélkülözhetetlenek a fertőző megbetegedések megelőzéséhez, az egészségügyi kezelések és a hozzájuk kapcsolódó költségek előrejelzéséhez, valamint a preventív jellegű intervenciók megtervezéséhez és evaluálásához. Ezen kívül az indikátorokból nyert információk segítségével szintén lehetővé válik az injekciós használathoz kötődő incidenciák, prevalenciák és trendek becslése is. Mindezen információk nagyban hozzájárulhatnak az ellátatlan injektálói populációk kielégítetlen szükségleteinek azonosításához. A DRID indikátorok gyűjtése a Nemzeti Drog Fókuszpont által kifejlesztett kérdőív segítségével történik, amelyet évente vesznek fel intravénás használókkal az országos, önkéntes, anonim kampányszűrésen megjelentek között. A kérdőív az alapvető szociodemográfiai és szerhasználati adatok mellett a különböző kockázati magatartásokról, illetve a kérdezett szűrési múltjáról és fertőzöttségi állapotáról is gyűjt kvantitatív információt. A mérőeszköz a szükséglet-meghatározás mellett alkalmazható még a beavatkozás folyamatának monitorozására, eredményességének mérésére, helyi ellátási, szűrési programok és drogstratégiák tervezésére, módosítására. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll. Alkalmazása nem kifejezetten idő-, költség- és humán erőforrás igényes, kiváltképpen ha az évente lebonyolított kampányszűrésre csatlakozik (ez esetben csak a helyi érdekeltségű adatok elemzését kell külön elvégezni).

*RAR:* A Gyors Helyzetfelmérés és Válasz különböző kvalitatív és kvantitatív módszerek komplex rendszerének nevezhető, és rendkívül jól alkalmazható szükséglet felmérés során. A módszer segítségével komplexebb módon, viszonylag rövid idő alatt gyűjthető információ bármilyen jelenségről mikro és makroszinten egyaránt. Mindazokat a szereplőket bevonja az informátorok körébe (döntéshozók, politikusok, szakmabeliek, programtervezők, szolgáltatók - egyszóval a stakeholderek), akik feltehetően vagy ténylegesen tudnak,

ismereteik vannak a vizsgált jelenség természetéről, elterjedtségéről. Fókusz csoportok szervezése, helyi, regionális és országos adatgyűjtés, megfigyelés, háttér információk beszerzése, esetenként a becslési eljárások egyaránt alkalmazhatók a vizsgálat során. Kiválóan alkalmas rejtőzködő, intravénás használók kielégítetlen szükségleteinek meghatározására. Magyarországon először 2003-ban alkalmazták a hazai injekciós szerhasználattal kapcsolatos jelenségek és helyzet gyors feltárására. Szükséglet feltáró funkciója mellett jól alkalmazható intervenciók hatékonyságának mérésére, valamint drogstratégiák, cselekvési tervek kidolgozására, módosítására. A módszer rendkívül költség hatékony, hiszen gyors, könnyen rendelkezésre álló adatokat vizsgál (közvetett indikátorok), de ha szükséges, adatfelvételen alapuló elsődleges adatokat is használ (közvetlen indikátorok) – utóbbi esetben további idő-, humán- és költség forrásokat kell biztosítani. A módszer alkalmazásához és lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how kézikönyv formájában rendelkezésre áll.

## 6. Példa

Magyarországon Rácz és Ritter (2003) alkalmazta először a módszert a droghasználat kontextusában. A kutatás során öt magyarországi régió vizsgálata történt meg 2002-ben (Budapest, Miskolc, Szeged, Pécs, Veszprém). A cél a hazai injekciós szerhasználattal kapcsolatos jelenségek és helyzetének gyors feltárása volt. A RAR kérdezői, kutatói, akik előzetes tréningen estek át, a különböző kezelési típusokat képviselő és jól ismerő szakemberek voltak. Elsődleges információ forrásként a hazai éves jelentéseket használták, illetve az ezek alapját képező tanulmányokat, dokumentumokat (kutatások, publikációk, epidemiológiai vizsgálatok). A már meglévő adatok kiegészítéseképpen kérdőíves adatfelvételre is sor került a helyi kulcsszemélyek és droghasználók (injekciós és nem-injekciós) körében. A kutatásban alkalmazott mintavétel a célzott mintavétel volt, aminek következtében ugyan a minta nem volt reprezentatív, de abban minden olyan személy képviseltette magát, aki az adott városban a jelenséggel kapcsolatba került. A kutatók a használói mintába igyekeztek bevenni különböző szociális és anyagi helyzetű, ellátottsági szintű, kelési múlttal rendelkező, eltérő korú és nemű, injekciós és nem injekciós használókat. A kutatás során félig strukturált interjúkat készítettek, városonként 15-20-at. Ugyanakkor minden városban sor került egy 3-6 órás fókusz-csoportra is, 8-20 fővel. A fókuszcsoportra helyi KEF-es tagokat, valamint a helyi drogpolitika kialakításában fontos szerepet játszó személyeket hívtak meg. A fókuszcsoportos megbeszélés során a beszélgetés alapját az interjú vizsgálat adatai, valamint a már meglévő adatok szolgáltatták. A csoportos beszélgetések célja inkább a jelenségre adandó válasz megfogalmazása és kidolgozása volt. A szakemberek arra az álláspontra jutottak, hogy a könnyű bejutást és elérhetőséget nyújtó programok és szolgáltatások (ártalomcsökkentés, szűrések) számát, minőségét, hatékonyságát javítani kell. A kutatás arra is rávilágított, hogy egyes szolgáltatások teljes mértékben hiányoznak bizonyos régiókból (utcai megkereső munka), míg más programok (iskolai prevenció) lefedettsége elégtelen. A helyzetfelmérés egy másik fontos megállapítása volt, hogy a helyi és az országos stratégiáknak kell biztosítaniuk, hogy Magyarországon ne alakuljon ki olyan HIV epidémia, mint más kelet-európai országokban. A kutatás eredményei tehát megfelelő „nyersanyagként” szolgáltak egy esetleges stratégiai és ellátástervezés számára akár helyi, akár országos szinten.

## Irodalom

Aszmann, A. (Ed): (2003) Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat, "Nemzeti Jelentés" 2002. (Health behaviour of school-aged children, a WHO cross-national study, Hungarian national report 2002), OGYEI, Budapest, p. 164

Elekes, Zs. (2009): Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon - ESPAD 2007. NDI - L'Harmattan.

Elekes Zs. (2007): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. *Addiktológia* 2007 (3) 189-211.

Elekes Zs., Paksi B. (2001): A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kutatási Beszámoló ADE 2001, Budapest 2001.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2003): A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló, NKFP kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / Greek REITOX Focal Point UMHRI: Protocol for the implementation of the EMCDDA key Indicator Drug Related Infectious Diseases (DRID), 2006.

Németh, Á. (Ed) (2007): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. [Young people's health and lifestyle, in Hungarian with English summary]. Országos Gyermekegészségügyi Intézet [National Institute of Child Health], Budapest. p.223.

Paksi B.: A magyar társadalom drogérintettsége. In: Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai I. Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (256-294).

Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. *Addiktológia* 2007 Supplementum 1. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22-24.).

Rácz J., Ritter, I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 2003, 3-4:305-345.

World Health Organization (1998): The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use. Draft for field testing, ed. G.V. Stimson, G.V. Fitch and T. Rhodes. Geneva: World Health Organization Program on Substance Abuse.