

# **A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása**

**Módszertani tanulmány**

Szerzők:

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

Szerkesztette:  
Rácz József

Budapest, 2010



## Tartalom

Előszó.....	5
Bevezetés.....	6
I. Az egészségügyi szükséglet-meghatározás .....	7
Definíció: mi a szükséglet-meghatározás <sup>1</sup> ? .....	7
Összefoglalás: az egészségügyi szükséglet-meghatározás lépései.....	8
A szükségletek formái.....	8
Droghasználó csoportok szükséglet-meghatározása .....	10
Miért kell nekünk a szükséglet-meghatározás? .....	12
A szükséglet-meghatározás céljai.....	12
Milyen fő területeken érhet el eredményeket és szemléletváltást a szükséglet-meghatározás? .....	13
Ki végezze a szükséglet-meghatározást?.....	14
Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Irányok .....	15
Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Gyakorlati megközelítések.....	16
A szükséglet-meghatározás összetevői .....	19
A szükséglet-meghatározás folyamata.....	20
Az ellátással kapcsolatos szükségletek ábrázolása: kielégített és kielégítetlen szükségletek.....	23
A „kielégítetlen” szükségletek bemutatása.....	24
Hiányanalízis.....	25
Értékelés és a prioritások meghatározása.....	25
A szükséglet-meghatározási folyamat és az ellátásszervezés befejezése.....	25
II. A kielégített szükségletek feltérképezése: Az ellátórendszer feltérképezése.....	27
Az ellátórendszer feltérképezésének célja .....	27
Az ellátási térkép .....	27
Az egyes szolgáltatók leírása .....	29
A szolgáltatói profil kulcskérdései .....	31

II.1. Az ellátási szükségletek feltárása .....	33
Az ellátási szükségletek feltárásának főbb lépései:.....	33
II.2. Folyamatértékelés .....	33
A folyamatértékelés főbb kérdései .....	33
A folyamatértékelés főbb lépései.....	34
II.3. Eredményértékelés.....	35
II.4. A kliens elégedettség feltárásának főbb területei.....	36
II.V. Gazdasági értékelés.....	36
III. A kezelésbe kerülők és a kezelésben lévők szükséglet-meghatározására használt eljárások és eszközök .....	38
III.1. Az egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök.....	38
Pszichometriai kritériumok .....	38
Tartalmi és technikai szempontok.....	39
Szűrőmódszerek .....	39
Az addikció súlyosságának mérése.....	40
IV. Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök .....	42
IV.1. Normál populációs becslések standard mérőeszközei .....	42
Mintavételi alapfogalmak a normál populációs becslések esetében.....	42
IV.2. Rejtett populációs becslések módszerei .....	47
V. A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, a nehezen elérhető vulnerábilis csoportok) szükséglet-meghatározása .....	48
V.1 Az ellátáson kívül eső célcsoportok profiljának és ellátási szükségletének meghatározására használt mérőeszközök és eljárások.....	48
VI. A drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások.....	51
VI.1. Hazai országos adatgyűjtő programok.....	53
Egyéni kliens azonosító (generált kód).....	53
Kezelési igény indikátor (TDI) .....	54

Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP) .....	55
VII. Szükséglet-meghatározás a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) vonatkozásában .....	57
VII.1. A RAR módszer alkalmazása a lokális szükségletek megismerése céljából .....	57
VII.2. A lokális helyzetfeltáró vizsgálatok .....	57
Melléklet.....	60
Hivatkozott és ajánlott irodalom.....	61
Hasznos linkek .....	62

## Előszó

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 célkitűzéseinek 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 realiztikus 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 alapja egy olyan nemzetközi és hazai szakmai áttekintés, amely iránymutatással szolgálhat 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 közel hatvan oldalas dokumentum egy rövidített összefoglalója annak, amelyet a kérdéskör kapcsán szakértőink összegyűjtöttek és megfogalmaztak. A dokumentum önmagában is hasznos célt szolgálhat a szükséglet-meghatározást végző helyi szakértők számára, emellett pedig fontos alapját (háttéranyagát) képezi a kiemelt projektben, ugyanezen feladat keretében megvalósuló képzésnek is.

a szerkesztők

## **Bevezetés**

A tanulmány a szükséglet-meghatározással és az ellátás-szervezéssel foglalkozó kérdésköröket tárgyalja, összefoglaló jelleggel. A tanulmányban elsősorban a szükséglet-meghatározással foglalkozunk, de ennek az ellátás-szervezésben betöltött stratégiai szerepének érzékeltetésére az utóbbi kérdéskört is érintjük.

A tanulmány összefoglaló: irányzatokat és módszereket mutat be, konkrét mérő- és vizsgáló-eszközöket és eljárásokat nem. A tanulmány egy hosszabb változatában a fontosabb, nemzetközileg használt, és ha van rá kialakult gyakorlat, akkor a Magyarországon is alkalmazott mérőeszközöket is bemutatja. E bemutatás célja, hogy a szakemberek megismerjék e módszereket: mire jók és mire nem, mit tudhatunk meg általuk és milyen korlátokkal, milyen erősségeik és gyengeségeik vannak. A mérőeszközök alkalmazása egy hosszabb folyamatban valósul meg, a szakértői munkacsoport koordinálásával.

## I. Az egészségügyi szükséglet-meghatározás

### Definíció: mi a szükséglet-meghatározás?

Az egészségügyi szükséglet-meghatározás széles értelemben olyan *szisztematikus eljárás*, amely során 1, *azonosítjuk* egy populáció kielégítetlen, az egészségi állapottal és az egészségügyi ellátással kapcsolatos szükségleteit; majd 2, olyan *változtatásokat* tervezünk meg, melyekkel ezek a szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők. Fontos megjegyezni, hogy ebben az általános megfogalmazásban nincs különbség azok között, akik nincsenek ellátásban, és azok között, akik ellátásban vannak, de bizonyos szükségleteik az adott ellátó rendszerben lefedetlenek.

Az egészségügyi szükséglet-meghatározás egy másik irányú definíciója annak *folyamat-jellegét* és bizonyos *kimenettel* rendelkező tulajdonságát állítja előtérbe; egyben utalva arra, hogy önmagában szükséglet-meghatározást nem érdemes végezni, hanem csak egy ellátás-szervezési, minőségfejlesztő folyamat részeként. A szükséglet-meghatározás 1, összegyűjti azokat a kérdéseket és problémákat, amelyekkel egy populáció tagjai szembesülnek, 2, egyeztetett prioritásokat fogalmaz meg előbbiekkal kapcsolatban, majd pedig 3, forrásokat rendel ezekhez a prioritásokhoz, amelyekkel az adott populáció egészségi állapotát javítja, illetve az egészségi állapottal kapcsolatos egyenlőtlenségeket csökkenti.

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

Tehát, „önmagában” álló, szabadon lebegő, végtelen skálájú szükségletek nincsenek, a szükségletek egy ellátórendszer vonatkozásában értelmezhetők, azzal, hogy az ellátórendszer megváltoztatása a cél a szükségletek kielégítése érdekében. Ezért a szükséglet-meghatározás mindig egy célpopulációt és egy konkrét ellátórendszert feltételez, ezeken kívül nincsenek, pontosabban, az ellátástervezési és változtatási folyamaton kívül nem értelmezhetők a szükségletek (noha hosszas fejtegetésekbe bocsátkozhatunk az „elvi” szükségletek természetéről). A WHO meghatározása is a programfejlesztés *eszközeként* tekint a szükséglet-meghatározásra (WHO, UNDCP, EMCDDA, 2000).

## Összefoglalás: az egészségügyi szükséglet-meghatározás lépései

Ezt a részt azért iktatjuk be a definíciók közé, hogy még egyértelműbb legyen a szükséglet-meghatározás *stratégiai jelentősége* az ellátástervezési folyamatban.

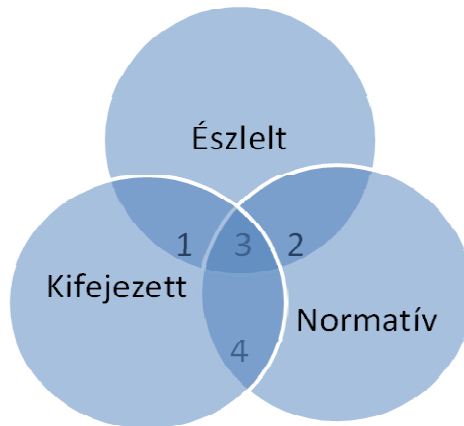
1. lépés: a kezdet
  - milyen populáció?
  - mit akarunk elérni?
  - kinek a szükségleteit akarjuk kielégíteni?
  - milyen forrásokra van szükségünk?
  - milyen kockázatokkal nézünk szembe?
2. lépés: az egészségügyi prioritások meghatározása
  - populáció profil
  - adatgyűjtés
  - a szükségletek percepciója
  - az egészségi állapot és a meghatározó tényezők azonosítása és felmérése
3. lépés: egészségügyi prioritások meghatározása az akció számára
  - olyan egészségi állapotok és egészség-meghatározó faktorok azonosítása, melyek a legnagyobb mérvűek és a súlyosságra (szeveritás, ahogy a drogstratégia fogalmaz) a legnagyobb hatással vannak
  - hatékony és elfogadható intervenciók meghatározása
4. lépés: a változás tervezése
  - az intervenció céljainak meghatározása
  - akcióterv
  - monitorozási és evaluációs stratégia
  - kockázat-kezelő stratégia
5. lépés: folytatás, illetve áttekintés
  - a projektből leszűrt tapasztalatok
  - a távolabbi hatások (impact) mérése
  - a következő prioritás meghatározása – és a folyamat újraindul!

### A szükségletek formái

A szükséglet fogalmában benne rejlik, hogy egy intervenció révén *javulás* áll be, illetve az adott személy valamilyen *előnyhöz* jut.



**1. ábra: A különböző szükségletek egymáshoz való viszonya**



1. Észlelt és kifejezett szükséglet, de nem normatív: pl. kozmetikai sebészeti beavatkozás, amikor a szakorvos szerint orvosilag az nem indokolt.
2. Észlelt és normatívként azonosított szükséglet: pl. pszichiátriai intervenció, amikor a szakemberek egyetértenek az intervencióban, de a kliens a szükségletét nem fejezi ki.
3. A szükséglet észlelt, kifejezett és normatívként azonosított: pl. valaki mellkasi fájdalmat érez és szakorvosi kivizsgálásra megy.
4. A szükséglet nem észlelt, de kifejezett és normatív is: pl. a kliens elmegy a házi orvosához orvosi igazolásért, noha már túl van a betegségén.

**1. Táblázat A szükségletek típusai**

A szükséglet típusa	
<b>Észlelt</b>	a „normális” egészségi állapottól eltérően észlelt egyéni variációk
<b>Kifejezett</b>	az egyén segítséget keres, hogy a „normális” egészségtől eltérő állapotát „helyreállítsa” (igény)
<b>Normatív</b>	szakemberek határozzák meg, hogy a kifejezett szükséglet számára milyen intervenciót kell elvégezni; a drogstratégiában meghatározott intervenciók ilyen szükségleteket fednek le
<b>Komparatív</b>	szükségletek összehasonlítása súlyosság, előfordulási nagyságrend, a beavatkozás költsége stb. szerint

## **Droghasználó csoportok szükséglet-meghatározása**

A droghasználó csoportok szükséglet-meghatározása elsősorban a 2010-2018. évi időszakra vonatkozó drogstratégia vonatkozásában értelmezhető (Az Országgyűlés 106/2009. (XII. 21.) OGY határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról). Ezért ki kell emelnünk a stratégiából néhány pontot, amelyeket majd viszonyításképpen felhasználhatunk a szükséglet-meghatározásnál és az azt követő ellátástervezési szakaszban.

### *A nemzeti drogstratégia fő célja*

A Nemzeti Drogstratégia *fő célja* egy olyan magabiztos, szolidáris és produktív társadalom megvalósítása, ahol lehetőség nyílik kiegyensúlyozott megközelítésben kezelni a kábítószer-probléma hatásait, a lehető legtöbb egészségnyereséget elérve ezzel az egyének és a társadalom számára. Célja a társadalom egészségi állapotának javítása, a szociális és társadalmi biztonság növelése, a drogfogyasztás mértékének, illetve a legális és illegális droghasználat ártalmainak, valamint kockázatainak és kárainak csökkentése célzott, rendszerszerű, tényeken alapuló és közösségi alapú beavatkozások, valamint nemzetközi együttműködések segítségével.

### *A nemzeti drogstratégia céljai*

A stratégia célokat fogalmaz meg a kockázatok csökkentése és a lehetőségek fejlesztése kontextusában, három pillérben foglalja össze a legfontosabb célokat, illetve „horizontális” feladatokat határoz meg, majd prioritásokat fogalmaz meg:

#### *Megelőzés, közösségi beavatkozások*

##### *Pillérfőcél*

*A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életeseemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenciós folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé.*

#### *Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés*

##### *Pillérfőcél*

*A kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés hármass meghatározottságában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbevitel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós absztinencia elérését, a szerhasználatlal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.*

#### *Kínálatcsökkentés*

##### *Pillérfőcél*

*Csökkenteni kell a drogok hozzáférhetőségét, valamint a drogok használatából és kereskedelméből fakadó egyéni és közösségi ártalmakat és kockázatokat. Az alapvető emberi jogok tiszteletben tartásával biztosítani szükséges a társadalom közösségeinek legnagyobb fokú biztonságát a*

*kábítószeres illegális előállítás, kereskedelme és a prekursorok, kábítószeres és pszichotróp anyagok eltérítése elleni hatékonyabb fellépés segítségével. Emellett a droghasználattal kapcsolatos bűnelkövetés csökkentése érdekében mennyiségileg és minőségileg is fejleszteni kell a megelőzési programokat a közreműködő szervezetek számának, és egymás közötti együttműködésének növelésével, a megvalósítás társadalmasításával a közösségi politikák keretében. E cél megvalósítása érdekében a bűnüldözés területén a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körének kínálati oldali elkövetéseire kell összpontosítani.*

#### *Prioritások*

1. Vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés;
2. Szeveritás (esetsúlyosság);
3. Fenntarthatóság és hatékonyság.

#### *Horizontális, átívelő eszközök és szempontok*

- Együttműködés, közösség;
- Koordináció, nemzetközi együttműködés;
- Monitorozás, kutatás, értékelés.

A stratégiában megjelennek olyan alapelvek, melyek a szükséglet-meghatározásban, illetve az ellátástervezés „filozófiájában” játszanak szerepet: kliens-orientált, prevenció-orientált, közösségi partnerségre építő, bizonyítékokon alapuló elvek, továbbá szerepet kap a kliens-igények mentén (vulnerabilitás, szeveritás), illetve az „eredményességet” is figyelembevevő (fenntarthatóság és hatékonyság) megközelítés, amely a felépülést állítja a középpontba. Noha az ellátások rendszere – az egészségügyi ellátásoké – megőrzi az egészségügyben szokásos progresszivitás elvét (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 75.§ (3) és 76.§ (1)), bizonyos ellátásokat a szolgáltatások minden pontján igyekszik nyújtani. Pl. védett szállásra nem biztos, hogy csak az ellátási piramis csúcsán van szükség (azoknál, akik hosszabb ideje drogmentesek), hanem már a szolgáltatások igénybevételének kezdetén is. Tradicionálisan, a droghasználók szolgáltatásait lineáris folyamatként írták le – mint amilyen az egészségügyi progresszivitás elve is -, de az utóbbi időben megjelentek olyan szolgáltatásszervezési megközelítések, éppen a kliens-szükségletek alapján, amelyek a korábban csak a szolgáltatási piramis csúcsán levő szolgáltatások korábbi időszakban történő biztosítását jelentik, amint azt az emlegetett védett szállások példája is mutatja. Ennek oka a droghasználók társadalmi *integrációjának – reintegrációjának* elősegítése, végig a kliens „terápiás utazása” során, vagy még az előtt is (ellátórendszeren kívüli droghasználók).

A mai szakirodalomban a *felépülés-központú* és egyben *eredményesség-orientált* szolgáltatásoknál e két fogalom a szolgáltatások igénybevételének minden pontján érvényesül, és irányjelzőként segít minket a szükséglet megállapítása mellett az ellátástervezés folyamatában.

#### Beutalás

Az egészségügyben – a progresszivitás szem előtt tartásával – a beutalás, a szociális ellátásokban pedig a jogosultság az az eszköz, amelyekkel a kliens-, illetve a beteg-utakat szabályozni tudjuk. A külföldi példák is arra utalnak, hogy ezek az eszközök, különösen önmagukban, nem elegendőek. A beutaláshoz, illetve küldéshez, továbbküldéshez szükség lenne:

- szűrésre
- állapotfelmérésre – ez a kliens-szükségletek meghatározását is részben szolgálja

- kiinduló ellátási terv készítésére – ez részben a kliens-szükségleteket is tartalmazná (azokat, amik az előző pontból kimaradtak), illetve meghatározná az ellátás következő szintjét, az azok igénybevételehez szükséges feltételekkel, tartalmazná a felépülés-központú megközelítést és tekintettel lenne a „kimenetekre” (eredményekre) is;
- motiválás – a kliens-, illetve beteg-utak, a kliens-, illetve a beteg-utazása során végig szem előtt kell tartani a motivációt, illetve a motiválás jelentőségét; különösen akkor, ha szolgáltató váltásra és új szolgáltatásba lépésről van szó.

A beutalás, küldés, továbbküldés és irányítás a kliens-, illetve a beteg-utak szabályozásában elég kevés eszközt biztosít az ellátóknak, továbbá ez a rendszer inkább az ellátók, semmint a kliens, vagy beteg érdekeit szolgálja.

### **Miért kell nekünk a szükséglet-meghatározás?**

A szükséglet-meghatározás kulcsfontosságú annak megállapításában, hogy a szolgáltatások spektruma és kapacitása a rendelkezésre áll, valamint ezek a droghasználók és hozzátartozóik részére hozzáférhetők és elérhetők 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 kezelés és a szociális ellátások között.

### **A szükséglet-meghatározás céljai**

A hatékony szükséglet-meghatározáshoz fel kell mérni a következőket:

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

## **Milyen fő területeken érhet el eredményeket és szemléletváltozást a szükséglet-meghatározás?**

**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 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 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 prevenció spektruma*

Az alábbi táblázatot azért mutatjuk be, mert nemcsak a prevenció, hanem az ellátástervezés más területein is áttekintést nyújt a különböző szereplők lehetséges tevékenységéről:

#### **2. Táblázat A különböző szereplők lehetséges tevékenységei**

<b>Stratégiák</b>	<b>Tevékenységek</b>
<b>A közpolitika és a jogszabályalkotás befolyásolása</b>	Tanácsadótestületek, amelyek hatása révén a pszichoaktív szerekhez való hozzáférést csökken
<b>Szomszédsági és közösségi mobilizáció</b>	Közösségi beszélgetések kezdeményezése, amelyeken az érintett fiatalok, a hozzátartozók, a szakemberek, valamint a helyi döntéshozók vesznek részt, annak érdekében, hogy a közösség érzékenyebbé váljon a pszichoaktív használat kérdésével kapcsolatban és konkrét ajánlásokat fogalmazzon meg a közösség tagjai felé
<b>A szervezeti működések megváltoztatása</b>	Az egyes szervezetek felelősségének növelése a pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban (pl. szórakozóhelyek, rendőrség, mentők)
<b>Koalíciók és hálózatok létrehozása</b>	Elősegíteni, hogy a közösségi stakeholderek a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatban bizonyos kulcskérdéseket fogalmazzanak meg, és javaslatot tegyenek ezeknek a kérdéseknek a megválaszolása irányában
<b>A szolgáltatók felvilágosítása</b>	A szolgáltatók képzése, továbbképzése a témával kapcsolatos érzékenység és felelősség növelése érdekében
<b>Közösségi felvilágosítás</b>	A közösség tagjainak érzékenységét és felelősségvállalását célzó felvilágosító programok, beleértve a média-kampányokat is
<b>Az egyéni tudás és készségfejlesztés</b>	A fiatalok, a vulnérabilis csoportok tagjainak, a hozzátartozók számára rendezett programok, amelyek a felelősségvállalást növelik a pszichoaktív szerekkel kapcsolatban, illetve elősegítik a problémák korai észlelését, és a nem szakmai válaszok kialakítását ebben a korai szakaszban

**Ki végezze a szükséglet-meghatározást?**

A szükséglet-meghatározás *stratégiai folyamat*, amely szorosan kapcsolódik a szolgáltatás, illetve ellátástervezéshez. A folyamat több szinten végezhető el: pl. regionális vagy közösségi szinten, de akár egy konkrét szolgáltatás vagy szolgáltató szintjén is. Ezért fontos, hogy a megfelelő embereket vonjuk be a teljes folyamatba, mivel az ellátástervezés és a terv megvalósítása nagyban rajtuk fog múlni. Ezért célszerű egy *szakértői munkacsoport* felállítása, amely az egész folyamatot felügyeli (a szükséglet-meghatározástól az ellátás-fejlesztésig). E szakértők jellemzőit foglalta össze Hooper és Longworth (2002):

- *akik ismerik a problémát*: szolgáltatók, kutatók;
- *akik „törődnek” ezekkel a problémákkal*: a célpopuláció tagjai, szolgáltatók, a helyi közösség szereplői;
- *akik változtatni tudnak*: szolgáltatás szervezők és a szolgáltatások vezetői, a policy-ért felelős döntéshozók.

A szükséglet-meghatározás és a bevonandó csoportok kapcsolatáról – kissé leegyszerűsítve - két megközelítés él:

- az egyik a szükségleteket a droghasználók (illetve a szolgáltatások használói), valamint a szolgáltatások munkatársai által megfogalmazott szükségletekre alapozzák; ez a normatív megközelítés;
- a másik a hozzáférhető információk alapján szükségleteket feltételez, majd ezek kielégítését, illetve lefedését célozza meg.

Mint minden végletes példánál, a gyakorlatban *e kettő ötvözete* kecsegtet a legjobb eredménnyel.

A „Ki végezze a szükséglet-meghatározást?” kérdés feltevése előtt meg kell határoznunk azt, hogy egyáltalán, ki teszi fel azt a kérdést, hogy szükséglet-meghatározásra van-e szükség. *Ki hatalmazta fel erre?* Miért van szüksége ezekre az adatokra? Ezek a kérdések a szükséglet-meghatározás, tágabban a szolgáltatástervezés és fejlesztés legitimitációját érintik; jobb ezt minél előbb tisztázni, mert különben elveszítjük a támogatóinkat, illetve el sem jutunk hozzájuk. A szükséglet-meghatározást – is – felügyelő, segítő *szakértői munkacsoport* tagjaihoz szükséges egy legitim útvonal, amin megkeressük őket, és ami által felkérjük őket arra, hogy a folyamatban vegyenek részt. A folyamat eredményeit is prezentálnunk kell „valakinek”, hiszen nem önmagában álló tudományos vizsgálatot végzünk, ahol a célcsoport a „tudományos közösség”, hanem nagyon is gyakorlati célok mentén cselekszünk. Ha a megfelelő szereplőket – döntéshozókat, policy-szakembereket – nem sikerül bevonniuk a folyamatba, akkor az egész értelmét veszti. A kérdés tehát nem pusztán az, hogy „kinnek” prezentáljuk az eredményeket, hanem – ezt bizonyos értelemben zárójelbe helyezve – az, hogyan vonjuk be a releváns szereplőket (akiknek aztán már nem kell „prezentálni” az eredményeket, hiszen azok kialakításában maguk is résztvettek).

## **Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Irányok**

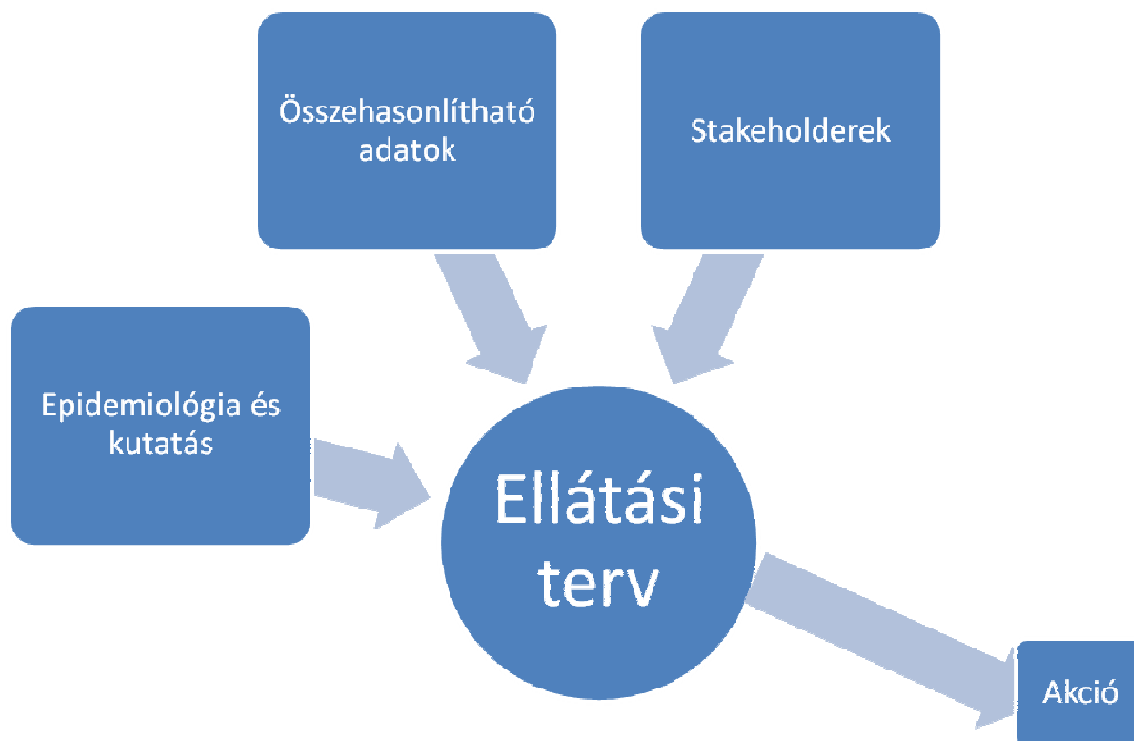
A legalapvetőbb kérdések:

- Hány fő él az adott területen, aki drogokat használ?
  - különböző epidemiológiai vizsgálatok, prevalencia adatok
  - mortalitás-alapú becslések
  - egyéb becsülő eljárások (pl. fogás-visszafogás)
- Milyen ellátási szükségletek jelentkeznek a különböző régiókban? – összehasonlító elemzések

- milyen szolgáltatásokra van szükség?
- és mekkora kapacitással kell számolni?
- Milyen szolgáltatás iránt van szükséglet az adott régióban és mekkora kapacitással?
  - a jelenleg működő szolgáltatások a megfelelő módon, koordináltan működnek-e, illetve milyen módon lehet elősegíteni a szolgáltatások közötti koordinációt és kooperációt?
  - kliens-központú közösségi szükséglet-meghatározás
  - az ellátás folyamatossága megközelítés – amivel a korábbiakban foglalkoztunk
  - normatív megközelítés: a kezelőrendszer jelenlegi, illetve múltbeli teljesítménye alapján fogalmaz meg terveket a jövőre nézve
  - előíró megközelítés: milyen szolgáltatásokra lenne szükség – mi kellene? -, ha pl. a ellátás folyamatosságát következetesen alkalmaznánk? Itt tehát nem közvetlenül a kliens szükségletek jelentik a kiindulópontot, hanem egy „ideális” állapot eléréséből következtetünk „visszafelé” a szükséges ellátásfejlesztési szükségletekre.

### Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Gyakorlati megközelítések

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



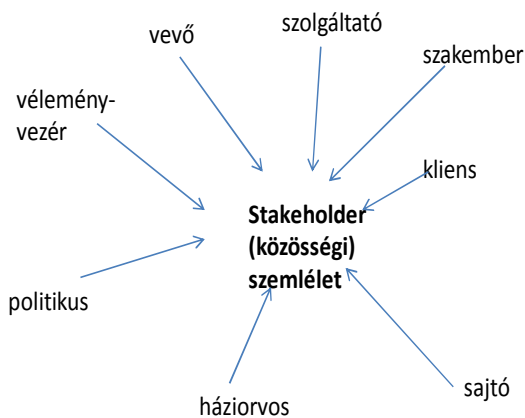


A szükséglet-meghatározásban három nagy területről, adatforrásból szerezhetünk be adatokat és véleményeket:

*Stakeholder-megközelítés (vagy közösségi megközelítés)*

Elsősorban az egészségügy területéről szerzünk be adatokat és szakvéleményeket. Ezek az ismeretek főleg a helyi szakemberektől származnak, ezért jól és részletesen tükrözik a helyi szükségleteket. Igaz, hogy az intézményi érdekektől néha nehezen szétválaszthatók a szükségletek, azonban az ismeretek gazdagsága kárpótolhat bennünket e torzításért, továbbá az, ha ezzel tisztában vagyunk. Esetenként ilyen módon olyan csoportok szükségleteihez is hozzáférhetünk, amelyeket a hagyományos úton nem tudunk elérni (pl. kórházból elbocsátott, súlyos mentális betegek). A megközelítés érzékeny a költség-hatékonyságra. További előnye, hogy érdekelt feleket von be a szükséglet-meghatározás folyamatába.

- 3. ábra. Stakeholder (közösségi) szükséglet-meghatározás: az ábra a szükséglet-meghatározásban szerepet játszó, a helyi közösségben kulcsszerepet betöltő szereplőket mutatja**



### *Összehasonlító, komparatív megközelítés*

Egy adott területen elhelyezkedő populáció által igényelt szolgáltatások összehasonlítása egy másik populációéval. Ha semmilyen más információnk nincs, a nagyságrendi különbségek a szolgáltatások számában, vagy a szolgáltatásokat igénybe vevők számában, önmagában „árulkodók” lehetnek.

### *Epidemiológiai és költség-haszon elemzések*

A szükséglet-meghatározás lényege annak megértése, hogy mi a hatékony beavatkozás és kinek.

Lépései:

- a probléma meghatározása
- prevalenciák és incidenciák
- hozzáférhető szolgáltatások és azok költségei
- hatékony és költség-hatékony szolgáltatások
- adatokkal alátámasztott ellátási modellek és ajánlások
- „kimeneti” mérések, audit módszerek és célok
- információ és kutatási előfeltételek

### *Trianguláció a szükséglet-meghatározásban*

A „trianguláció” azt jelenti, hogy több forrásból szerezzük be az adatainkat; a több forrásból beszerzett adatokkal egy-egy forrás adatait a többivel összevetve azokat pontosítani tudjuk.

### **3. Táblázat Trianguláció**

	<b>A trianguláció típusa</b>	<b>Példák</b>
<b>Adatforrás trianguláció</b>	a meglévő adatok áttekintése kutatások	többféle módszertannal szerzett adatok összevetése
<b>Módszer trianguláció</b>	résztevő kutatás fókuszcsoport kulcsszemély interjúk kérdőívek	egészségi állapottal kapcsolatos problémák prioritás listája; egészségi problémák megbeszélése (kockázati és protektív faktorok, vulnerábilis populációk); egészségpromóciós eljárások; egészségügyi survey-k
<b>Kutatók triangulációja</b>	oktatók kutatók	fókuszcsoportok, moderátorokkal és kulcsszemélyekkel készített interjúk

Ha az előzőekben leírt adatokat és folyamatokat összegezzük, akkor lehetőségünk nyílik bizonyítékokon alapuló ellátási terv készítésére. A szükséglet-meghatározás a teljes folyamat szempontjából stratégiai jelentőségű!

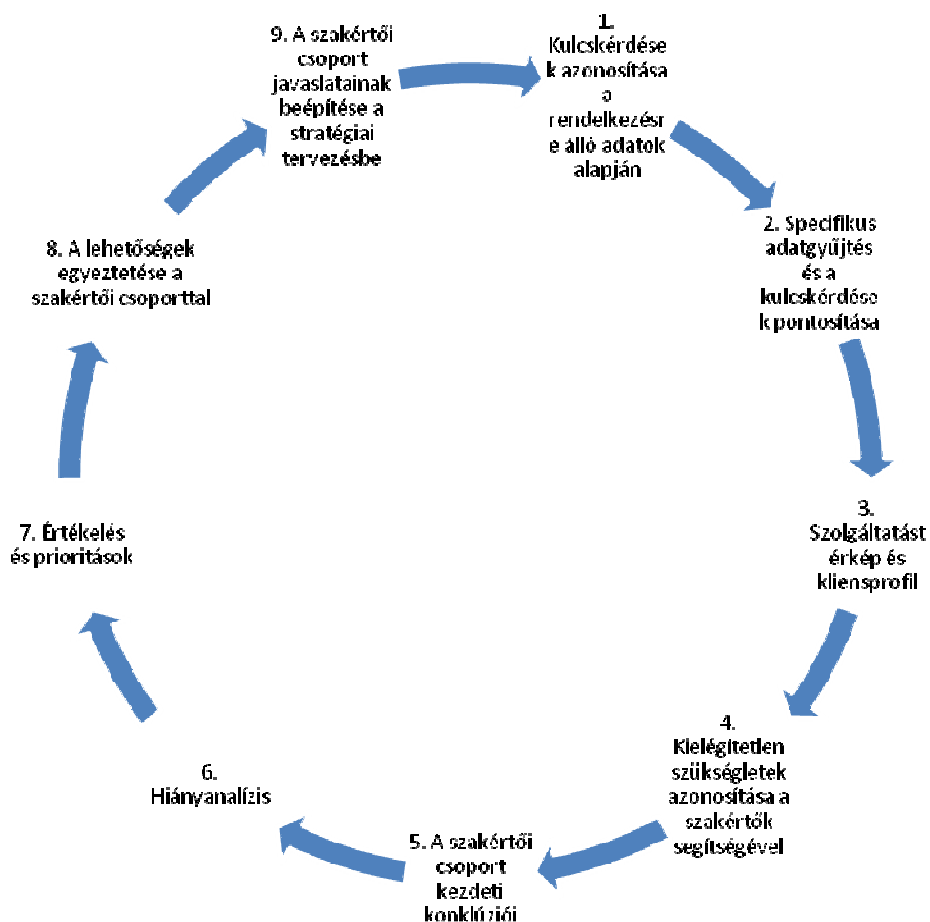
### **A szükséglet-meghatározás összetevői**

A szükséglet-meghatározás folyamata a következő elemekből áll:

- *helyi folyamatot* kell létrehozni, amely a meghatározás hajtóereje
- 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.

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

4. ábra. A szükséglet-meghatározás éves ciklusa



#### A szükséglet-meghatározás folyamata

1. *Szakértői munkacsoport felállítása:* résztvevők az adott terület kulcsfontosságú szereplői a droghasználat megelőzése és a droghasználók ellátása tekintetében: szakemberek, közpolitikai döntéshozók, közösségi – civil – szereplők, illetve csoportok képviselői. Ha egy területen a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) jelentős szerepet játszik, akkor a szakértői csoport a KEF bázisán szerveződhet.
2. A rendelkezésre álló információk áttekintése: ehhez az információk mellett tudnunk kell, azok honnan származtak (megbízhatóság, érvényesség), valamint milyen szempontból, milyen elvek szerint fogjuk ezeket áttekinteni. Itt ismét hangsúlyozzuk, hogy a szükséglet-

meghatározás célja az ellátások fejlesztése, hatékonyabb működése, és nem pusztán a „tudományos igények” kielégítése!

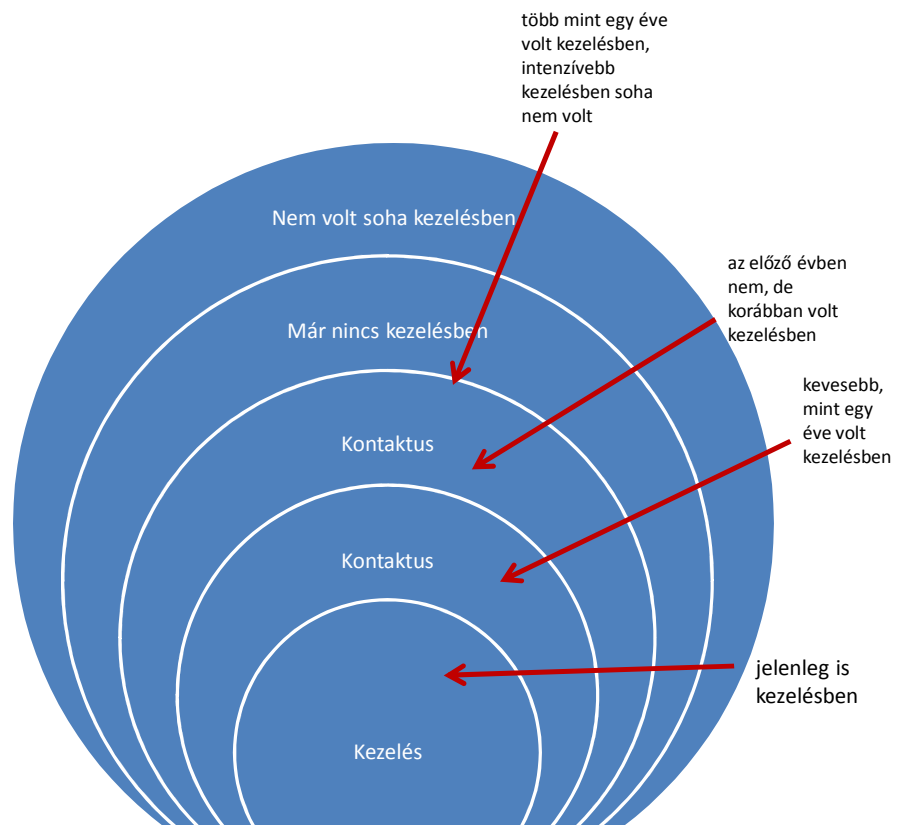
3. A „*kielégített*” igények feltárása: itt olyan droghasználókról van szó, akik bekerültek az ellátásba. Ebbe a részbe tartozik a *kezelőrendszer feltérképezése*, valamint a *kliens-profilok* megalkotása! Feltételezhetjük, hogy nem minden szükségletüket elégíti ki az adott ellátás, ezért erre a pontra még visszatérünk!
4. A szükségletelhordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező *populáció feltérképezése*: itt az ellátórendszeren kívüli szerhasználókról van szó.
5. „*Kielégítetlen*” igények feltárása: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni: pl. a büntetésvégrehajtó intézményekben fogvatartott szerhasználóknál a terápiás szükségletek gyakran lefedetlenek!
6. *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, utánkövetés;
  - *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 segítésük;
  - *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 büntetésvégrehajtó intézményekből szabadultak speciális reintegrációs szükségletei.
7. *Evaluáció és a prioritások meghatározása*:
  - a gondozás folyamatosságának biztosítása az ellátórendszeren belül, az egyes ellátók között;

- a működő szolgáltatások rekonfigurálása az eddig ki nem elégített szükségletek lefedése érdekében (pl. meghosszabbított nyitvatartással, flexibilisebb ellátásszervezéssel);
  - az egyes szolgáltatások fejlesztése annak érdekében, hogy növekedjék a kliensek retenciója és így a kedvező „kimenetek” (eredmények) aránya;
  - a prioritások meghatározása a források függvényében történik!
8. A tervezési folyamat lezárása: az ellátásfejlesztés monitorozása és értékelése
- rendszeres – lehetőleg éves – értékelés a folyamatos monitorozás szolgáltatata adatok segítségével.

## Az ellátással kapcsolatos szükségletek ábrázolása: kielégített és kielégítetlen szükségletek

### 5. ábra. Az ellátórendszer és a drogfogyasztók kapcsolatának ábrázolása: a céltáblamódszer\*.

Az ábra legbelső köre a jelenleg is kezelésben levőket mutatja, majd ahogy kifelé haladunk a koncentrikus körökön, a kezelőrendszerrel egyre kisebb – kevesebb kontaktussal bíró klienseket látjuk, majd a külső kör azokat mutatja, akik még nem voltak kezelésben (de tudunk róluk). A legkülső körön kívül levő tartomány a „becsült problémás droghasználók”: róluk csak becsléseink vannak (még annyit sem tudunk róluk, mint a legkülső körbe tartozó személyekről)



*Becsült problémás droghasználó populáció*

\*a „kezelés” fogalmát természetesen részletezhetjük: ambuláns vagy fekvőbeteg ellátásban, rehabilitációban kezelt kliens, illetve a szociális ellátások szerint is!

## A „kielégítetlen” szükségletek bemutatása

### 4. Táblázat Kielégítetlen szükségletek

	Ártalmak	Számok	Ellásba kerülők, ill. onnan kikerülők
<b>hajléktalanok</b>	súlyosabb ártalmak, pszichiátriai komorbiditás, súlyos társuló alkoholhasználat	x számú hajléktalan egy adott városban; y számú hajléktalan az ellátórendszerben	a hajléktalanok az ellátás melyik részébe kerülnek: valószínű, hogy az ártalomcsökkentőkbe; onnan is gyakrabban kiesnek
<b>lakhatási problémákkal küzdők</b>	az előző csoportnál jobb helyzetű droghasználók; de az ott megjelenő problémák itt is jelen vannak	az ellátásba kerülő droghasználók pl. x %-ában lakhatási problémák, különösen jellemző ez a helyzet az opiáthasználókra	Kevésbé stabil populáció, ezért a retenció alacsony
<b>börtönből szabadultak</b>	túladagolás és következményes mortalitás kockázat; támogatás nélkül drog- és bűnözés recidíva	az ellátásba kerülők x%-a börtönből szabadult; a börtönből szabadultaknak csak y%-a kerül ellátásba	már a börtönben elkezdni a felkészítést a szabadulásra: az ilyen adatok hol jelennek meg a rendszerben, megjelennek-e egyáltalán?
<b>súlyos mentális zavarokkal küzdők (komormid esetek)</b>	a szerhasználat rontja a pszichiátriai problémák kezelési esélyét, és fordítva is: a pszichiátriai problémák rontják az addikciós ellátások eredményességét	komorbid esetek (két vagy több pszichiátriai diagnózis, kezelőhelyi vagy OEP adatok)	miért került kezelésbe? lehet, hogy a pszichiátriai problémával, a droghasználat rejtve maradt
<b>prostituáltak</b>	szexuális kockázatok, elsősorban amfetaminhasználók	kezelőhelyek adatai, utcai megkereső programok adatai	x prostituált van az ellátásban; az „otthoni” prostituáltak nem kerülnek be az ellátórendszerbe



## Hiányanalízis

A hiányanalízist a szakértői munkacsoport végzi, a szükséglet-meghatározási folyamatban feltárt szükségletek, illetve az ellátórendszer jellemzői, pontosabban e kettő megfeleltetése révén. Ahogy erről korábban írtunk, a hiányanalízis annál pontosabban végezhető el, minél inkább egy földrajzi területre koncentrálnunk, és a droghasználók összetett populációját több, kisebb célcsoportra bontjuk, amelyeknek speciális szükségleteit a következők szerint osztályozzuk (részletesebben lásd később!).

## Értékelés és a prioritások meghatározása

A prioritások meghatározása a rendelkezésre álló források függvényében  
Mielőtt újrakonfigurálnánk egy-egy szolgáltatást, a partnereknek tudniuk kell, hogy az azonosított hiány specifikus szolgáltatóhoz kötődik és nem a szélesebb rendszer átfogó hiányossága!

## A szükséglet-meghatározási folyamat és az ellátásszervezés befejezése

Monitorozás és értékelés: a szükséglet-meghatározás után tett ellátásszervezési változtatások monitorozása, az eredmények értékelése, majd újabb ciklus indítása (lásd még a 4. ábrát is!).

### 6. ábra. A szükséglet-meghatározás helye az ellátásszervezésben:

az ábra 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.



Az elméleti bevezetés után áttekintjük a főbb szükséglet-meghatározáshoz – vagy ahhoz is – használt módszereket, hangsúllyal azokon az irányokon, amelyeknek van magyarországi jelentősége (alkalmazták már Magyarországon).

Elsőként a „kielégített” szükségletekkel foglalkozunk, azaz azokkal a kliensekkel, akik az ellátórendszer valamely szolgáltatását veszik igénybe. Ehhez az ellátórendszert és a kliensnek igényeket kell feltérképeznünk.

## II. A kielégített szükségletek feltérképezése: Az ellátórendszer feltérképezése

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>1</sup> profiljának (azon belül is különösen: ellátásba kerülés, beutalás eredete, továbbküldés, betegirányítás, ellátásban maradás, az ellátás eredményessége) meghatározásához, leírásához. Az ellátórendszer leírásának szerves része – elsősorban az ellátásban maradás kérdése kapcsán – a kliensek a szolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségének feltárása.

### Az ellátórendszer feltérképezésének célja

Az ellátórendszer feltérképezésének célja a különböző ellátási modalitásokban megjelenő, átlépő vagy kilépő kliensek számának, típusainak leírása. Az ellátástérkép segítségével az ellátatlan szükségletek felmérését végző szakértői csoport számára kiderül, melyek azok a csoportok (nem, szerhasználó típus, kor, etnikai hovatartozás stb. mentén), amelyek a vizsgált ellátási formákban megjelennek. Az ellátástérkép lehetővé teszi ugyanakkor annak azonosítását is, mely területeken mutatkoznak hiányosságok, vagy hol ütközik akadályokba a továbblépés. Az egyes ellátók, szolgáltatók leírása feltétlenül szükséges, de önmagában nem elégséges, az ellátási térkép tehát az egyes szolgáltatók leírásaként, majd az azok alkotta hálózatként tekinthető. Az ellátási térkép meghatározásával:

- A hálózatban működő ellátók, szolgáltatók alaposabban megismerik a rendszer egésze működését és az abban ellátottakat.
- Az erőforrások, kapacitások allokációja jobban meghatározható.

### Az ellátási térkép

Az ellátási térkép az összekapcsolódó kezelési, ellátási modalitások grafikus ábrázolásaként tekintendő. Azt mutatja meg, hogy *a kliensek hogyan mozognak, milyen utat járnak be* az ellátás különböző szintjein, és az egyes szinteken milyen az ellátásban részt vevők profilja. A következőkben kliensek leírását is említjük, de a hangsúly a szolgáltatók leírásán 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.

---

<sup>1</sup> A kliens kifejezést egyaránt használjuk az egészségügyi és a szociális ellátást igénybevevő személyekre.

**Kezelésben<sup>2</sup> 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.

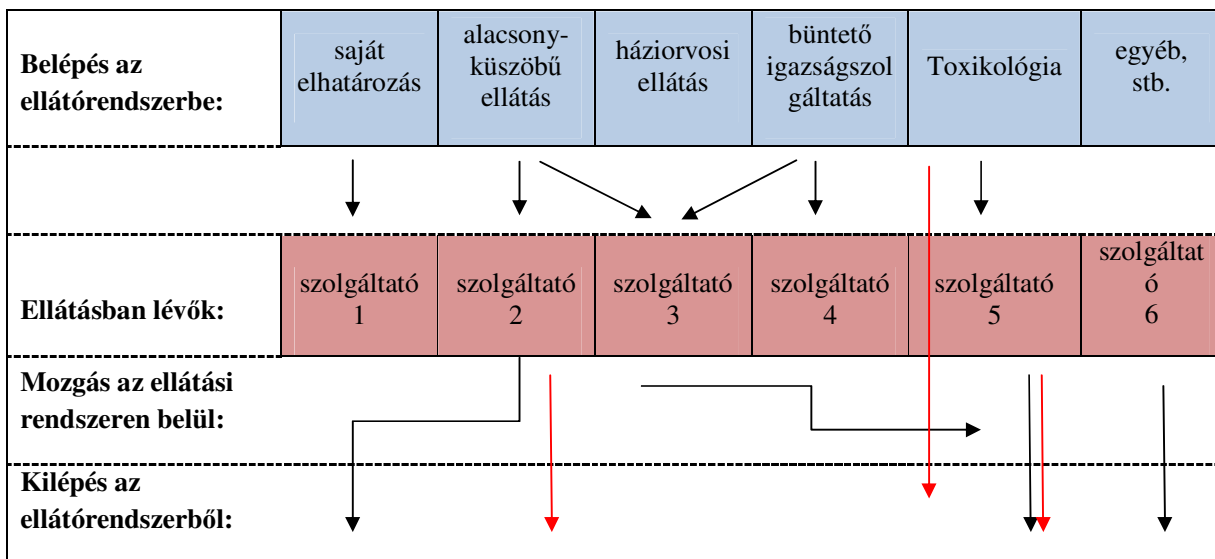
**Mozgás az ellátási rendszeren belül:** A kliensek különböző ellátási formákat vesznek igénybe akár egy időben, vagy időben egymást követően. Az ellátási térkép segítségével feltárhatók, mely kliensek lépnek tovább, hova kerülnek továbbbírányításra, és milyen profillal rendelkeznek azok a kliensek,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

A szolgáltatók felrajzolása egyben választ ad arra is, mely ellátási forma hiányzik, a gyakoribb kiesés megmutatja a fejlesztésre szoruló területeket, a kliens utak feltárása segíti az erőforrás tervezést és a továbbutalás menetének azonosítását.

A különböző szolgáltatók és/vagy ellátási formák közt áramló kliensek leírására alkalmasak az első részben bemutatott, a kliensek leírására szolgáló eszközök (pl. TDI, ASI etc.), valamint az OSAP adatok áttekintése is hasznosnak bizonyulhat.

### 5. Táblázat Az ellátástérkép sémája:



<sup>2</sup> A kezelés fogalmát az egészségügy számára tarjuk fenn.

## **Az egyes szolgáltatók leírása**

Hiányosságok feltárása (gap analysis) során azonosított szükségletek

A szolgáltatók leírását és a célcsoport jellemzőinek összeállítását követően sor kerülhet a különbségek, eltérések meghatározására. Annak ellenére, hogy esetenként több szolgáltatói típus is jelen van viszonylag széles ellátási spektrum mellett, lehetnek olyan speciális igénnyel rendelkező csoportok, melyeknek nincs kapcsolata az ellátórendszerrel. Ilyen csoportok lehetnek: szerhasználók, nők, fiatalok, prostituáltak, szerhasználó szülők gyermekei stb. Ezen kliensek szükségletei jelentősen eltérnek a kliensek többsége szükségleteitől. A ellátási hiányosságok feltárása során indokolt a vizsgált csoportok szükségleteit kategorizálni, melyre alább egy egyszerűbb példa következik: a következő szükségleteket a továbbiakban az egyszerűség kedvéért *ellátási szükségleteknek* nevezzük.

**Egészséggel kapcsolatos szükségletek:** a droghasználat okozta ártalmak csökkentését célzó segítségre, tanácsra irányuló szükségletek a fizikai és a mentális egészség javítása érdekében.

**Függőség-specifikus szükségletek:** droghasználattal összefüggő kezelési szükséglet, gondozási szükséglet és utógondozási szükséglet.

**Lakhatással kapcsolatos szükségletek:** átmeneti szállás és lakhatási szükséglet krízis idején vagy állandó jelleggel.

**Foglalkoztatással kapcsolatos szükségletek:** alapvető képességek, a motiváltság növelésére irányuló tanácsadás, önbizalom és önértékelés, foglalkoztatási szolgálatok és munkalehetőségek iránti igény.

## **Bevezetés**

Az ellátási szükségletek feltárására irányuló kutatás megkezdése előtt indokolt felmérni az aktuális kiinduló helyzetet, annak érdekében, hogy a módszertanilag legmegfelelőbb kutatási elrendezés eléréséhez a rendelkezésre álló legrészletesebb információk elérhetővé váljanak az alábbi területekről: *az ellátórendszer struktúrája, a személyzet összetétele, a szolgáltatók és a szolgáltatások struktúrája, a finanszírozás, a minőségirányítás és fenntarthatóság, elérhetőség és hozzáférhetőség, és a beavatkozások hatékonysága.* Ezen információk összegyűjtéséhez a legkülönbözőbb adatbázisok és kutatási eredmények felhasználhatók, mint például a finanszírozói és a szolgáltatói adatok, az ellátás eredményességére vonatkozó vizsgálatok; szolgáltatói regionális vagy az ellátói rendszer szintjén, multidiszciplináris megközelítést alkalmazva. A legjobb eredmény eléréséhez érdemes az ellátásban együttműködő szereplőket bevonni a folyamat egészébe, a rendelkezésre álló adatok áttekintésétől a disszeminációig. A szükségletek feltárása során fokozott figyelmet kell fordítani az alábbi területekre, kutatási eredményekre:

I. Az ellátórendszer szervezeti, strukturális leírása és a szolgáltatás teljesítésére irányuló eredmények:

- A szervezet meghatározása és karakterisztikájának leírása, a finanszírozás, az irányítás, a szolgáltatás minősége, és a szolgáltatások megfelelése a kliensek és a speciális igényekkel rendelkező csoportok igényeinek.
- Az elérhetőség és a hozzáférhetőség javítására irányuló modellprogramok eredményei és az általános kontextusban megfelelőnek tartott ellátás leírása.
- Az ellátási programok környezetének, struktúrájának, személyzetének és a szolgáltatások működésének leírása a hozzáférés, az ellátásban maradás, a terápiahűség, az ellátás átfogó jellegének és az ellátás eredményességének szempontjából.

## II. A szolgáltatások finanszírozását leíró eredmények:

- A finanszírozás és a támogatás különböző modelljeinek eltérései, azok hatása az ellátórendszer vagy az egyes szolgáltatók erőforrásaira, szervezeti felépítésére, irányítására, a személyzeti felépítésére, az ellátási programok funkciójára, a szolgáltatások igénybevitelére, az általános és a speciális igényekkel rendelkező kliensek igényeinek való megfelelésre, az ellátás hatásosságára és költség-hatékonyságára.
- A minimálisan szükséges szolgáltatások azonosítása. Mi a határköltsége a magasabb szintű szolgáltatásnak vagy a szolgáltatások különböző kombinációinak? Miben különbözik a határköltség az ellátottak különböző csoportjai esetében, és hogyan lehet ezt optimalizálni a kliensek jellegének leginkább megfelelően?

## III. A szolgáltatások minőségét és hatásosságát leíró eredmények:

- Az ellátó programok struktúrájának, szervezésének és működésének, és a kliensek jellemzőinek viszonyát leíró kutatások eredményei. A kettő közötti legjobb megfelelés növelésére irányuló modellek bevezetésének eredményei a megfelelés és a kliensirányítás hatékonyságának növelése érdekében.
- Az elérhetőség, a hozzáférhetőség, a fenntarthatóság, a tartalmi, a minőségi és a pénzügyi kérdések leírása, beleértve a speciális igényekkel rendelkező (cél)csoportok (nők, fiatalok, kisebbséghez tartozók) szempontjait is.
- Az elérő programok (pl. utcai megkeresés) és az ellátórendszerbe történő beutalás hatásossága, beleértve a fertőző betegségek szűrését is.
- A költségek, a hatásosság, a költség-haszon és a költség-hatékonyság standardizált monitorozása, mely felhasználható kutatási tevékenység során is.

A fenti felsorolás tehát ajánlásokat fogalmaz meg. Célja, hogy összegyűjtse, a szolgáltatók működésének leírásához mely meglévő kutatási eredményeket kell összegyűjteni, vagy – hiányuk esetén – a szükségleteket feltáró projekt keretében előállítani.

## A szolgáltatói profil kulcskérdései

- Hol található a szolgáltató, milyen annak viszonya a szolgáltatás célcsoportjához?
- Milyen információ érhető el az együttműködő szolgáltatókról más területeken?
- Mi a szolgáltató nyitva tartási ideje? Vannak a nyitva tartási időn túl is elérhető szolgáltatások (telefonos segélyszolgálat, üzenetrögzítő stb.)
- Milyen kliensek jelennek meg a szolgáltatásban – nem, életkor, szerhasználati mintázatok, földrajzi elhelyezkedés stb. – szerint?
- A szolgáltató milyen speciális igényeket elégít ki?
- Mi a beutalás eredete? Kitől érkeznek a beutaltak?
- Átlagosan hány kliens jelenik meg az ellátásban hetente, havonta, negyedévente stb.?
- Átlagosan mennyi ideig maradnak a kliensek az ellátásban? Mi az oka a kilépésnek (ellátásból kiesés, továbbirányítás)?
- Hetente/havonta hány kliens kerül továbbirányításra? Mely szolgáltatókhoz?
- Mekkora a személyzet terheltsége? A szolgáltató hány főállású alkalmazottat foglalkoztat, a személyzet ideje mekkora részét fordítja a kliensekkel való találkozásra?
- Van információ a kliensek elégedettségéről és a személyzet elégedettségéről?
- Az ellátásban részt vevők hogyan érik el a szolgáltatót? Tömegközlekedéssel megközelíthető a szolgáltató? Milyen a szolgáltató földrajzi elhelyezkedése?
- A szolgáltatónál van várólista? Ha van, mennyi időt várnak a kliensek az ellátás megkezdése előtt?
- Ha a szolgáltató előjegyzés alapján működik, a kliensek mekkora aránya nem jelenik meg a megbeszélt időpont alkalmával? Hetente, havonta hány ilyen alkalom van?

A nemzetközi szakirodalom és az ajánlásokat, tanácsokat adó útmutatók sem egységesek szóhasználatukat, fogalomrendszerüket tekintve. Az intézmények értékelésének, evaluációjának több fókuszja is lehet. Az ellátatlan szükségletek feltérképezése során azonban nem lehet egyetlen mozzanatot, értékelési fókuszot kijelölni. A WHO (WHO, UNDCP, EMCDDA 2000a,b) vonatkozó útmutatója megkülönböztet különböző értékelési típusokat. Az alábbi típusok mintha egymásra is épülnének, az **ellátási szükségletek feltárása** itt az első lépcsőfokot jelenti. Az ellátatlan szükségletek azonosítása ugyanakkor önmagában nem elégséges. Elképzelhető ugyanis, hogy bizonyos kliensek nem azért hiányoznak az adott ellátási formából, szolgáltatásból, mert igényeik nem ismertek vagy nincs igényeiket célzó ellátó. Az ellátás folyamatában is lehetnek rejtett tényezők, melyek meggátolják adott jellemzőkkel rendelkező kliensek ellátásba lépését, vagy éppen fokozzák az ellátásból való idő előtti kiesésüket. A **folyamatértékelés** épp ezért a szolgáltatói rendszer testre szabásának szerves része kell, hogy legyen. A folyamatértékelés ad választ arra is, hogy a populációban azonosított, de az ellátásra szoruló, mégis, az ellátásban meg nem jelenő csoportok milyen jellemzők mentén térnek el az ellátásban részt vevő kliensektől. Az **ellátás eredményességét** is mérni kell, elképzelhető, hogy bizonyos csoport(ok) körében alacsonyabb a hatásosság és az eredményesség mértéke. A **kliensek elégedettsége** az ellátásban maradáson keresztül közvetlenül is befolyásolja egy program eredményességét. A kliensek véleményét azért is indokolt figyelemmel kísérni, mert hasznos információval szolgálnak arról, hogy a szolgáltató valamely programjának átalakításával, testre szabásával hogyan tudja még inkább elérni, ellátásba

vonni az ellátatlan csoportok tagjait. Elvben az is elképzelhető, hogy egy adott szolgáltató, vagy egy régió összes szolgáltatója együttesen teljesen összhangban van az adott területen jelentkező ellátási igényekkel, sőt a szükségletekkel is. Az ellátatlan populáció ez esetben a kapacitások – közvetve pedig az erőforrások és az anyagi ráfordítások – elégtelenségének kérdéseként jelenik meg. Indokolt ezért a programok, szolgáltatások és az egyes szolgáltatók ráfordítás igényének felmérése is. A **gazdasági evaluáció** választ ad azokra a kérdésekre, mely területeken lehet adott ráfordítás-növelés mellett a legnagyobb eredményt – azaz nagyobb ellátottságot, kevesebb kielégítetlen szükségletet – elérni.

## 6. Táblázat Az intézményi értékelés főbb típusai

Az értékelés típusa	Főbb kérdések (példák)
<b>Ellátási szükségletek feltárása</b>	Mi jellemzi és mennyire jellemző a kábítószerrel való visszaélés a közösségben? A jelenlegi ellátók mennyire elégítik ki a veszélyeztetett populáció igényeit?
<b>Folyamatértékelés</b>	Mi a leírni kívánt program/szolgáltató/rendszer? Mennyire jellemző az eltervezett és a végrehajtott szolgáltatás összhangja (programhűség)? A szolgáltatások jó minőségűek? A programok személyzete hogyan értékeli a szolgáltatás értékét és minőségét? Mi jellemzi a szolgáltatást igénybe vevő klienseket? Mely kliensek nem fejezik be az ellátást?
<b>Eredményértékelés</b>	A kliensek mekkora része fejezi be az ellátást? A kliensek mekkora része csökkenti droghasználatát az ellátás eredményeként? Javul a kliensek életminősége az ellátás eredményeként? A program miért éri el azt az eredményt, amelyet elér?
<b>Kliens elégedettség</b>	A kliensek úgy érzik, hogy a kapott szolgáltatás találkozik az igényeikkel? Mivel elégedettek a legkevésbé? Miért lépnek ki némelyek az ellátásból?
<b>Gazdasági értékelés</b>	
<b>Költség vizsgálat</b>	Mennyibe kerül egy kliens ellátása?
<b>Költség-hatékonyság</b>	Különböző ellátásokat összehasonlítva egységnyi ráfordítás mekkora eredménnyel jár?
<b>Költség-hasznosság</b>	A relatív költségeket tekintve mekkora életminőség javulással jár egyik és másik szolgáltatás?
<b>Költség-haszon vizsgálat</b>	A program több haszonnal, mint költséggel jár, finansiális mutatókkal kifejezve?

Forrás: WHO, UNDCP, EMCDDA 2000a



## **II.1. Az ellátási szükségletek feltárása**

Az ellátási szükségletek feltárása a kezelőrendszerben megjelenő ellátási igények és a populáció szükségletei közötti eltérés leírása. Ezek a szükségletek egyrészt lehetnek látens szükségletek is, melyek a kliens számára nem tudatosultak (pl. fertőzőtségre vonatkozó ismeretek hiánya, belátás hiánya miatti kezelési igény hiánya). Ebbe a csoportba tartozhatnak ezért nemcsak az ellátórendszer számára rejtett csoportba tartozók szükségletei, hanem az egy ellátási formában részt vevő kliensek az aktuális ellátás céljai által el nem ért (rejtett vagy kielégítetlen) szükségletei is.

### **Az ellátási szükségletek feltárásának főbb lépései:**

- A vizsgálatban részt vevő (helyi, regionális stb.) csoport(ok) földrajzi meghatározása.
- A már meglévő prevalencia és incidencia adatok használata, és a speciális igények feltárása a célcsoportok körében.
- Az összegyűjtött prevalencia és incidencia adatok alapján indirekt becslések végrehajtása a célcsoportban és az alcsoportokban.
- Speciális felmérések a vizsgálni kívánt területeken.
- Fókuszcsoportos felmérés a kulcsszereplőkkel (hatóságok képviselői, klinikai szakemberek, szolgáltatók képviselői, ellátásban részt vevő kliensek) az igényeik feltárása érdekében.
- A különböző programok költség-hatékonyágának szakirodalmi áttekintése a hasonló működési területeken.
- A jelenlegi szolgáltatói hálózat azonosítása, kapacitásuk és a várólisták auditálása.
- Az ellátási igények és a jelenlegi ellátási rendszer összevetése különböző szempontok alapján.
- A nagyobb ellátási lefedettség, kapacitás kihasználás és a szolgáltatási hatékonyság elérése érdekében tett javaslatok összeállítása.

Forrás: WHO, UNDCP, EMCDDA 2000a

## **II.2. Folyamatértékelés**

A folyamatértékelés a megfogalmazott célok és a szolgáltatások tényleges végrehajtása közötti összhangot vizsgálja. A folyamatértékelésnek része a tényleges megvalósulás minden elemének leírása, éppen ezért komplex leírás szükséges, melyre standardizált, más kontextusban alkalmazott eszközök átvétele komoly korlátokkal lehetséges csak.

### **A folyamatértékelés főbb kérdései**

- Az értékelés fókuszának meghatározása (program, szolgáltatás, szolgáltató).
- Az ellátásban részt vevő kliensek létszáma, jellemzői.
- A szolgáltatások jellemzői, mértéke.

- A hozzáférés könnyűsége.
- A szolgáltatások költségei.
- A programok felépítése, logikája.
- A szolgáltató személyzetének összetétele, végzettsége.
- Az adatgyűjtés, dokumentáció minősége.
- A kilépés, elbocsátás és az utógondozás kérdései.
- Eset-kezelés
- Külső és belső koordináció.
- A lefektetett standardoknak való megfelelés.
- A szolgáltatás környezetének jellemzői, azok hatása a szolgáltatásra.
- A szolgáltatások, szolgáltatók hálózata.
- A különböző szolgáltatók által ellátott kliensek jellemzői (a különbözőségek azonosítása céljából).
- Betegirányítási, beutalási rendszer, a kliensek áramlása a szolgáltatók között.
- Eset-menedzsment a szolgáltatók között.
- Szolgáltatón belüli koordináció a kliens igényeinek közvetlen ellátására.
- A szélesebb környezet, kontextus hatása a szolgáltatói rendszer működésére.

Forrás: WHO, UNDCP, EMCDDA 2000a

A folyamatértékelés során alkalmazott módszerek változatosak, ide tartozhat a dokumentum-elemzés, a megfigyelés, a fókuszcsoportos vizsgálat és szakértői interjúk felvétele mellett az adatbázisok kvantitatív elemzése is. A folyamatértékelés során indokolt lehet a kezelési protokollok és a végrehajtás gyakorlata közti különbségek feltárása is. A vonatkozó, hozzáférhető protokollok elérhetőségét a mellékletben közreadjuk.

### **A folyamatértékelés főbb lépései**

- Az eredeti célkitűzések dokumentumainak (alapító okirat, küldetés) áttekintése, a különböző speciális kezelési programok célkitűzéseinek áttekintése és a szükségesnek gondolt erőforrások, ráfordítások áttekintése.
- Fókuszcsoportos vizsgálatok és interjúk a szolgáltatások tervezőivel a közösség oldaláról, a vezetőkkel, a személyzettel, valamint a programok résztvevőivel és családtagjaikkal.
- A programok logikai modelljeinek kritikai elemzése, fejlesztési javaslatai.
- A belső információs rendszer (dokumentáció, kliens adatbázis stb.) elemzése.
- A programok gyakorlatának megfigyelése, a végrehajtás minősége, az igénybevétel és a különböző programok integráltságának minősítése.
- Kérdőíves vizsgálat a célcsoportok körében annak felderítésére, mekkora az aktív résztvevők és az elérni kívánt populáció aránya.

Forrás: WHO, UNDCP, EMCDDA 2000a

## II.3. Eredményértékelés

Az ellátás értékelése során nagyon fontos annak eredményessége megítélése. Azt, hogy az ellátás eredményeként változások történnek, az alábbi területeken mindenképpen vizsgálni kell. Az eredményértékeléskor jellemzően az ellátás előtti (belépési) állapotot érdemes összehasonlítani az ellátás befejezésekor (kilépés) és/vagy az azt követő időpontban (utánkövetés) tapasztaltakkal. A két állapot közti változás mérése ugyanazzal az eszközzel történjen. A kliensek ellátás előtti és utáni állapotának összehasonlítására pszichológiai, pszichiátriai és addiktológiai diagnosztikai eszközöket használhatunk.

### 7. Táblázat Az eredményértékelés területei:

Az eredményértékelés területei	Az eredményértékelés főbb kérdései
<b>Ellátásban maradás, Kilépési arány</b>	Ellátásban töltött idő hossza
<b>Kilépés aktusa</b>	A személyzet bejegyzésével történt vagy anélkül? Tervezett volt?
<b>Addikció súlyossága</b>	Legális és illegális addiktív szerek fogyasztásának mértéke, annak változása
<b>Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések kockázati magatartásai</b>	Injekciós droghasználat gyakoriságának csökkenése Tű- és fecskendő megosztás gyakoriságának csökkenése Nem biztonságos szexuális aktusok gyakoriságának csökkenése
<b>Egészség</b>	Változás a testi és/vagy pszichés állapotban Lakhatási helyzet változása
<b>Szociális (re)integráció</b>	Munkaügyi státus változásai Társas kapcsolatok, életstílus javulása Kriminalizáció csökkenése
<b>Életminőség</b>	Szubjektív jóllét emelkedése

A folyamat- és az eredményértékelésre vonatkozó kutatások általában olyan komplex vizsgálatok, melyek mindkét értékelési forma elemeit tartalmazzák, melyek nehezen szétválaszthatók. A gazdasági értékelés (elsősorban a programok finanszírozására és költségeire vonatkozó fókusszal) is gyakran része az ilyen komplex leíró vizsgálatoknak.

## **II.4. A kliens elégedettség feltárásának főbb területei**

A kliens elégedettségi vizsgálatok értékes hozzájárulással szolgálnak az ellátási programok értékelése során. A kliensek elégedettsége, az ellátási programról alkotott véleménye fontos szempontokat adhat a magas kiesési arány vagy az alacsony hatásosság értékelése során is. A kliens elégedettség felmérésének leggyakoribb módja az önkitöltős kérdőív felvétele, jellemzően a kilépéskor vagy az utánkövetés során. A kliens elégedettség vizsgálatának ugyanakkor veszélye, hogy a szubjektív értékelés kliensenként eltérő lehet – különösen a korábbi vagy más tapasztalatokkal rendelkező kliensek esetén -, illetve a kliensek elégedettsége és az ellátás hatásossága között laza a kapcsolat, a kliensek elégedettek lehetnek egy kevésbé hatásos programmal is. A kliens elégedettség eredményeit az időzítés, a mintavételi tényezők, kulturális különbségek és az egyes kérdésekre vonatkozó szenzitivitás is befolyásolhatja, melyeket az értékelés során figyelembe kell venni. A kliens elégedettség feltárásának fontosabb területei (WHO, UNDCP, EMCDDA 2000a).

- A ellátás helyszíne, körülményei.
- A stáb segítőkészsége.
- A ellátás díja.
- A szolgáltatások hozzáférhetősége.
- A család bevonása.
- Várakozási idő.
- A szolgáltatás mennyisége.
- Hatásosság.
- Eset-kezelés és együttműködés.
- Bizalmas légkör.

## **II.V. Gazdasági értékelés**

A gazdasági értékelés legegyszerűbb formája a program működési költségeinek feltárása (összes költség, egy kliensre jutó költség, klienssel való foglalkozás és adminisztráció aránya stb.). A gazdasági értékelés vizsgálati körébe tartozik az egyes programok költséghatékonysága, eredményessége is, de a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzésére vagy az antivirális kezelésére felhasznált erőforrások elemzése is.

A gazdasági értékelés főbb területei:

- A program bevételei (társadalombiztosítás, állami és lokális hozzájárulás, magánszemély hozzájárulása) (tervezett és tényleges bevételek).
- Kliens adatok, kapacitás (kezelésben töltött idő hossza, társadalombiztosítási adatok, kliens hozzájárulása, kliensek száma).
- Személyzet (teljes munkaidőben foglalkoztatottak száma, önkéntesek száma, túlóra kifizetések). Az ellátásra és az adminisztrációra fordított idő aránya.

- Vásárolt szolgáltatások és anyagköltség (irodai és laborköltségek, gyógyszer és élelmiszer költség, kommunikációs költségek stb.); szerződéses szolgáltatások (biztonsági költségek, utazási költség, takarítás és karbantartás stb.),
- Épületek és egyéb létesítmények fenntartása.
- Felszerelés (technikai eszközök, bútorok, orvosi felszerelés stb.)
- Egyéb költségek (személyzet képzése, adók, járulékok, biztosítás, közüzemi díjak stb.).

Az ellátórendszer feltérképezésére alkalmas eljárások bemutatása után az ellátórendszerben tartózkodó kliensek szükségleteinek meghatározása történik a következő fejezetben. Elsősorban azzal foglalkozunk, hogy ez a szükséglet-meghatározás milyen elvi alapokkal rendelkezik, milyen kiindulási feltételeken alapul.

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

#### **III.1. Az egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök**

Az elmúlt évtizedekben a problémás szerhasználók szükségleteinek felmérésére alkalmas mérőmódszerek száma jelentősen megnövekedett. Sokszor ugyanazon zavar, probléma feltérképezésére számtalan mérőeszköz áll rendelkezésünkre, ami egyúttal a választás adekvátságának bizonytalanságát is magában hordozhatja a szakemberek számára. Az EMCDDA szükséglet-meghatározásban használatos eszközöket felsoroló honlapján megközelítőleg 100, a szükségletek felmérésében használható angol nyelvű mérőeszköz felsorolása és ismertetése található meg.

A következőkben bemutatásra kerülő módszerek tehát szükségképpen nem fedik le az elérhető eszközök teljes körét, azonban kiválasztásuknál 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 lehetőség szerint magyar nyelven is elérhetők és ideális esetben az első két pontnak hazai populáción történt alkalmazásuk szempontjából is megfelelnek.

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).

#### **Pszichometriai kritériumok**

A pszichometriai kívánalmak két fő területét a mérőeszköz megfelelő *érvényessége (validitása)* és *megbízhatósága (reliabilitása)* jelenti. A validitás arra vonatkozik, hogy a mérőeszköz valóban azt méri-e, amire létrehozták. 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 megnyilvánulásai. 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).

## **Tartalmi és technikai szempontok**

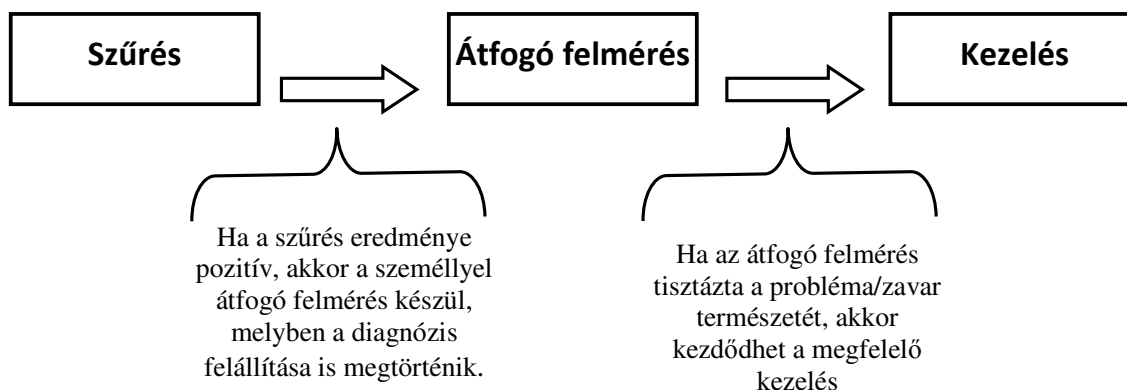
A céljainknak leginkább megfelelő mérőeszköz kiválasztásához mind tartalmi, mind technikai szempontból érdemes megvizsgálni a potenciálisan felmerülő eszközök körét. Fontos szempont lehet, hogy míg egyes eszközök kifejezetten kutatásra készültek, addig másoknál a klinikai alkalmazhatóság volt az elsődleges cél, de számos módszer mindkét helyzetben egyaránt sikerrel alkalmazható. Meg kell vizsgálnunk az egyes mérőeszközök tartalmát, azaz, hogy milyen módon operacionalizálták a vizsgálandó jelenséget, milyen mértékben fedi le a vizsgálni kívánt területeket, hány faktort, milyen aspektusokat vizsgál a mérőeszköz. Az egyes eszközök között e tekintetben nem feltétlenül minőségbeli különbségeket találunk, inkább az a kérdés, hogy a felhasználó céljához mi illeszkedik inkább. További, technikai jellegű különbséget jelenthet, hogy önkitöltősen vagy interjúhelyzetben lehet-e alkalmazni az eszközt, illetve, hogy papír-ceruza alapú kérdőívről van-e szó, rendelkezésre áll-e számítógépes alkalmazás, szükség van-e speciális eszközökre, tesztekre. Érdemes gondolni az önjellemzésből származó esetleges torzításokra, vagy az eszközök *szenzitivitására* illetve *specifitására*. Mindezen szempontok vizsgálata fontos ahhoz, hogy a céljainkhoz, valamint a lehetőségeinkhez leginkább illeszkedő mérőeszközt válasszuk.

## **Szűrőmódszerek**

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 a későbbiekben alaposabb vizsgálatnak, pontos diagnózis felállításának, átfogó helyzetfelmérésnek vethessük őket alá. Az alábbi ábra a szűrés, az átfogó felmérés és a kezelés kapcsolatát szemlélteti.

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



### Az addikció súlyosságának mérése

Bár az előző bekezdésben említett szűrőmérőeszközök is tesznek becslést az addikció súlyosságára vonatkozóan, elsődleges céljuk azonban mégis inkább a gyors szűrés. Ezek az eszközök, már csak rövidségük miatt sem képesek differenciált, átfogó képet adni a szerhasználatról. Utóbbi kritériumnak a droghasználat, drogfüggőség viszonylatában elsősorban az *Addikció Súlyossági Index* (Addiction Severity Index, ASI) felel meg.

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

Az ASI egy többszemponútú, félig strukturált klinikai interjú, melynek célja alkohol, illetve drogfüggő személyek helyzetének feltárása hét meghatározott problématerületen. A mérőeszköz a függőséghez hozzájáruló, valamint a függőség miatt kialakuló problémák feltérképezését szolgálja, elsősorban a leghatékonyabb gyógykezelési mód kiválasztása céljából. Az EuropASI magyar adaptált változata az egyik legszélesebb körben használt félig-strukturált interjú, mely 2001-től elérhető nemcsak a kábítószer-fogyasztók problémáinak és szükségleteinek feltárására, de a kezelés kimenetelének és hatékonyságának mérésére is. Az ASI 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.

Az interjú kb. 30-40 perc alatt felvehető.

Minden egyes problématerület felvételének végén a megkérdezett és az interjúkészítő külön értékelő skálán jelöli az áttekintett probléma súlyosságát, mindezek mellett az interjúkészítő értékeli a kliens által szolgáltatott információk megbízhatóságát, őszinteségét is. A problématerületek kliens és interjúkészítő által adott *súlyossági értékelése* mellett az egyes területek a kérdésekre adott válaszok számszerűsítéséből fakadó objektív pontszámmal (*skálaösszeg*) is jellemezhetőek. A 3 forrásból származó értékelés kiváló lehetőséget teremt a páciens problémáinak megbízható értékelésére.

Annak ellenére, hogy rendelkezésünkre áll kifejezetten az addiktológiai ellátásban jelenlévő kliensek szükségleteinek meghatározására készült mérőeszköz, érdemes említést tennünk egy olyan módszerről, amely egyaránt alkalmas pszichiátriai betegek és addiktológiai problémákkal küzdő kliensek szükségleteinek feltérképezésére.

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

Az előzőekben ismertetett Addikció Súlyossági Index-szel ellentétben, amelyet specifikusan szerhasználó csoportok számára fejlesztettek ki, a CAN (Camberwell Assessment of Need; magyarul: Demetrovics és Lackó, 2008) 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 szükséglet-meghatározási interjúból nyert adatokból leolvasható, hogy az egyes válaszadók (kliens, interjúkészítő, esetleg hozzátartozó) szerint mely életterületeken azonosítható szükséglet, az adott szükséglet kielégített vagy kielégítetlen, illetve mennyire megfelelő az adott szükségletre kapott segítség, valamint, hogy a páciens mennyire elégedett a kapott segítséggel. A CAN-R-HU a közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátásokban ajánlott módszer.

A következő fejezetekben elhagyjuk az ellátórendszert, és az ellátórendszeren kívüli csoportok szükségleteivel foglalkozunk. Itt szintén a szükséglet-meghatározás elvi alapjait és kiindulópontjait mutatjuk be. A populációs vizsgálatok keretében a „normál” és a „rejtett” populációra vonatkozó módszereket ismertetjük – pontosabban, a módszerek alkalmazásához szükséges kiindulópontokat és alapfogalmakat. Utána az ellátatlan, „kielégítetlen” igényű, ellátórendszeren kívüli, ellátásra szoruló vagy vulnerábilis csoportok megismerésére, szükségleteik meghatározására vonatkozó kérdéseket tárgyaljuk. Az előző, populációs módszerekkel szemben is valójában tudjuk, feltételezzük, hogy ezek a csoportok ellátásra szorulnak (illetve a vulnerábilis csoportok körében szelektív prevencióra és más beavatkozásokra van szükség); a kérdés az, hogyan ismerhetjük meg, melyek is azok a szükségleteik, amelyeket az ellátórendszer ki tud elégíteni, illetve az ellátórendszer milyen átalakítására, fejlesztésére van szükség ahhoz, hogy az azonosított szükségleteket a rendszer le tudja fedni.

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

### **IV.1. Normál populációs becslések standard mérőeszközei**

#### **Mintavételi alapfogalmak a normál populációs becslések esetében**

Az EMCDDA a droghasználattal kapcsolatos General population surveys (GPS) felvételek esetében módszertani ajánlasként meghatározta azokat a kulcsindikátorokat, melyek előállítására populációs becsléseket célzó projektek esetében nélkülözhetetlenek. Ezen indikátorok:

- a) prevalencia a különböző szerek fogyasztására a népességben és a releváns alcsoportokban,
- b) az aktív és passzív droghasználók társadalom-demográfiai karakterisztikája és a droghasználat mintázata,
- c) az életmód és a droghasználat valamint az egészségfaktorok és a mentális állapot és szociális funkciók közötti összefüggések,
- d) a droghasználat elfogadásával kapcsolatos problémapercepció és attitűdök a különböző társadalmi csoportokban
- e) ezek időbeli és területi változásának követése.

A szervezet ezzel kapcsolatosan külön kézikönyvet is megjelentetett (EMCDDA 2002) már korábban, mely alapvetően a 15-64 éves populáció háztartáson belüli adatfelvételére fókuszál. Az útmutató tartalmazza azokat a legfontosabb itemeket, amelyeket egy ilyen adatfelvételnek mindenképpen tartalmaznia kellene, ez gyakorlatilag az EMQ (European Model Questionnaire), az Európai Unió belül egyfajta legkisebb közös többszörös az adatok összevethetősége érdekében.

Ezen túlmenően a kézikönyv használható ajánlásokat tartalmaz a kutatás módszertanára vonatkozóan is, mint pl. a szükséges prevalencia becslésekhez igazodó mintanagyság, az adatfelvételi technikákról az elemzési szintekről és a mintavételi eljárásokról. Ezen módszerek mindegyike sajátos előnyökkel és egyben korlátokkal is bír.

Ez utóbbi az esetek többségében talán fontosabb szempont is, mint maga a konkrét kérdőív, illetve a kérdőív és a mintavételi eljárás adhatja csak a valid populációs becslést. Ezt azért kell kiemelni, mert a mintavétel alapvetően meghatározza a normálpopulációs becslés során alkalmazható eljárásokat, a felírható értékösszeg- vagy intervallumbecslő függvényeket. A normálpopulációs becslések során alkalmazott kérdőívek szinte kivétel nélkül tartalmaznak olyan változókat, amelyekre értékösszeg, és olyanokat is, amelyekre intervallumbecslést kell adni.

Az EMCDDA által jóváhagyott kézikönyv (EMCDDA 2002) is – csakúgy, mint bármely alapvető kutatás-módszertani útmutató – rögzíti, hogy a kutatás mintavételi tervének elkészítése döntések sorozata. Kiket kérdezzünk? Mekkora legyen a minta? Hogyan válasszuk ki azokat, akiket megkérdezzünk? Mit csináljunk azokkal, akik nem válaszolnak? Mik a jó minta kritériumai? Hol vannak az érvényesség határai? Ezen egyéni kutatói döntések meghozatalát a helyi populációs becslések készítésekor nyilván helyben kell meghozni, ám a nemzetközi standardok alapján nemcsak a konkrét adatfelvételi eszköz, hanem a mintavétel kapcsán is vannak szakmai elvárások.

Az epidemiológiai kutatások mintavételi eljárásokról és a mintán történő adatfelvételekből való becslésekről szóló módszertani és statisztikai közleményeknek igen gazdag angol nyelvű szakirodalma van, magyar nyelven azonban meglehetősen szerény a kínálat még az általános mintavételi szakkönyvekből is. Ezzel együtt fontos felhívni a figyelmet arra az evidensnek ható sajátosságra, hogy a normál populációs becslések megismerési folyamatában (GPS Research Process) csak a keresendő populációs paraméter definiálása után következhet az alapsokaság meghatározása. Ebben az értelemben az alapsokaság az a csoport lesz, vagy a populáció azon része, amelyről a megállapításainkat tenni akarjuk, amelyre vonatkozóan a becslések is készülnek majd. A helyi szükségletek feltárásakor az alapsokaság nem csak személyek (szerhasználók, teljes lakosság, szakemberek stb.) lehetnek, egyre több olyan projekttel lehet találkozni Magyarországon is, ahol intézményeket, ellátó helyeket, szervezeteket, interakciókat vagy éppen dokumentumokat (pl. helyi drogstratégiákat, képzési tematikát stb.) vizsgálnak a kutatók. Ezzel együtt kétségtelen, hogy a GPS esetében az alapsokaság majdnem mindig a lakosság vagy annak valamely életkorilag vagy területileg lehatárolt szegmense.

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 a jelen lévő populáció), mert a kutatás során kapott adatokat is csak rájuk vonatkoztatva lehet értelmezni. Ez a döntés azért is igényel komoly körültekintést, mert a megfigyelési egység (akitől az adatokat beszerezzük) és az elemzési egység (akiről következtetést akarunk levonni) nem feltétlenül esik egybe. Például, ha a szerhasználat kérdésében az adatok forrása maguk az érintettek, akkor az elemzési egység és a megfigyelési egység egybe esik. Ám dönthetünk úgy is, hogy ebben a témában az ellátó helyektől gyűjtünk primer információkat, vagy éppen hivatalos nyilvántartásokat

használjuk. Az elemzési egységeink ebben az esetben is a szerhasználók (feltéve, hogy minden érintettről kaptunk adatokat), ám a megfigyelési egységeink ettől eltérnek. Ugyanez a helyzet akkor is, amikor például szülőket keresünk meg a kutatás során a gyermekeikkel kapcsolatban, és az elemzést a gyerekeikre nézve szeretnénk elvégezni.

Ahogy a mintavételt befolyásolják a kutatási folyamat korábbi lépései, ugyanúgy a mintavétel is meghatározza a kutatás további menetét, sőt gyakran már a végeredményét is. (Itt elég, ha csak az adatok általánosíthatóságának kérdésére vagy a mintából történő becslésekre gondolunk.) A *megfigyelési egységről* (observation unit) az elemzési egység kapcsán már szóltunk, a kettő közt az ezek legnagyobb részében (különösen a kérdőíves populációs becslések esetében) nincs sok különbség, míg az elemzési egység adatelemzés során használt fogalom, addig a megfigyelési egység vagy más néven *elem* (element) a mintavételre vonatkozik. A megfigyelési egységen történik az epidemiológiai jelenség konkrét megfigyelése, esetükben ez leggyakrabban 15 vagy 18 éven felüli embereket jelent, noha nem feltétlenül. Ám azokban az esetekben, amikor például terápiás intézmények vagy alacsonyküszöbű szolgáltató szervezetek, intézmények, prevenció programok a megfigyelési egységek, az *adatszolgáltatók* itt is leggyakrabban személyek.

Az epidemiológiai GPS *populációja* vagy alapsokasága (target population) azoknak az elemeknek az összessége, amelyeket vizsgálni akarunk, amelyeknek valamilyen epidemiológiai tulajdonságáról, magatartásáról többet szeretnénk tudni. A kutatás során a populációt pontosan kell meghatározni a kutatási célnak megfelelően. Ez a feladat csak első látásra tűnik egyszerűnek, valójában a kutatási feladat, valamint a kutatás kontextusának és lehetőségeinek részletes végiggondolása nélkül lehetetlen jól elvégezni. A probléma érzékeltetésére tételezzük fel, hogy a kutatás célja a tanulók szerfogyasztásának feltárása, és eldöntöttük, hogy a tanulóktól fogunk információkat gyűjteni. De kit tekintünk tanulónak? Csak azokat, akik jelenleg is tanulói jogviszonnyal rendelkeznek valamilyen iskolában? Mely iskolatípusokban tanulókat értjük tanuló alatt? Beletartoznak-e az esti tagozaton tanulók? Mit kezdünk azokkal a külföldi tanulókkal, akik jelenleg ösztöndíjjal vagy cserediákként tanulnak a kiválasztott intézményekben? Ha egy területre szűkítettük a vizsgálat körét (pl. a fővárosra) kit tekintünk fővárosi tanulónak? Figyelembe véve a témát, kihagyhatók-e a kutatásból a javító-nevelő intézményekben, speciális szakiskolákban, intézményi gondoskodásban élő tanulók? Akárhogy is döntünk, a kutatásunk eredményei a későbbiekben csak erre a jól körülhatárolt populációra lehetnek érvényesek. A célpopuláció mindig elméleti fogalom, a vizsgálandó elemek elméleti összessége. 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. Természetes jelenség, hogy egy elméleti célpopuláció minden tagja nem kerül bele abba a „kalapba” ahonnan majd mintát veszünk (mintavételi keret), mindig van, aki kimarad belőle vagy véletlenül, vagy tudatos szűkítés miatt. Ha a célpopulációról valamilyen lista áll rendelkezésre, a tapasztalat azt mutatja, hogy valamelyik elem mindig lemarad róla, adminisztratív hibák miatt, vagy, mert például a fluktuáció gyorsabb ütemű, mint az elérhető listák frissítése. Tudatos kutatói döntés is szűkítheti a vizsgálati populáció listáját. Például az ESPAD<sup>3</sup> a 16 évesek populációját tudatosan szűkíti az iskolarendszerben lévőkre (holott joggal feltételezhető, hogy az iskolából kimaradó 16 évesek egészségmagatartása jelentősen különbözhet az átlagtól).

---

<sup>3</sup> Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD).

Az elemzési és megfigyelési egységek mellett ismerni kell a *mintavételi egységet* is. Logikus lenne azt feltételezni, hogy a mintavételi egység, nem más, mint az elemzési egység vagy a megfigyelési egység a mintavételi keretben. Ez csak részben van így. Ha például nincs teljes listánk az ellátottakról egy kutatásban, de tudunk egy listát szerezni az ellátó helyekről, és a kiválasztott helyeken kérdezzük meg a klienseket, akkor ebben az esetben a megfigyelési és elemzési egységet a kliensek jelentik, ám a mintavételi egység az ellátó hely. Egy másik példa még jobban megvilágítja a megfigyelési és a mintavételi egység fogalma közötti különbséget. Tegyük fel, hogy prevenció munkát végző szakembereket akarunk kiválasztani egy kutatás céljára, és nincs listánk az összes szakemberről, viszont van egy listánk az ellátó helyekről, intézményekről. Az intézmények, szervezetek persze tudnának listát adni a munkatársaikról, de a több száz intézmény, szervezet esetében egyenként begyűjteni a listákat belátható időben reménytelen vállalkozás lenne. (Nem is beszélve arról, hogy mire az utolsó listát is megkapjuk, az első listák már időközben módosulhattak). Ezért először, például kiválasztunk a listából bizonyos szervezeteket, és csak a kiválasztottaktól kérjük el a kollégák listáját, amiből aztán szervezetenként mintát veszünk. Ebben az esetben két mintavételi egységünk is van, egy elsődleges (a szervezet) és egy másodlagos (a szakemberek), a megfigyelési egység pedig megegyezik a másodlagos (illetve ebben az esetben végső) mintavételi egységgel. Vagyis bonyolultabb mintavételnél egy kutatáson belül különböző szintű mintavételi egységeket használhatunk, így definiálhatunk elsődleges, másodlagos, harmadlagos stb. mintavételi egységet is. Azt a mintavételi egységet, amelyen a tényleges megfigyelés (adatfelvétel) történik, végső mintavételi egységnek is nevezik, a *mintavételi keret* (sampling frame) pedig a mintavételi egységek összessége adott szinten.

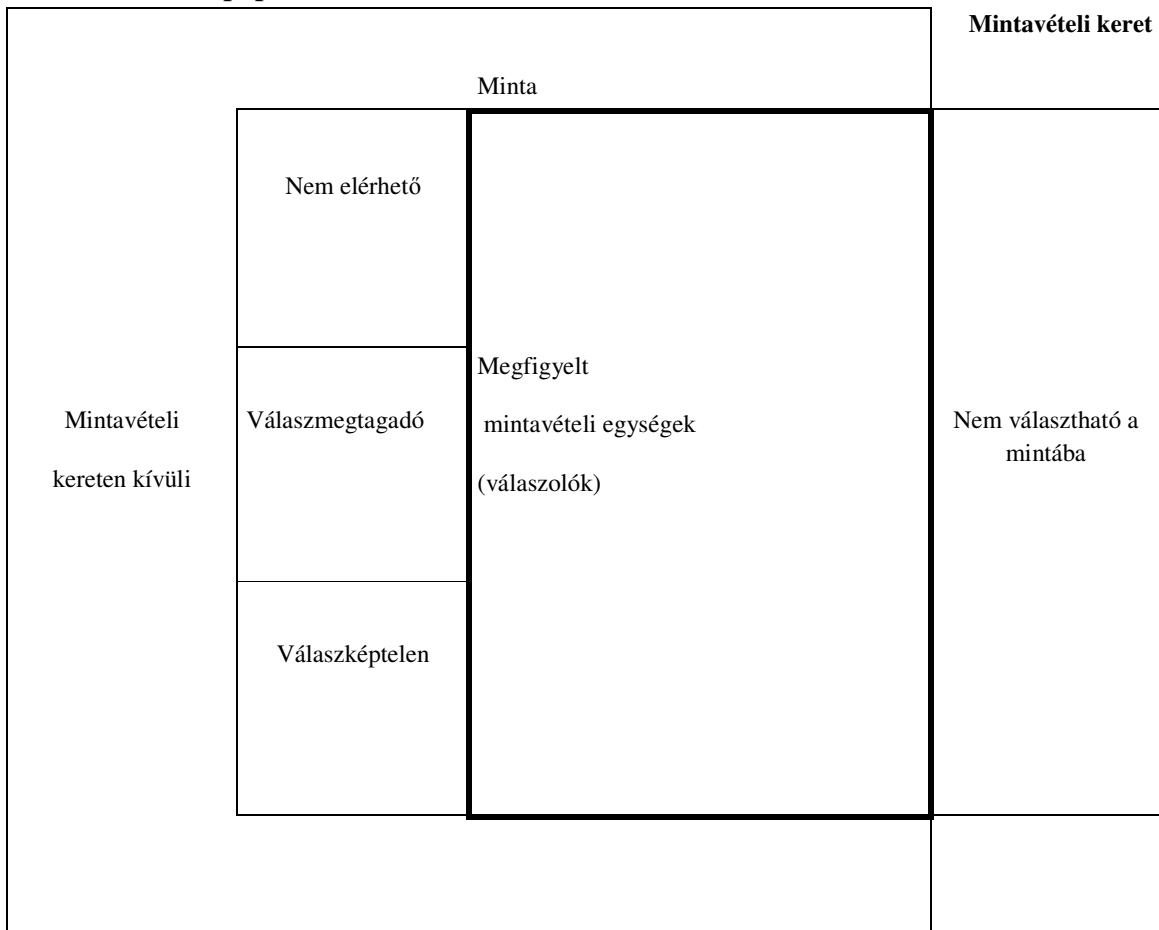
A mintavételi keret és a célpopuláció egymáshoz való viszonyának tanulmányozása nem öncélú, mert a kutatásunk – ha szakmailag megfelelő mintát veszünk – csak a vizsgálati populációra (az egy lépcsős mintakiválasztásnál a mintavételi keretre) vonatkoztatva adhat pontos leírást, nem pedig a célpopulációra. A problémát az okozza tehát, 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. Itt egy gondolat erejéig vissza kell utalni a kutatás időfaktorának kérdésére. Ugyanis ha a célpopuláció összetétele túl gyorsan változik (például az elterelésben résztvevők) és a mintavételi keret elkészülte (listázás) után, de még a konkrét mintavétel és adatgyűjtés előtt változik az összetétele, akkor a minta már nem tudja visszaadni a vizsgálati populáció jellemzőit sem, nemhogy az elméleti célpopulációét.

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 illúziónk, 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 *választottak* a kérdéseinkre (sampled population). A mintán alapuló kutatások sikerét, különösen az olyan szenzitív kérdésekben végzett felmérésekét, mint az egészségmagatartás, komolyan veszélyeztethetik a mintába beválasztott, de el nem ért, vagy elért, de nem válaszoló, illetve elért, de a válaszadásra alkalmatlan megfigyelési egységek előfordulása. Bár a kutatás egésze szempontjából nem mindegy, hogy a megghiúsult konkrét megfigyelés, adatfelvétel 1) a válaszadó elérhetetlenségéből (pl. intézetben van), esetleg 2) válaszképtelensége miatt nem jött létre (pl. az esti buliban már túl sokat ivott), vagy pedig azért mert 3) részben (item nonresponse) vagy 4) egészben (unit nonresponse) megtagadta a válaszadást (hiszen ne feledjük, a GPS kutatásokban a válaszadás mindig önkéntes), a minta használhatósága vagy éppen használhatatlansága

szempontjából teljesen mindegy, ezért az adatfelvétel során törekedni kell a kiválasztott minta lehető legteljesebb elérésére.

A célpopuláció és a végső, ténylegesen megfigyelt mintavételi egységek egymáshoz való viszonyát jól mutatja a 8. ábra. A ténylegesen megfigyelt mintavételi egységek és a mintába beválasztott mintavételi egységek hányadosa a válaszolási vagy elérési arány (response rate). Napjainkban a jól eltervezett mintán alapuló kérdőíves vizsgálatok (survey) legnagyobb módszertani problémája az, hogy hogyan lehet a válasz megtagadást vagy az elérhetetlenséget és az ebből fakadó torzító hatásokat csökkenteni, hiszen egy minta annál pontosabb, minél inkább megközelíti a válaszolási arány a 100 százalékot.

**8. ábra. Célpopuláció**



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.).

## IV.2. Rejtett populációs becslések módszerei

Közismert tény, hogy „rejtőzködő” társadalmi csoportok (pl. HIV fertőzöttek, droghasználók, bizonyos – elsősorban stigmatizált szubkulturális közösségek) tudományos vizsgálata különösen nehéz kihívás elé állítja az empirikus társadalomkutatókat. A hagyományos statisztikai módszerekkel nem lehet pontos becsléseket készíteni a rejtőzködő csoportok nagyságáról, populációs paramétereiről, és ennek megfelelően valószínűségi mintán történő, statisztikailag is védhető kutatási eredmények sem igen szülehetnek. Gondot jelent a kutatások tervezésekor, hogy nem ismert a vizsgálandó populáció térbeli és méretbeli határa. Mivel gyakran még alapadat szinten sem áll rendelkezésre semmilyen nyilvántartás, amelynek segítségével akár rétegzett, akár más többlépcsős valószínűségi mintát lehetne venni, még a minta alapvető populációs illeszkedéséről sem tudunk mit mondani. A valószínűségi minta (ahol lehet alkalmazni a valószínűség-számítás szabályait) hiánya okozza azt is, hogy a kutatások során kapott eredmények becsléséről nem lehet megmondani, hogy azok mennyire megbízhatóak, pontosak.

A rejtett populáció becslésére a szakirodalomból az alábbi, jól dokumentált módszereket érdemes áttekinteni, majd megvizsgálni azok helyi adaptálhatóságának kérdését:

- Fogás-visszafogás módszer (Capture-Recapture: CR)
- Az interjúalanyok által meghatározott mintavétel (Respondent-driven Sampling: RDS)

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

### **V.1 Az ellátáson kívül eső célcsoportok profiljának és ellátási szükségletének meghatározására használt mérőeszközök és eljárások**

Az alábbiakban olyan, a drogbeteg kezelési, ellátási rendszeren kívül eső, vagy minimális kontaktussal rendelkező csoportok szükséglet-meghatározására használt módszertani mérőeszközök kerülnek bemutatásra, amelyek mind a nemzetközi, mind a hazai kutatásokban használatosak. Bár a hazai ellátórendszer szükséglet-meghatározása még nem történt meg, az utóbbi 10-12 évben történtek olyan kutatások illetve adatgyűjtések, amelyek már megjelenítették a szükséglet-meghatározás egyes aspektusait. Ebből kifolyólag nem csak egyes nemzetközi, hanem ezek hazai, illetve a nemzetközi mérőeszköz tárból adaptált változatai is bemutatásra kerülnek.

További fontos megjegyzés, hogy az itt használt mérőeszközök egy része nem mindig és nem elsősorban szükséglet-meghatározási célból készült, illetve került felhasználásra (ellátásba jutás akadályai, kockázat felmérés), de ezek egyes moduljai a célcsoport látens és megjelenített ellátási szükségletét célozzák meg, illetve azok feltárására is alkalmasak. Továbbá az is hangsúlyozandó, hogy számos itt bemutatott mérőeszköz multifunkcionális: ezek – a szükségletek felmérésén kívül - egyaránt alkalmasak különböző célok és kutatási kérdések megválaszolására, mint amilyen a folyamat- és eredmény-értékelés, monitoring, klinikai szükséglet- és állapotfelmérés.

A bemutatásra kerülő mérőeszközök csoportosíthatók

- a célcsoport jellege szerint: lakossági célcsoportok, nehezen elérhető célcsoportok, magas kockázati magatartásformát tanúsító célcsoportok;
- az információ forrása szerint: a szükséglet-meghatározáshoz kik, mik, milyen célcsoportok szolgáltatják az információt (szakértők, használók, szolgáltatók);
- a szerint, hogy a drogfogyasztás közvetett vagy közvetlen indikátorairól igyekszik képet adni;
- tematika szerint: szükséglet-meghatározás, kockázat felmérés, monitoring, előfordulási és gyakorisági mérések, használói profil meghatározás, az ellátásba jutás akadályainak felmérése;
- a felmérésében használt módszer jellege szerint (kvalitatív, kvantitatív, mindkettő).

A módszertani eszközök bemutatása mindvégig szem előtt tartja ezen öt elemből álló mátrixot.



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

**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.).

A kezeletlen, illetőleg kielégítetlen szükségletű célcsoportok szükséglet-meghatározására használt, vagy használható mérőeszközök jellemzése az alábbi tényezők mentén történik.

- Milyen típusú a mérőeszköz?
- Milyen kontextusban használták eddig a mérőeszközt?
- Milyen célra dolgozták ki az eszközt és minek a mérésére?
- Alapvetően milyen koncepció határozta meg a kidolgozását, milyen ajánlásokat vettek figyelembe a kérdőív kidolgozásakor (elméletek, kulcsindikátorok)?
- Ki a mérőeszköz célcsoportja? Kinek a részére készült?
- Milyen mintavételi eljárásokat kell figyelembe venni a mérőeszköz alkalmazásakor?
- Hol, hogyan, milyen körülmények között kell a kérdőívet lekérdezni?
- Mennyi ideig tart a kérdőív lekérdezése?
- Mi a kérdőív struktúrája, tematikája?
- Milyen hosszú a kérdőív (oldalszám)?
- Mennyi ideig tart a kérdőívet lekérdezni?
- Milyen kérdések vannak a kérdőívben, mit operacionalizálnak, és azok hogyan csoportosíthatóak?

Ehelyütt az egyes mérőeszközöket nem mutatjuk be, a célunk csupán ezek alapelveire felhívni a figyelmet. Néhány, az általános populáció vizsgálata során alkalmazott mérőeszközt bemutatunk, mert ezekkel – illetve az általuk szerzett adatokkal – minden szakember találkozhat.

#### *Lakossági / populációs vizsgálatokhoz Magyarországon használt mérőeszközök*

**ADE:** a felnőtt lakosság drogérzékenységének vizsgálata az Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat (ADE) keretein belül zajlik. A 19-65 éves korosztályban az első, országos reprezentatív mintán végzett, és nemzetközileg összehasonlítható adatfelvétel 2001-ben készült, és ezt követően 2003-ban és 2007-ben történt további adatfelvétel.

**HBSC:** az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) elnevezésű kutatási program 1982-be jött létre avval a céllal, hogy közelebbről megismerhetővé váljon az iskoláskorú gyermekek egészségi állapota, a későbbi egészségi állapotukat meghatározó egészségmagatartása, valamint az ezeket meghatározó társadalmi kontextus. Magyarország 1985 óta vesz részt ezekben a kutatásokban. A legutolsó vizsgálat 2005 / 2006-ban történt 43 ország részvételével.

*ESPAD: a középiskolás gyermekek drogérintettségének, drogfogyasztási szokásainak mérése az ESPAD kérdőív segítségével történik. Magyarország 1995-ben bekapcsolódott az European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) kutatássorozatba, és eddig valamennyi ESPAD kutatásban részt vett (1995, 1999, 2003, 2007).*

*DRID protokoll: az EMCDDA 2006-ban határozta meg azon indikátorok összességét, amelyek segítségével a tagállamokban monitorozni lehet az intravénás szerhasználathoz kötődő fertőző megbetegedések (hepatitis B és C, valamint HIV) epidemiológiai jelenségek mintázatát, trendjeit (kábitószer használathoz kötődő fertőző megbetegedések, a továbbiakban DRID). Az indikátorok segítségével nyert információk segítségével évről évre lehetségessé válik, hogy azonosítsuk azokat a prioritásokat, amelyek nélkülözhetetlenek a fertőző megbetegedések megelőzéséhez, az egészségügyi kezelések és a hozzájuk kapcsolódó költségek előrejelzéséhez, valamint a preventív jellegű intervenciók evaluálásához. Ezen kívül az indikátorokból nyert információk segítségével lehetővé válik az injekciós használathoz kötődő incidenciák, prevalenciák és trendek becslése is, valamint – az adatgyűjtés standardizált volta miatt - a különböző országokból származó adatok összehasonlítása is. OEK országos kampányszűrés – a DRID indikátorok Magyarországon: intravénás szerhasználók HIV, HCV és HBV fertőzöttségével kapcsolatos országos adatgyűjtés.*

## **VI. A drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet-meghatározási és adatgyűjtési eljárások**

Ebben a részben újra áttekintésre kerülnek a Magyarországon és külföldön, a kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet-meghatározására, valamint az intravénás használok ellátását végző tücsere központok jellemzésére használt mérőeszközök. Az áttekintés célja és funkciója azonban más, mint az ezt megelőző részekben. Az áttekintés célja az, hogy megvizsgáljuk a mérőeszközök és a korábban bemutatott mérési módszerek és eljárások felhasználhatóságát abban a vonatkozásban, mennyire, milyen mértékben, hogyan lennének alkalmazhatóak az ellátáson kívüli, nem kezelt szerhasználók ellátási szükséglet-meghatározására és elemzésére Magyarországon.

A mérőeszközök felhasználóságának áttekintését strukturált formában tesszük meg, a SWOT analízis segítségével. A SWOT elemzés tulajdonképpen egy táblázatos formában megjelenített lenyomat, amely egy pillantás alatt átláthatóan jeleníti meg egy vizsgált terület aktuális állapotát. Ez az üzleti életből átvett módszer alapvetően a stratégiaalkotás kivitelezéséhez, egy szervezet elemzéséhez, értékeléséhez használatos. A módszer segítségével fel lehet tárni azokat a tényezőket, amelyek egy program vagy projekt megvalósítását lehetővé és szükségessé teszik, illetve megakadályozhatják vagy elősegíthetik annak megvalósítását. A SWOT elemzés inkább egy már elvégzett helyzetelemzés összefoglalásának, sűrítésének, a helyzetet meghatározó és befolyásoló tényezők szisztematikus végiggondolását jelenti.

A fenti tényezők indokolják, hogy az itteni módszertani kontextusban, saját értékelési szempontjainkkal kiegészítve a SWOT analízis segítségével elemezzük a korábban bemutatott mérőeszközöket abból a szempontból, hogy azok mennyire alkalmazhatóak, illetve lennének alkalmazhatóak szükséglet-meghatározási célokra. Ebből kifolyólag a következő elemzési szempontok kerülnek felhasználásra.

1. Mi a mérőeszköz erőssége, pozitívuma?
2. Mi a mérőeszköz gyengesége, negatívuma?
3. Mik a mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?
4. Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?
5. Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?
6. Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?
7. Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?
8. Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Mindezen túl, igyekszünk az áttekintett forrásokat osztályozni, besorolni a szerint, hogy azok mennyire megbízhatóak, min alapszanak:

- Kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet-meghatározása
- Alacsony-küszöbű programok kliensprofiljának jellemzése

A mérőeszközök kiválasztása az előző szempontok alapján lehetséges; itt csak a kiválasztás logikai lépéseit illusztráltuk.

A tanulmány eddigi gyakorlatával szakítva, a következőkben két országos adatgyűjtő programot mutatunk be: ennek oka, hogy ezekkel a drogproblémákkal foglalkozó szakemberek mindegyike találkozni fog, ugyanígy, a szükséglet-meghatározásban és ellátás-szervezésben résztvevő szakértői munkacsoport tagjai is. Ezért indokolt e két adatgyűjtő rendszer alapelveinek bemutatása.

## **VI.1. Hazai országos adatgyűjtő programok**

A következőkben két országos adatgyűjtési program kerül bemutatásra, melyeket szakmai körökben a TDI és az OSAP adatgyűjtéseknek neveznek. Mindkét adatgyűjtésre igaz, hogy adatszolgáltatási kötelezettség terheli a szolgáltatókat, így az e két adatgyűjtési rendszer által kötelezően előírt adatlapok (kérdőívek) klienseikről rendelkezésre állnak a szükségleteket feltáró projekt indulását megelőzően is.

A TDI adatgyűjtés tartalmazza a kezelésbe lépő kliensek jellemzőire irányuló alapvető adatokat, de elképzelhető, hogy a hosszabb ideje kezelésben lévő kliensek adataira, szerhasználati mintázataira vonatkozó információk elavultak, így újabb TDI adatlapok rögzítése indokolt lehet. Kezelésen kívüli (így TDI adatlappal nem rendelkező) kliensek leírásánál is alkalmazható ez az eszköz a kezelésben megjelent és az attól távolmaradó kliensek szerhasználati mintázatainak leírására, összevetésére. Az utcai megkereső programok vagy a tücsere-szolgáltatók kliensei jellemzően nem rendelkeznek TDI adatlappal, így az országos helyzetkép és a lokális helyzet összehasonlítása során figyelembe kell venni a jelentést tevők körét is.

Az OSAP adatgyűjtés a kábítószer-fogyasztók ellátásában egy egészségügyi ágazati adatgyűjtést jelöl. Az egészségügyi jellegű szolgáltatók (drogambulanciák, fekvő- és járóbeteg szakellátók) minden évben jelentést tesznek kliensforgalmi adataikról és az adott évben kezelésben megjelent minden kliens szerhasználati mintázatáról, aggregát formában. A civil szervezetek, a nem egészségügyi jellegű szolgáltatók (jellemzően az elterelést végző szervezetek) nem tartoznak a jelentési kötelezettség alá, így az ellátási régióban megjelenő kliensek adatainak elemzése során ezt figyelembe kell venni.

Mindkét adatgyűjtésre igaz, hogy működő, országos programról van szó, így idősoros adatok – akár lokális szintre vonatkozóan – hozzáférhetők, mely nem követel ráfordítást a szükségletek feltárását végző munkacsoporttól.

### **Egyéni kliens azonosító (generált kód)**

A kliensek leírásánál gyakorta felmerül az igény egy olyan azonosítóra, amely anonim, felhasználása személyiségi jogi kérdéseket nem vet fel, ugyanakkor a különböző adatfelvételi helyeken (különböző helyszíneken, különböző szolgáltatóknál stb.) is azonos, és időben sem változik. A Nemzeti Drog Fókuszpont által kidolgozott 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. Hazai gyakorlatban a generált kód számos alkalommal került alkalmazásra különböző szennyterületeken: tücsereiben részt vevő kliensek jelölésére, fertőző betegségekre irányuló szűrések során, kezelésben megjelenő kliensek azonosítására, egyebek mellett. A kód képzési algoritmus kizárja az ismétlődést.

A generált kód képzési algoritmus:

1.	2.	3.	4.	5.	6.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 értékelésének 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 drogpontok, házi orvosok, pszichiátriai és addiktológiai gondozók, gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók, pszichiátriai és addiktológiai osztályok és szakambulanciák, krízisintervenciós osztályok, illetve szakambulanciák, drogterápiás intézetek, alacsonyküszöbű szolgáltatók, büntetés-végrehajtási intézetek, elterelést végző szervezetek (megelőző-felvilágosító szolgáltatók, egészségügyi szolgáltatók); igazságügyi orvostani intézetek, orvosszakértői intézetek, Rendőrség Egészségügyi Szolgálat (az utóbbiak kizárólag a mortalitásról).

Az országos TDI adatok, ill. az abból készülő elemzés minden évben megjelenik a Nemzeti Drog Fókuszpont Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára kiadványában.

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)

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

Az OSAP adatgyűjtés „Jelentés a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről” modulja kiterjed a kábítószer-fogyasztók kezelését ellátó egészségügyi szolgáltatókra. A kezelési igények feltárása során indokolt lehet az egyes szolgáltatók kapacitása és profiljának felmérése céljából az ellátó helyek betegforgalmi adatainak feltárása. A következőkben bemutatásra kerülő országos adatgyűjtési program jól alkalmazható a kezelésben lévő kliensek profiljának feltérképezésére. 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 drogközpontok, 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.

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.

Az OSAP adatgyűjtés által feltárt területek:

- kezelésben megjelent kliensek száma (minden adott évben kezelésben megjelent kliens adatait tartalmazza, büntetés alternatívájaként induló kezeléseket is tartalmazza), aggregát formában
- kezelésben résztvevő kliensek szociodemográfiai adatai (nem, korcsoport, nemiség) aggregát formában
- szerhasználati mintázatokra vonatkozó adatok (elsődleges szer, szerhasználat gyakorisága, szervezetbe juttatás módja, intravénás droghasználat prevalenciája), aggregát formában

- az első alkalommal kezelésben megjelentek kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségeire (HIV, HBsag, HCV) vonatkozó, szerológiai vizsgálaton alapuló adatok, aggregát formában
- továbbutalásra vonatkozó adatok, aggregát formában

A zárófejezetben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetnek a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokkal kapcsolatos szükséglet-meghatározási tevékenységét, pontosabban, ennek az alapelveit mutatjuk be, két módszer szemléltetésével: az egyik a RAR módszer, a másik pedig egy az NDI által kidolgozott módszer. Mindkét esetben egy adott földrajzi régióban a különböző szakemberek, intézmények és droghasználó, illetve kockázati csoportok szükséglet-meghatározása történik, többféle módszer ötvözésével: kvantitatív és kvalitatív adatok felhasználásával, összegyűjtött adatok és szakértői interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések alapján. A cél a szükségletek meghatározásán keresztül az ellátás hatékonyabb és eredményesebb megszervezése.



## **VII. Szükséglet-meghatározás a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) vonatkozásában**

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 drogprobléma diagnosztizálása, a lokális droghelyzettel kapcsolatos információk beszerzése, majd az ily módon szerzett pontos és megbízható ismeretek birtokában a helyi stratégia elkészítése. A *Nemzeti Drogmegelőzési Intézet* szakmai tanácsadó munkájának ellátása során kiemelten fontosnak tartja megbízható vizsgálati módszerek kidolgozását és adaptálását a különböző területen működő Fórumok számára.

### **VII.1. A RAR<sup>4</sup> módszer alkalmazása a lokális szükségletek megismerése céljából**

A RAR a különböző társadalomkutató módszerek kombinációján alapul. Jellegzetessége az, hogy nem szolgál egzakt adatokkal sem a szerhasználók számáról – vagyis a kezelés, ellátás különböző szintjein jelentkező kvázi szükségletekről – sem 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” társadalomkutató 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. Fókuszcsoportok szervezése, adatgyűjtés, megfigyelés, háttér információk beszerzése, esetenként a becslési eljárások egyaránt alkalmazhatók a vizsgálat során.

### **VII.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 társadalomkutatói 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. A standardítás előnye az is, hogy a vizsgálatok eredményei összehasonlíthatók lesznek. Az elkészült anyagokat az NDI lektorálja, ellenőrzi, s az értékelésben is részt vesz.

**VII.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 igen költséges és nagy humán-erőforrást -

---

<sup>4</sup> RAR: Rapid Assessment and Response: gyors helyzetfelmérés és válasz kialakítására kidolgozott módszer.

szakértelmet igényel. A módszer **szükséglet-meghatározási elemeket is tartalmaz**. A következő táblázatban látható a munkamenet, a vizsgált területek és a várható haszon.

**8. táblázat A lokális helyzetfeltáró vizsgálat munkamenete, a várható haszon illetve a vizsgálathoz szükséges munkaerő**

<b>Munka</b>	<b>Várható haszon</b>	<b>Szükséges munkaerő</b>
<b>Előkészítő munka, konkrét vizsgálati terv készítése határidőkkel, költségekkel.</b>	A drogszcéna teljes feltérképezése, kiegészítő statisztikai adatok gyűjtése a terepről, a vizsgálatba bevont intézmények, területek, szakértők számbavétele	KEF és az önkormányzat vezetői, drogszakértő, szociológus, a módszer kidolgozója (NDI munkatárs)
<b>Fókuszcsoporthoz Szervezése</b>	A döntéshozók, intézményvezetők, droghasználók és veszélyeztetett csoportokkal kapcsolatban állók ismereteinek, véleményének összegyűjtése	Szakképzett moderátor, gépíró, módszertanban jártas szociológus, tartalom és szövegelemző
<b>Intézmények vizsgálata</b>	Az egészségügyi ellátórendszer és a veszélyeztetett csoportokkal találkozó intézmények átvilágítása, kapacitások elemzése, a hiányok, problémák összegyűjtése, kérdőíves véleménygyűjtés az alkalmazottak körében	Szakértő szociológus Az intézmények vizsgálatához megfelelő szakképzettségű felsőfokú végzettségű munkaerő. Adatrögzítési ismeretek, SPSS programban jártasság.
<b>Iskolai adatgyűjtés Általános és középiskolákban</b>	A veszélyeztetett korosztály tipikus attitűdjeinek, ismereteinek, véleményének összegzése. A regisztrált igények és szükségletek összegzése.	Képzett kortársoktató, Adatrögzítés és SPSS program alkalmazásában jártas szociológus.
<b>Adatok, információk gyűjtése</b>	Pótolja a drogérintettség mérését, elemzi az országos tendenciákat, kontextusba helyezi a vizsgálatot	Drogszakértő, szociológus, addiktológus
<b>(Esetleg) Megfigyeléses módszer alkalmazása</b>	Feltételezett droghasználati vagy terjesztési helyszínek megfigyelése, a veszélyeztetett csoportok viselkedéseinek megfigyelése	Képzett kortársoktatók, szociális munkások, droghasználók,
<b>Egyéni interjúk készítése alkalmi és rendszeres droghasználók körében</b>	A kezelő-ellátó rendszer hiányosságai, az elterelés intézményéhez kapcsolódó ismeretek, elégedettség.	Szociális munkás, szociológus, kortársoktató, addiktológiai konzultáns
<b>Összefoglaló tanulmány készítése, vita</b>	A vizsgálati módszerekkel szerzett anyagok összegzése, tanulmányá rendezése	Szakértő szociológus, drogszakértő vagy képzett KEF tag.
<b>Konferencia vagy testületi ülés</b>	<b>A tapasztalatok összegzése, a feladatok meghatározása, KEF stratégia módosítása</b>	KEF tagjai, az önkormányzat tagjai

**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, akik a kezelés-ellátási feladatokra szakosodtak, adatokat is szolgáltatnak a kliensforgalomról.

Az alkalmi vagy rendszeres **droghasználókkal készült (mély)interjúk** pedig az 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 (egészségtelen táplálkozás, dohányzás, alkoholfogyasztás, felelőtlen szexualitás, 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. Kifejezetten a szerhasználattal kapcsolatos prevenciósi tevékenység szükségletességéről illetve szükségességéről kapnak a fórumok és az iskolák ezzel információt.

**VI.2.2.** „A prevenciósi igények és szükségletek” vizsgálat bővíthető a „komplex vizsgálat” **egyes elemeinek** felhasználásával. Fókuszcsoporthoz 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 társadalomkutatási ismeretek és gyakorlat szükséges, amely a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknál gyakran hiányzik.

## Melléklet

### Ellenőrző lista a szükségletek feltárásához

Az alábbi ellenőrző lista összefoglalja a fent ismertetett lépések legfontosabb mozzanatait.

- ✓ Határozza meg a szakértői munkacsoport számára legfontosabb kulcsszereplőket.
- ✓ A lehető legspecifikusabban határozza meg a szükségletek feltárását célzó program célcsoportjait. Biztosítsa, hogy a célcsoportok szükségletei álljanak a kutatás középpontjában.
- ✓ A szükséglet feltárás céljairól tájékoztassa a szolgáltatókat.
- ✓ Határozza meg, kik vesznek részt a szükségletek feltárásában (külső szakértők, hatóságok, szolgáltatók szakemberei). Gondolja végig, hogy milyen további segítségre (adatgyűjtés, adatbevitel és elemzés, beszámoló szerkesztés) van szüksége. Mielőbb biztosítsa az érintett (szolgáltatói) személyzet beegyezését.
- ✓ Becsülje meg a szükséglet feltárási projekt költségét, azonosítsa a forrásokat.
- ✓ Azonosítsa a feltárás során alkalmazásra kerülő átfogó megközelítést (kutatási elrendezést).
- ✓ Gyűjtse össze a célcsoportok szükségleteire vonatkozó meglévő ismereteket. Értelmezze, ezek az információkat.
- ✓ Azonosítsa a célcsoportok számára a területen jelenleg működő szolgáltatókat. Gondolja végig a jelenlegi ellátás spektrumát. Mérje fel a szolgáltatók jelenlegi kapacitását és elérhetőségét.
- ✓ Gondolja át, milyen módon kéri ki a kliensek véleményét a szolgáltatásokkal kapcsolatban, és hogy szüksége van-e kutatásetikai engedélyre.
- ✓ Gondolja át, milyen módon kéri ki a szolgáltatók véleményét a célcsoport szükségleteiről. Gondolja át, hogyan győzi meg az elfoglalt személyzetet a feltárás fontosságáról, és hogyan oszlatja el kételyeiket (bezárják a szolgáltatót ha nem megfelelő, nincs haszna a feltárásnak stb. )
- ✓ Biztosítsa, hogy minden összegyűjtött információ elemzésre és értelmezésre kerül. Gondolja át, hogyan lehet bevonni az adatok felvételét végző személyeket az elemzésbe, és hogyan jutnak vissza a kutatási eredmények azokhoz, akik hozzájárultak a kutatáshoz.
- ✓ Miután feltárta a célcsoport szükségleteit, priorizálja azokat, és vizsgálja meg, milyen mértékben kerülnek azok kielégítésre. Dolgozzon ki végrehajtási tervet.
- ✓ Gondolja át, hogy a szolgáltatásokat igénybevevők véleménye mennyiben befolyásolja a prioritásokat és a fejlesztési javaslatokat. Biztosítsa, hogy a szolgáltatók részt vesznek a végrehajtási terv kidolgozásában.
- ✓ A fejlesztés végrehajtási tervének kidolgozása után gondoskodjon annak monitorozásáról és értékeléséről hogy biztos lehessen abban, hogy a kívánt hatást érte el. Találja meg az értékelés legmegfelelőbb módszertanát, határozza meg hogy külső konzultáns által végzett, vagy belső értékelésre kerüljön sor.

## Hivatkozott és ajánlott irodalom

ACT Health Promotion website (2009): Needs assessment.  
<http://203.30.79.84/c/hp?a=sp&pid=1153987049> hozzáférés: 2010.02.23.

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)

Demetrovics Zs., Lackó Zs. (2008) A Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása *Psychiat Hung*, 23(4), 297-303

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

EMCDDA (2002): Handbook for surveys on drug use among the general population, EMCDDA project. CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.

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

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

Hooper J., Longworth P. (2002) Health needs assessment workbook. London: Health. Development Agency. [www.hda.nhs.uk/publications](http://www.hda.nhs.uk/publications)

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 (2000a) International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders. Genf

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000b): 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.

### **Hasznos linkek**

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet – Szakmai Információs Portál: [www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)

Nemzeti Drogfókuszpont: [www.drogfokuszpont.hu](http://www.drogfokuszpont.hu)

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>

Evaluációs Eszköztár (Evaluation Instruments Bank) (EIB), Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000): Evaluációs munkafüzetek

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>