

Sešit 3

Analýza potřeb

© Světová zdravotnická organizace, 2000



WHO
World Health Organization
Světová zdravotnická organizace



UNDCP
United Nations International Drug Control Programme
Program pro kontrolu drog při Organizaci spojených národů



EMCDDA
European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

Tento dokument není oficiální publikací WHO, nicméně tato organizace si vyhrazuje veškerá práva. Přesto může být celý tento dokument nebo jeho části volně reprodukován, šířen a překládán, nikoli ovšem za účelem prodeje nebo v souvislosti s komerčními účely. Za názory vyjádřené v dokumentech jsou plně odpovědni uvedení autoři.

Poděkování

Světová zdravotnická organizace by chtěla poděkovat mnoha spolupracovníkům, kteří se podíleli na přípravě této řady pracovních sešitů, a také mnoha odborníkům za neocenitelné připomínky během jejich přípravy pro Odbor zneužívání psychoaktivních látek pod vedením Dr. Mary Jansen. Finanční pomoc poskytli UNDCP/EMCDDA/ Švýcarské federální ministerstvo zdravotnictví. Původní text pro tento sešit sepsala Cam Wild (Kanada), přičemž Brian Rush (Kanada) redigoval tuto řadu sešitů v přípravných fázích. Textové a redakční úpravy celé série provedla JoAnne Epping-Jordan (Švýcarsko). Na redakčních úpravách se v pozdějších fázích podílely také Munira Lalji

(Světová zdravotnická organizace, Odbor zneužívání psychoaktivních látek) a Jennifer Hillebrand (Světová zdravotnická organizace, Odbor zneužívání psychoaktivních látek). Redakční úpravu provedla Maristela Monteiro. Maristela Monteiro (Světová zdravotnická organizace, Odbor zneužívání psychoaktivních látek) rovněž přispívala redakčními zásahy po celou dobu tvorby tohoto sešitu.

Části materiálu uvedeného v tomto sešitu byly v upravené formě převzaty z publikace vydané NIDA, nazvané „Jak dobrý je váš program léčby drogových závislostí? Průvodce evaluací.“ Za toto přispění chceme rovněž vyjádřit svůj vřelý dík.

Obsah:

Přehled sešitů	6
Co je analýza potřeb?	7
Proč provádět analýzu potřeb?	7
Jak provádět analýzu potřeb?	8
Otázka 1	10
Otázka 2	14
Otázka 3	16
Otázka 4	23
Poznámky k případovým studiím	28
Případová studie analýzy potřeb Plánování a evaluace ambulantní péče pro drogově závislé pacienty v Barceloně (Španělsko)	29
Případová studie analýzy potřeb Studie k určení potřeb sociálních služeb ve Východním Transvaalu, Jihoafrická republika	42

Přehled sešitů

Tento sešit je součástí řady, jejímž záměrem je vzdělávat tvůrce plánů programů, vedoucí pracovníky, personál či další, kteří se podílejí na rozhodování v souvislosti s evaluací služeb a systémů v rámci léčby závislosti na psychoaktivních látkách. Cílem této řady je zlepšit jejich schopnost provádět činnosti související s evaluací. Širším cílem těchto sešitů je zlepšit efektivitu léčby a efektivitu nákladů s použitím

dat vyplývajících z daných evaluačních aktivit.

Tento sešit (Sešit 3) popisuje podrobně krok za krokem metody používané při analýze potřeb. V jednotlivých krocích je popsán celý proces od zahájení studie, přes sběr, analýzu a vykazování dat až po praktické uplatnění výsledků ve vašem léčebném programu.



Úvodní sešit

Rámcový sešit



Základní sešity

Sešit 1: Plánování evaluací

Sešit 2: Provádění evaluací



Specializované sešity

Sešit 3: Evaluace formou analýzy potřeb

Sešit 4: Evaluace procesu

Sešit 5: Evaluace nákladů

Sešit 6: Evaluace spokojenosti klientů

Sešit 7: Evaluace výsledku

Sešit 8: Ekonomická evaluace

Co je analýza potřeb?

Analýza potřeb je nástroj k plánování programu.

Analýza potřeb hodnotí:

- kapacitu léčebných služeb v komunitě/regionu v závislosti na prevalenci a incidenci poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek,
- vhodnou kombinaci požadovaných služeb, které by reagovaly na rozličné potřeby týkající se poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek,
- koordinaci služeb v rámci systému péče za účelem zajištění snazší dostupnosti tohoto systému, hladkého přechodu mezi jeho jednotlivými komponenty a správného postupu ve follow-up fázi.

Proč provádět analýzu potřeb?

Během posledních dvou desetiletí stoupla důležitost úlohy analyzování potřeb při plánování služeb a systémů zabývajících se poruchami spojenými s užíváním psychoaktivních látek. Mezi faktory, které přispěly k tomuto vývoji, patří následující skutečnosti:

- Objevují se otázky týkající se relativní priority různých potřeb občanských komunit. V některých prostředích, kde neexistují služby zaměřené na poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek, je nyní hlavním úkolem debata o nových službách, jež mohou být zapotřebí. V ostatních oblastech, kde jsou tyto služby k dispozici, je třeba se zaměřit na to, jak by měly být existující služby lépe koordinovány a dosahovat vyšší efektivity.
- Stále větší rozmanitost intervencí dostupných v rámci obecních komunit. Ve většině prostředí je akceptováno, že široké spektrum komunitních služeb je nutné a že lidé nastupující léčbu by měli být náležitě posouzeni a zařazeni do vhodného léčebného programu.

Je však zapotřebí mít k dispozici informace, na jejichž základě se dá rozhodovat o míře a typu požadované léčby v dané obci nebo regionu.

- Nárůst užívání návykových látek s možnými škodlivými následky mezi celou populací a lidmi vyhledávajícími léčbu.
- Snahy o preventivnější přístup k poruchám souvisejícím s užíváním návykových látek a o dosažení lepší rovnováhy mezi programy zaměřenými na léčbu, včasnou intervenci a

prevenci, realizovanými v rámci obecní komunity.

V každém případě musí být vyjasněny a zdokumentovány konkrétní cíle analýzy potřeb. Mezi tyto cíle může patřit:

- reakce na vnější poptávku po analýze potřeb před schválením a uvolněním finančních prostředků,
- poskytnutí vodítka při rozdělování nových prostředků mezi několik nových zvažovaných alternativ.

Jak provádět analýzu potřeb?

V tomto sešitu jsou popsány různé přístupy k analýze potřeb podle způsobu jejich možného použití při řešení čtyř otázek kladených v rámci projektu analýzy potřeb.

Většina expertů zabývajících se poruchami spojenými s užíváním návykových látek souhlasí s tím, že žádná jednotná „univerzální“ technika analýzy potřeb neexistuje. Důvod je ten, že lidé, kteří plánují analýzy potřeb, jsou při provádění těchto analýz vedeni různými cíli, z čehož vyplývá, že jakákoli jednotná metoda by s největší pravděpodobností nestačila plnit všechny účely.

V tomto sešitu jsou popsány různé přístupy k analýze potřeb podle způsobu jejich možného použití při řešení čtyř otázek kladených v rámci projektu analýzy potřeb. Více informací týkajících se celé řady těchto přístupů

můžete najít v nedávno publikovaných přehledech (DeWith a Rush, 1996). Jedná se o tyto čtyři otázky:

- 1 U kolika lidí v regionu nebo komunitě existuje potřeba léčby poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek?
- 2 Jaká je relativní potřeba léčebných služeb v rámci různých regionů nebo komunit?
- 3 Jaké typy služeb jsou potřeba a jaká je jejich nezbytná kapacita?
- 4 Jsou stávající služby koordinovány a co je třeba k zdokonalení celkové úrovně fungování daného systému?

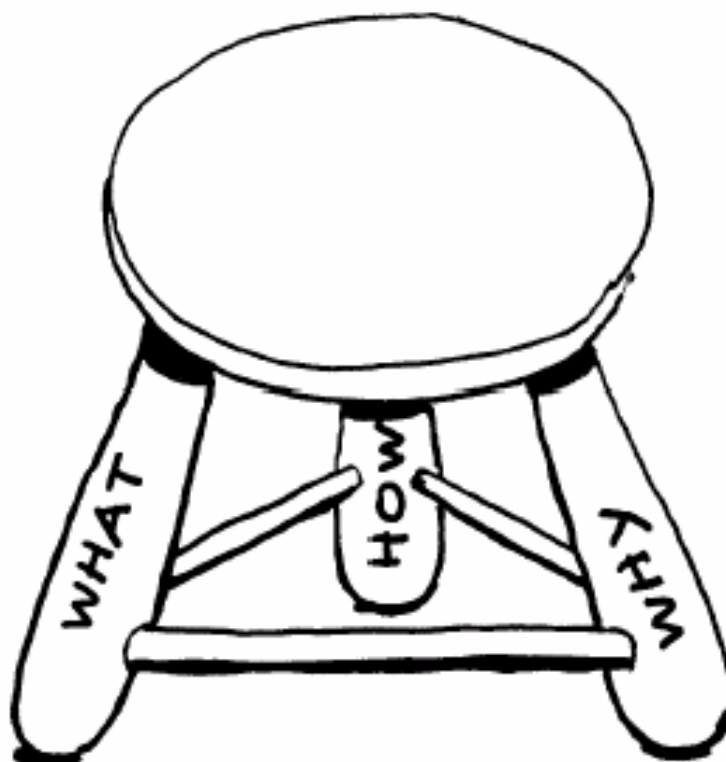
Uvedené informace využijete v maximální míře tehdy, když budete pracovat se specializovaným a rámcovým sešitem současně.

Dva praktické příklady uvedené na konci tohoto sešitu představují dva velmi odlišné přístupy k analýze potřeb. První (ze Španělska) se spoléhá na existující počítačové databáze, zatímco druhý (z Jihoafrické republiky) používá interview a ohniskové skupiny. Přes jejich rozdíly jsou obě evaluace adekvátní, protože berou v úvahu specifické potřeby a prostředky charakteristické pro daná prostředí.

O každé z těchto čtyř výše uvedených otázek je pojednáno níže spolu s metodami, pomocí kterých je možno na ně odpovědět.

Mějte na paměti, že tyto informace jsou doplňkem obecných kroků evaluace popsanych v Sešitech 1 a 2. Při analýze potřeb byste měli absolvovat všechny obecné kroky evaluace popsané v Sešitech 1 a 2. Uvedené informace využijete v maximální míře tehdy, když budete při práci s tímto specializovaným sešitem zároveň používat základní sešity.

Použijte Sešit 1 jako vodítko a určete, která ze čtyř výše uvedených otázek nejlépe odpovídá vaší otázce kladené v rámci evaluace programu. Prostudujte si následující oddíl.



Otázka č. 1



U kolika lidí v regionu nebo komunitě existuje potřeba léčby poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek?

V tomto sešitě jsou stručně popsány tři přístupy, kterými lze odpovědět na tuto otázku. Na tuto otázku bohužel neexistuje jednoduchá odpověď, protože každá z řady strategií, které se vám nabízejí,

s sebou nese své specifické výhody a nevýhody. Volba bude záležet na vaší specifické situaci a odborném potenciálu, čase a dostupných prostředcích.

1. Prevalenční modely založené na úmrtnosti

Tuto metodu je snadné použít, jestliže máte k dispozici nezbytná data. Toto je například vzorec pro alkohol:



$$A = P \cdot (D/K),$$

kde

A = celkový počet lidí závislých na alkoholu ve sledované oblasti nebo regionu

P = podíl úmrtí způsobených cirhózou jater v důsledku užívání alkoholu

O = celkový počet úmrtí způsobených cirhózou jater hlášený za daný rok v předemné oblasti nebo regionu

K = úmrtnost za rok v důsledku cirhózy jater u osob závislých na alkoholu s komplikacemi (např. úmrtnost v důsledku cirhózy jater na 10 000 osob závislých na alkoholu)



Pomocí sběru nezbytných statistických informací pro daný region nebo obecní komunitu bychom měli být schopni doplnit si požadované informace a odhadnout počet problémových uživatelů alkoholu. Tento způsob je používán pro odhad počtu lidí, kteří se potřebují léčit.

Mezi výhody této metody patří:

- Jednoduchost použitého vzorce poté, co jsou získána nezbytná statistická data.

Mezi úskalí této metody patří:

- Nepřesnosti ve statistických datech vlivem chybného určení příčiny smrti.
- Nestabilita prevalenčních odhadů u malých populací v důsledku malé frekvence výskytu úmrtí na cirhózu jater (případně následkem sebevražd

nebo užívání alkoholu).

- Potřeba doplnění výsledných odhadů týkajících se populace, která potřebuje péči, o odhady založené na jiných psychoaktivních látkách než na alkoholu.
- Omezené využití z hlediska prevence nebo včasné intervence, protože odhady jsou založené na nejzávažnějších důsledcích užívání alkoholu.
- Variace *konstant* ve vzorci vzhledem k rozdílným kulturním a sociálním prostředím.
- Ve specifických populačních podskupinách (např. pohlaví, věk) není možné odhadnout počet lidí, kteří potřebují léčbu.

2. Celopopulační šetření

Při celopopulačním šetření se kontaktují lidé představující náhodný nebo reprezentativní výběrový soubor populace v daném regionu nebo komunitě a jsou dotazováni na své užívání psychoaktivních látek, případné problémy s tím spojené a vnímanou potřebu léčby. Průzkum tohoto typu může být snadno nebo obtížně proveditelný v závislosti na komplexnosti vaší evaluace.

Je důležité věnovat pozornost otázkám, které dotazovaným kladete, a kritériím, která používáte k určení toho, zda se respondent A „potřebuje“ léčit na poruchu spojené s užíváním psychoaktivních látek. Můžete se rozhodnout, že se budete ptát na množství nebo vzorec konzumace alkoholu za určité nedávno uplynulé časové období (např. abyste mohli spočítat průměrnou týdenní spotřebu nebo počet respondentů, kteří vypijí více než určité množství alkoholických nápojů během daného dne). Hlavním nedostatkem těchto údajů je uvádění nižších hodnot spotřeby,

k čemuž při populačních šetřeních obvykle dochází. Často dochází k podhodnocování skutečné spotřeby o 50-60%. Můžete se také ptát na problémy, s kterými se dané osoby setkaly v souvislosti se svým užíváním psychoaktivních látek, a stanovit v rámci výčtu problémů mezní bod, který by určil potřebu léčby. Mnoho lidí, kteří provádějí populační šetření, si vytváří svůj vlastní seznam problémů, z čehož však vyvstávají problémy týkající se reliability a validity položek šetření.

Byly vytvořeny různé nástroje k provádění průzkumu, které se dají využít využití buď při osobním, nebo telefonickém interview. Výborným příkladem, který lze použít v různých kulturních podmínkách, je Kombinované mezinárodní diagnostické interview (Composite International Diagnostic Interview - CIDI), vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (Cottler et al., 1991; Robins et al., 1988; Wittchen et al., 1991; WHO, 1990).

Základním prostředkem tohoto průzkumu je stanovení přítomnosti nebo absence souborů „symptomů“ A, kam patří jak klinické projevy (např. tolerance, abstinenční syndrom, craving), tak i sociální důsledky (problémy s rodinou, přáteli, zaměstnáním, příp. s orgány činnými v trestním řízení, jako důsledek užíváním návykových látek). Osoba, které má být určena konkrétní diagnóza, musí splňovat předem dané podmínky pro jednotlivé „symptomy“.

Mezi výhody této metody patří:

- Přímý odhad počtu lidí, kteří se potřebují léčit s poruchami v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek.

Mezi nevýhody této metody patří:

- V rámci celopopulačního šetření je nesnadné obsáhnout některé důležité skupiny obyvatel, protože je obtížné se k nim dostat (např. bezdomovci) nebo proto, že nejsou zařazeni do výběrové procedury (např. jsou uvězněni

nebo umístěni v léčebných ústavech). Pro odhad potřeby léčby v těchto skupinách populace bude třeba použít jiné strategie. Výsledky průzkumu mohou být zkreslené vlivem toho, že u některých podskupin, jako např. u mladých lidí, seniorů, žen nebo specifických kulturně-etnických skupin, bude nižší míra response.

- Ve velké míře se zde spoléhá na vlastní výpovědi respondentů ohledně spotřeby a souvisejících problémů, přičemž se bude projevat obecná tendence k podhodnocování údajů o užívání psychoaktivních látek a problémech s tím spojených.
- Některé metody průzkumu jsou velmi nákladné (např. osobní interview) a je k nim třeba zvláštního odborného potenciálu, který bude nutné si případně zajistit na bázi konzultantských služeb (např. statistik se specializací na průzkumy, školení tazatelů, informační analytici).

3. Modely capture-recapture (metoda zpětného záchytu)

Při uplatnění této metody je nutné, abyste měli přístup k datům v elektronické podobě a disponovali určitou mírou statistických znalostí. Výhodou této metody je, že řeší problém špatné dostupnosti dat od některých segmentů populace uživatelů psychoaktivních látek tím, že spoléhá na zdroje informací, které obsahují „naturalistické“ výběrové soubory známých uživatelů psychoaktivních látek. Mezi tyto zdroje informací mohou patřit policejní záznamy o uvězněných ve spojitosti s držením narkotik nebo soudní rozsudky týkající se trestných činů spojených s užíváním psychoaktivních látek, nemocniční záznamy o přijetí akutních případů v souvislosti s předávkováním psychoaktivními látkami nebo záznamy o přijetí do léčebných zařízení zaměřených na léčbu zneužívání psychoaktivních látek. Pokud tyto zdroje dat použijeme odděleně, nebudou mít pro odhad prevalence příliš velký význam. Jestliže ale budeme kombinovat data

ze dvou nebo více informačních zdrojů, můžeme získat reliabilní a validní odhady o celkové populaci uživatelů psychoaktivních látek.

V praktickém příkladu ze Španělska, který najdete na konci tohoto sešitu, se v části analýz pracuje s metodou zpětného záchytu. Mezi použitými zdroji dat byly záznamy o přijetí na léčení, záznamy služby rychlé lékařské pomoci a informace o nástupu do vězení.

Logiku modelu zpětného záchytu využívaného pro odhad skrytých populací uživatelů návykových látek si lépe vysvětlíme na praktickém příkladu. Předpokládejme, že máme pro danou oblast nebo region dva samostatné přehledy nebo naturalistické výběrové soubory známých uživatelů opioidů. První seznam, který budeme označovat jako seznam X (výběrový soubor 1), bude sestávat z případů uvěznění v souvislosti s opioidy, a druhý seznam, označovaný jako Seznam Y (výběrový soubor 2) obsahuje



počet případů předávkování opioidy na základě záznamů služeb rychlé lékařské pomoci. Při dvou seznamech či výběrových souborech může kterýkoli z daných jedinců figurovat ve čtyřech možných situacích: může se objevit na seznamu X a ne na seznamu Y, na seznamu Y a ne na seznamu X, na seznamu X i Y a konečně nemusí figurovat ani na jednom seznamu. Obr. 1 představuje rozmezí možného zařazení do jednotlivých přehledů ve formě kontingenční tabulky.

Ve vzorci v následujícím sloupci je jedinou neznámou člen f_{22} , hodnota frekvence počtu případů figurujících v obou seznamech nebo vzorcích. Získáme-li počet případů obsažených v prvních třech členech, jsme potom schopni odhadnout člen f_{22} a následně celkovou populaci uživatelů opioidů.

Hodnota pro první člen (f_{11}) se získá tak, že výzkumníci přiřadí každému případu, který se vyskytuje na obou seznamech, specifický identifikační údaj. Takovým specifickým identifikačním údajem může být například datum narození, pohlaví, rodinný stav nebo etnický původ. Jakmile je tento krok ukončen, bude možné k sobě přiřadit počet jedinců nebo případů, které se vyskytují na obou seznamech. Termín „zpětný záchyt“ vychází z tohoto procesu, kdy jsou jedinci z prvního vzorku nebo seznamu zachyceni a identifikováni (označeni) a potom je jejich určitý počet zpětně zachycen nebo identifikován na druhém seznamu. Čím vyšší počet specifických identifikátorů, tím přesněji bude možné k sobě jednotlivé případy přiřazovat. Členy f_{12} a f_{21} se dají snadno určit pomocí stejných identifikačních postupů. Když jsou určeny hodnoty prvních tří členů, můžeme použít následující vzorec, známý jako Petersonův estimátor, a stanovit člen f_{22} :

$$F_{22} = \frac{f_{12} * f_{21}}{f_{11}}$$

Když je dán člen f_{22} , odhad celkové populace uživatelů opioidů získáme takto:

$$P = \frac{(f_{11} + f_{12}) * (f_{11} + f_{21})}{f_{11}}$$

Počet seznamů (výběrových souborů), které mohou být při kalkulaci odhadu použity, není nijak omezen. V podstatě čím větší je počet nezávislých seznamů nebo výběrových souborů uživatelů opioidů, tím přesnější bude daný odhad:

		Případ na seznamu Y	
		Ano	Ne
Případ na seznamu X	Ano	f_{11}	f_{12}
	Ne	f_{21}	$f_{22}=?$

Mezi výhody této metody patří:

- Levný způsob, jehož pomocí je možno odhadnout počet lidí, kteří se potřebují léčit v souvislosti s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek ve vašem regionu nebo komunitě.

Mezi nevýhody této metody patří:

- Možné popření předpokladů, z nichž daný model vychází, např. nezávislost výběrového souboru (tj. výskyt na jednom seznamu neovlivňuje pravděpodobnost výskytu na druhém seznamu).
- Znehodnocení výběrového souboru v důsledku ztráty (např. úmrtí) nebo špatného rozřídění.
- Doba nutná na „vyčištění“ seznamů a spárování případů se specifickým identifikátorem.
- Nedostatek potřebných detailů a specifik.
- Nedostatek dalších doprovodných informací o uživatelích psychoaktivních látek v seznamech, komplikující určení léčebných služeb, které by pro ně byly nejvhodnější.

Otázka č. 2



Jaká je relativní potřeba léčebných služeb v rámci různých regionů nebo komunit?

„Otázky týkající se relativní potřeby služeb pro léčbu poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek mohou být zodpovězeny pomocí indexů, které v sobě spojují informace o několika problémech ve vztahu k povaze a prevalenci těchto poruch.“

Jedním ze způsobů, jak na tuto otázku odpovědět, je porovnat stanovenou prevalenci populace, která potřebuje léčbu, s jednou ze tří metod popsaných v předcházející části. Avšak mohou být k dispozici i jiná, snadněji získaná statistická data, která se mohou také vztahovat k problémům spojeným s užíváním psychoaktivních látek v dané komunitě. Geografické oblasti mohou být rozříděny dle různých indikátorů a všechny tyto indikátory mohou být následně spojeny v jeden index, který odráží poruchy spojené s užíváním návykových látek. Tento index může být posléze použit k porovnání míry těchto poruch napříč jednotlivými regiony. U této metody je zapotřebí, abyste měli přístup k elektronickým datům a abyste disponovali prostředky a znalostmi potřebnými k provádění statistické analýzy pomocí výpočetní techniky.

Příklady těchto indikátorů jsou indexy dostupnosti alkoholu (např. počet obchodů s alkoholem na 100 tisíc obyvatel), úmrtnost (počet úmrtí zaviněných alkoholem na 100 tisíc obyvatel), bída (procento obytných jednotek v osobním vlastnictví s přívodem vody a/nebo elektrické energie), řízení pod vlivem alko-

holu a dopravní nehody způsobené pod vlivem alkoholu (např. procento řidičů, kteří způsobili dopravní nehodu, při níž byl někdo zraněn, na 100 000 řidičů s platným řidičským průkazem).

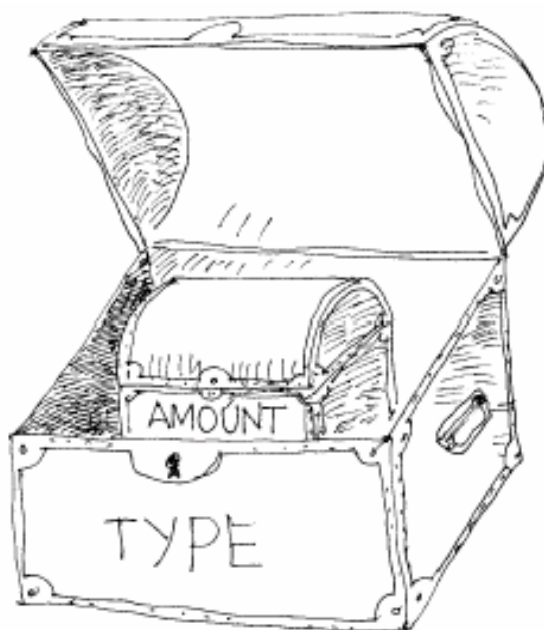
Jestliže jste si vybrali jednotlivé indikátory, máte různé možnosti, jak je sdružit do jednoho celkového indexu. Při tvorbě tohoto indexu se využívají dosti náročné statistické postupy, jako např. klastrová analýza a faktorová analýza (Beshai 1984; Tweed a Ciarlo, 1992, Tweed et. al., 1992). Adrian (1983) představuje dvě méně komplikované metody. První přístup spočívá v seřazení jednotlivých indikátorů napříč všemi srovnávanými geografickými oblastmi. Pro každý indikátor je vypočítáno průměrné pořadí a průměrnému hodnocení indikátoru se pak přiřkne pořadí vzhledem k daným oblastem v rámci celkového pořadí. Tento přístup posuzuje každý indikátor rovnocenně a jeho výhoda je ve snadném vypočítání a interpretaci. Nevýhoda je, že tento přístup je poměrně necitlivý k velikosti rozdílů mezi jednotlivými pořadími.

V rámci druhého přístupu, s kterým Adrian (1983) pracuje, se nejdříve přiřadí celková hodnota 100 každému indikátoru pro všechny oblasti dohromady. Hodnoty u malých oblastí jsou poté počítány jako podíl vztahující se k celkové hodnotě. Pro každou oblast je potom počítán průměr různých indexů, čímž vznikne kombinovaný index užívání návykových látek. Na rozdíl od třídící metody je tento přístup citlivý k míře rozdílů v pořadí mezi porovnávanými oblastmi. Hlavní nevýhodou je, že průměr jednotlivých indexů je citlivý na extrémně vysoké hodnoty. Indexová metoda je užitečnější při analýze relativních potřeb, protože zachovává míru rozdílů mezi porovnávanými oblastmi a tedy i relativní důležitost různých indikátorů. Také si můžete vytvořit mapu jednotlivých porovnávaných oblastí, která bude ukazovat rozdíly v míře poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek ve vztahu k průměru celého regionu.

Hlavním omezením všech těchto způsobů porovnávání rozdílných oblastí z hlediska relativní potřeby služeb pro lidi trpícími poruchami v souvislosti se zneužíváním psychoaktivních látek je reliabilita a validita každého jednotlivého indikátoru. Například mnoho sociálních indikátorů

(např. výše příjmu, bydlení) má pouze nepřímý vztah k psychoaktivním látkám. Další indikátory, jako zatčení a usvědčení z řízení v opilosti, budou ovlivněny rozhodnutími orgánů činných v trestním řízení. I když se dá namítnout, že nevýhody jednoho indikátoru mohou být kompenzovány výhodami jiného, měly by se volit pouze takové indikátory, které jsou reliabilní, validní a mají ve všech regionech srovnatelný význam.

V kostce řečeno, otázky týkající se relativní potřeby služeb pro léčbu poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek mohou být zodpovězeny pomocí indexů, které v sobě spojují informace o několika problémech ve vztahu k povaze a prevalenci těchto poruch. Jestliže porovnáte určitý region nebo obecní komunitu s ostatními oblastmi, budete mít možná v ruce silnější argumenty k přerozdělení prostředků. Ovšem odhady populace potřebující léčbu ani relativní potřeba služeb v porovnání s jinými oblastmi nám příliš nepomůže určit **typ služeb** a **množství služeb**, které jsou zapotřebí. K zodpovězení těchto otázek je nutno uplatnit jiné strategie analýzy potřeb, a o těch je řeč na následujících stránkách.



Otázka č. 3



Jaké typy služeb jsou potřeba a jaká je jejich nezbytná kapacita?

Komunitní analýza potřeb se zaměřením na klienta (KAPZK)

Komunitní analýza potřeb se zaměřením na klienta (KAPZK) je prospektivní metodou sběru dat, pomocí které se zjišťuje, co si klienti nebo pacienti myslí o potřebnosti služeb. Používá se jak v oblasti duševního zdraví (Cox et al., 1979), tak i v léčebných službách zaměřených na užívání drog (DiVillaer, 1990 a 1996). Její provádění je snadné a má navíc tu výhodu, že sleduje hledisko potenciálních uživatelů služeb nabízených jednotlivými programy. Základem tohoto přístupu jsou čtyři zásadní předpoklady:

- Potřeby komunity by měly být alespoň částečně identifikovány na základě souhrnného klinického hodnocení velkého a reprezentativního výběrového souboru jedinců, kteří se potřebují léčit.
- Potřeby by měly být vyjádřeny jako specifické typy intervencí (např. am-

bulantní poradenská služba ohledně poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek, výcvik zaměřený na životní dovednosti), které mohou být zavedeny v dané komunitě.

- Měly by být shromážděny relevantní demografické a klinické informace o těchto jedincích, kteří vykazují potřebu daných intervencí.
- Měly by existovat určité záruky, že tito jedinci, kteří vykazují potřebu daných intervencí, by tyto služby zřízené v rámci dané komunity opravdu využívali.

V rámci této metody se zjišťují základní informace o klientovi (např. věk, pohlaví), jeho chování ve vztahu k užívání psychoaktivních látek a informace o tom, jaká intervence by byla pro klienta „ideální“.

Zaznamenané intervence jsou potom následovně charakterizovány:

- 1 daná intervence v příslušné komunitě neexistuje,
- 2 daná intervence existuje, ale není dostupná (tzn. klient nespĺňuje přijímací kritéria organizace) nebo dosažitelná (tzn. jisté faktory jako doprava nebo provozní doba jsou překážkou účasti v takovém programu),
- 3 daná intervence existuje a je pro klienta dostupná a/nebo dosažitelná,
- 4 daná intervence existuje a je pro klienta dostupná a/nebo dosažitelná, ale klient není ochoten navštěvovat středisko, které ji v příslušné komunitě nabízí.

Během shromažďování informací o stavu potřebných intervencí pro konkrétní typy klientů vycházejí najevo závažné mezery ve službách v rámci dané komunity nebo regionu.

Hlavní výhodou této strategie analýzy potřeb je, že v sobě přímo zahrnuje informace o osobách s určitými potřebami intervence i názory samotných klientů na to, do jaké míry mohou různé alternativy služeb vhodně uspokojit jejich potřeby. Metoda KAPZK má také následující slabiny:

- potřeby lidí ucházejících se o léčbu nemusí reflektovat potřeby všech lidí v dané komunitě, kterých se týkají příslušné poruchy.
- nedostatek obecně přijatých kritérií pro směřování klientů k léčbě vede k tomu, že při rozhodování o „ideální“ léčebné intervenci mají významné slovo kliničtí pracovníci a klienti
- v závislosti na počtu zúčastněných středisek může být zapotřebí věnovat značné množství času a prostředků na vzdělávání pracovníků, monitorování kvality sběru a analýzy dat a vykazování výsledných informací.

Přístup založený na kontinuu péče

„Kontinuum péče vychází z úvahy, že populace vykazující potřebu léčby poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek je velice rozmanitá a že k uspokojení těchto rozdílných potřeb je třeba širokého spektra služeb.“

Uplatňování tohoto přístupu je snadné a obejde se bez složitých počítačových analýz. V rámci tohoto přístupu si pořídíte soupis služeb zabývajících se léčbou poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek, které by v ideálním případě měly být lidem v určité komunitě nebo regionu k dispozici, a tuto vzorovou šablonu poté porovnáte se skutečným stavem věcí. Přestože neexistuje žádný mezinárodní standard pro výčet různých služeb, který by měl sloužit jako šablona, panuje obecná shoda v tom, že ideální léčebný systém by měl reflektovat určité „kontinuum péče“. Kontinuum péče vychází z úvahy, že populace vykazující potřebu léčby poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek je velice rozmanitá

a že k uspokojení těchto rozdílných potřeb je třeba širokého spektra služeb. Komplexní posouzení a volba správné léčby zaručuje efektivní využití jednotlivých typů služeb v rámci léčebného systému. Ve vašem seznamu typů služeb se může objevit:

- identifikace případu,
- komplexní posouzení,
- case management,
- pomoc při zvládnání abstinčních příznaků (domácí/institucionální),
- krátká intervence,

- metadonová údržba,
- ambulantní poradenství,
- denní/večerní léčba,
- krátkodobá nemocniční léčba,
- dlouhodobá nemocniční léčba,
- chráněné bydlení,
- další péče,
- vzájemná pomoc.

Jakmile si vypracujete takový seznam a formulujete příslušné definice, prozkoumejte služby v jednotlivých předmětných regionech a komunitách a určete, zda služba je:

- **dostupná**; to znamená jestli je využívání služby omezeno určitými vstupními kritérii (např. nevyřízené právní záležitosti, pouze pro muže apod.),
- **dosažitelná**; tzn. jestliže určité faktory ztěžují zapojení se do programu (např. špatná hromadná doprava, provozní hodiny, jazyková bariéra apod.).

Šablona k posouzení dostupnosti a dosažitelnosti služeb podle ideálního kontinua péče

	Region 1 dost. dosaž.	Region 2 dost. dosaž.	Region 3 dost. dosaž.	Region 4 dost. dosaž.
identifikace případu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
komplexní posouzení	<input type="checkbox"/> pouze pro mládež			
case management				
pomoc při zvládnání abst. příz. - (doma)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
pomoc při zvládnání abst. příz. - (skupinová)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
pomoc při zvládnání abst. příz. - (institucionální)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
metadonová údržba	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
krátká intervence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ambulantní poradenství	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
denní/večerní léčba		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	pouze pro ženy	
krátkodobá léčba s hospitalizací (zdravotnická)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
krátkodobá léčba s hospitalizací (nezdravotnická)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
dlouhodobá léčba s hospitalizací			pouze pro uživatele kokainu	
chráněné bydlení	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
další péče	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
vzájemná pomoc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Informace o dostupnosti a dosažitelnosti mohou pocházet z formálního průzkumu mezi poskytovateli služeb, z přezkoumání předchozích evidenčních materiálů služeb a z rozhovorů s lidmi schopnými poskytnout na místní úrovni klíčové informace.

Jednoduchou metodou odškrtování získáme hrubý přehled o mezerách v léčebném systému z hlediska dostupnosti a dosažitelnosti specifických typů služeb. Měl by se také vypracovat stručný písemný materiál charakterizující dostupnost a dosažitelnost služeb. Tabulka na předchozí stránce může sloužit jako vzor pro ty, kteří budou tento postup používat.

Mezi výhody této metody patří:

- snadná příprava a použití,
- umožňuje tvůrčím způsobem přemýšlet o možnostech nových služeb, které dosud v regionu nejsou.

Normativní přístup

Normativní modely analýzy potřeb jsou v podstatě založeny na poptávce, což znamená, že předchozí poptávka po léčebném systému a jeho fungování se promítá do budoucích potřeb. Tento přístup je docela komplikovaný a je nejlepší pro ty, kteří mají k dispozici počítač a vědí něco o statistice. Nejsložitější z těchto přístupů bere také v úvahu místní odchylky v profilu poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek.

Systém profilu protialkoholní léčby (The Alcohol Treatment Profile System, ATPS), vypracovaný v USA, je dobrým příkladem normativního modelu analýzy potřeb (Ryan, 1984/1985). ATPS se skládá ze dvou hlavních komponentů. První komponent, označovaný jako komponent „potřeb“, byl vyvinut na základě sedmi indikátorů týkajících se mortality, vykazovaných jako roční průměr úmrtí na 100 tisíc obyvatel ve věku 15-74 let v období 1975 - 1977. Indikátory se týkaly úmrtnosti v důsledku cirhózy jater, závislosti

Mezi nevýhody této metody patří:

- chybí univerzální standardní model týkající se komponentů ideálního léčebného systému a definicí kategorií služeb, který by bylo možné uplatnit v různých prostředích
- není věnována dostatečná pozornost kvalitě existujících služeb a rozpoznávacím znakům týkajícím se specifických typů léčebných intervencí, které tyto služby nabízejí (např. kognitivně-behaviorální terapie vs. protidrogová terapie),
- není věnována dostatečná pozornost pohybu klientů mezi těmito jednotlivými komponenty služby a jinými dimenzemi koordinace na systémové úrovni,
- neumožňuje kvantifikovat požadovanou kapacitu a prostředky (např. personál, počet lůžek) v souvislosti se službami, o jejichž potřebě se ví.



na alkoholu, otravy alkoholem, sebevraždy, zabití, autonehody a psychózy způsobených užíváním alkoholu. Tyto indikátory byly podrobeny faktorové analýze, z níž vzešly dva různé indexy problémů souvisejících s alkoholem. První faktor byl pojmenován jako Index chronických zdravotních problémů (Chronic Health Index) a byl použit k odhadu prevalence chronických dlouhodobých problémů spojených s alkoholem. Druhý faktor, označený jako Alkoholový index kauzality (Alcohol Causality Index), byl použit k odhadu prevalence akutní intoxikace alkoholem. Hodnota tohoto indexu neukazuje počet jedinců s akutní intoxikací nebo chronickými dlouhodobými problémy, ale spíše indikuje „relativní“ prevalenční hodnoty pro jednotlivé okresy. Indikátory úmrtnosti jsou k dispozici v celonárodním měřítku za jednotlivé okresy. Následně se vypočítává a zveřejňuje hodnota indexu pro každý okres.

Druhým komponentem normativního modelu ATPS je komponent „poptávky“, založený na informacích o léčbě sbíraných na celonárodní úrovni v rámci Národního průzkumu léčby alkoholových a drogových závislostí (National Drug and Alcohol Treatment Survey, NDATUS. Harris and Colliver, 1989). Data získaná na základě tohoto průzkumu poskytují odhady míry a vzorců využívání stávajících služeb a jejich kapacit pro plánování služeb v jednotlivých oblastech země. Míra využití je vyjádřena počtem klientů využívajících danou službu. Kapacita je vyjádřena počtem míst v rámci dané léčby. NDATUS rozděluje léčbu do sedmi různých modalit: nemocniční detoxifikace, skupinová detoxifikace, odvykací léčba, ochranná, ambulatorní, částečná péče a péče ambulantní. Využití a kapacita služby jsou odhadovány zvlášť pro každou tuto léčebnou modalitu.

Data NDATUS tvoří v rámci modelu ATPS závislé proměnné. „Zjištěné“ úrovně a kapacity léčebných služeb v jednotlivých oblastech jsou tudíž modelovány jako funkce obou zmíněných indexů problémů spojených s alkoholem. Protože vztah mezi potřebou a poptávkou se výrazně liší v závislosti na různé velikosti populací, velikost populace je zařazena do modelu jako třetí nezávislá proměnná. Odhady celkového počtu předpokládaných klientů a celkových kapacit léčebných služeb a rovněž odhady dělené podle modality léčby se vztahují k alkoholovému indexu kauzality a velikosti populace v určité oblasti. Pro účely plánování se odhady týkající se předpokládaných klientů a léčebných kapacit uvádějí ve formě souboru tabulek podle velikosti populace, Indexu chronických zdravotních problémů a Indexu alkoholové kauzality

pro určitou oblast. Ti, kdo plánují analýzy potřeb, užívají tyto tabulky k porovnání předpokládané kapacity léčebných zařízení v určitém okrese implicitně vyjádřené v normativním modelu s jeho skutečnou nebo pozorovanou kapacitou.

Mezi výhody této metody patří:

- snadná aplikace poté, co jsou k dispozici všechny nezbytné informace,
- tento model poskytuje u každého odhadu horní a spodní hranici pro danou plánovanou oblast, čehož se dá využít při uplatňování výsledných zjištění v rozhodovacím procesu.

Mezi nevýhody této metody patří:

- u sociálních a zdravotních indikátorů, z kterých se skládají indexy problémů v modelu, dochází často k celé řadě zkreslení,
- údaje o využití léčebných služeb v minulosti nemusí zahrnovat všechna existující léčebná zařízení, protože některá se nemusela průzkumu zúčastnit nebo do něj nebyla zařazena z různých jiných důvodů (např. léčebný program v rámci soukromého sektoru),
- předpoklad, že současné nebo minulé vzorce využívání služby odpovídajícím způsobem reflektují aktuální potřeby klientů v době poskytování daných služeb a v blízké budoucnosti. Například potřeby potenciální populace uživatelů služeb nemusí být identické s potřebami populace klientů, kteří léčbu vyhledávali v minulosti.



Preskripční přístup

Na rozdíl od normativních modelů založených na poptávce, které se opírají jen o reálně existující vzorce využívání služeb v rámci léčebného systému, preskripční modely se blíže zabývají mírou léčebných služeb, které by měly být poskytovány obyvatelům daného regionu.

Na rozdíl od normativního modelu ATPS založeného na poptávce, který se opírá jen o reálně existující vzorce využívání služeb v rámci léčebného systému, preskripční modely se blíže zabývají mírou léčebných služeb, které by měly být poskytovány obyvatelům daného regionu. Na tento přístup může být pohlíženo jako na nastavbu přístupu „kontinua péče“, který je popsán výše, ale je komplikovanější a obnáší více práce s výpočetní technikou.

Preskripční modely začínají obvykle s prevalenčním odhadem velikosti populace, která služby/léčbu potřebuje. Je třeba vycházet z realistického předpokladu, že ne všichni tito jedinci budou dobrovolně vyhledávat léčbu a že jsou k dispozici pouze omezené prostředky pro léčbu těch, kteří se k odborníkům dostanou. Cílem je tedy vymezení, jaké části populace, která potřebuje léčbu, by měla být v daném roce léčba poskytnuta. Mnoho preskripčních modelů dochází k hodnotě 20 %, založené na celé řadě „předpokládaných“ hodnot nebo podílů přiřazených dané populaci s poruchami způsobenými konzumací alkoholu v určitém regionu nebo oblasti (viz níže). Tato finální hodnota ukazující míru „poptávky“ po léčebných službách je poté rozvržena na základě různých komponentů ideálního léčebného systému (detoxifikace, case management atd.).

Ford (1985) popisuje standardní soubor postupů, kterými se dospěje k 20%-nímu odhadu množství lidí s potřebou léčby, kteří by ji měli ročně podstoupit:

- 1 Dvě třetiny lidí závislých na alkoholu začínají znovu pít do jednoho roku po léčbě.
- 2 Míra nárůstu závislosti na alkoholu je okolo 10 % za rok.

- 3 Vezmeme-li v úvahu míru recidivy a zůstaneme-li pouze u tohoto 10%-ního nárůstu, v daném roce by tedy měla být poskytnuta léčba 30 procentům lidí závislých na alkoholu.
- 4 Toto číslo by se mělo vydělit dvěma, protože lidé závislí na alkoholu tvoří pouze polovinu populace, která potřebuje léčbu/služby. V určitém roce by tedy měla být poskytnuta léčba 15 procentům z celkového počtu populace, která to potřebuje.
- 5 Přidejte 5 procent jako rezervu, abyste pouze nedrželi krok s nárůstem problému. Z toho vyplývá, že cílovou populací za rok by mělo být 20 procent problémových uživatelů alkoholu.

Jedním z nejvážnějších problémů preskripčních modelů je, že předpokládané hodnoty se odhadované populaci potřebující léčbu přisuzují dosti subjektivně na základě empirických dat, která jsou z hlediska reliability a validity problematická. Například míra recidivy je odhadována podle údajů o léčbě. Hodnota 10 % představující nárůst počtu obyvatel závislých na alkoholu za rok nebude pravděpodobně konstantou. Tato čísla mohou být v nejlepším případě považována za velmi hrubé odhady. Tyto hodnoty se pravděpodobně budou lišit v závislosti na jednotlivých předmětných regionech a na čase. Dalším problémem u preskripčního modelu je jeho možná neobjektivnost, zejména v těch aspektech modelu, kde je k dispozici jen málo empirických dat, pomocí kterých by se daly vybrat různé parametry. Lidé z léčebné praxe budou mít například odlišné názory na to, jak by se populace vykazující poptávku měla v rámci léčebného systému rozdělovat.

Existují snahy tento subjektivní komponent minimalizovat. Komplexní prognostický model pro odhadování kapacity léčebných služeb pro alkoholiky v kanadském Ontariu (Rush, 1990) vychází při těchto odhadech z šesti různých zdrojů informací: publikovaná literatura o výzkumu charakteristik pacientů, efektivita nákladů na léčbu a míra absolvování celé léčby, předběžný monitorovací systém klientů v souvislosti s organizacemi zabývajícími se diagnostikovaním a indikací další péče, detoxifikační informační systém, tříletý oblastní průzkum protialkoholních a protidrogových programů, zasvěcené vyjádření klinických a výzkumných expertů a údaje z amerického prognostického modelu.

Další výrazný problém tohoto preskripčního přístupu se podobá tomu, co již bylo řečeno u jednoduššího přístupu založeného na kontinuu péče. Jde o to, že tento model navrhne výhledové potřeby pouze u služeb předem označených za klíčové komponenty ideálního léčebného systému. Tento přístup může být překážkou novátorských postupů v plánování a poskytování služeb zaměřujících se na poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek, pokud bude za základ tvorby modelu sloužit zastaralý nebo jinak nevhodně strukturovaný léčebný systém.



Otázka č. 4



Jsou stávající služby koordinovány a co je třeba k zdokonalení celkové úrovně fungování daného systému?

Informace o evaluaci procesu u léčebných služeb a systémů zaměřených na poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek poskytuje Sešit 4. Stručně je zde také pojednáno o evaluaci koordinace systému. Otázky, které se v této souvislosti řeší, a měřítko koordinace, která je možné uplatnit, jsou u evaluace procesu a komunitní analýzy potřeb podobná. Systémová koordinace se běžně posuzuje pomocí zpráv a hodnocení vypracovaných řediteli nebo vedoucími pracovníky organizací, o nichž se předpokládá, že budou v oblasti plánování a poskytování služeb spolupracovat.

Obvykle se hodnotí:

- vzájemná informovanost – do jaké míry členové personálu různých programů vědí o sobě navzájem a o náplni příslušných programů,
- frekvence spolupráce - jak často se klíčoví členové personálu setkávají, aby hovořili o pracovních záležitostech,
- frekvence doporučení k léčbě v rámci daného systému - jak často a v jaké míře si služby v dané síti navzájem předávají klienty,
- výměna informací - míra výměny infor-

mací mezi jednotlivými zařízeními,

- sdílení nebo výměna zaměstnanců – členové personálu různých zařízení pracují trvale v několika zařízeních najednou nebo si je zařízení půjčují,
- výměny jiných prostředků - do jaké míry se služby dělí o své finanční prostředky, zasedací místnosti, materiál nebo jiné prostředky,
- konzultace a případové konference – spolupráce v souvislosti s léčbou specifických klientů,
- společné vedení - počet společných členů ve vedení jednotlivých služeb,
- standardizace dohod - do jaké míry si služby vytvořily formální dohody, jimiž se řídí koordinace aktivit.

Specifická měřítko koordinace služeb, která mohou být užívána při komunitní analýze potřeb, nejsou dobře propracována z hlediska reliability a validity. Často se užívá kvalitativnější přístup založený na klíčových informantech nebo interview v rámci ohniskové skupiny. Tyto postupy pro sběr kvalitativních dat jsou popsány v Sešitu 1.



Nyní je řada na vás

Použijte informace z tohoto sešitu ve svých vlastních podmínkách. Vypracujte následující cvičení.

Nezapomeňte při sestavování celkového evaluačního plánu využít informace ze Sešitu 1 a 2. Znovu si teď tyto informace projděte, pokud jste to již neudělali.

Cvičení 1

Zamyslete se nad svým léčebným programem. Vypište pět hlavních oblastí, které chcete dále zkoumat z hlediska potřeb vaší komunity.

Příklad: Jaké typy služeb jsou ve vaší komunitě třeba pro uživatele kokainu?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Cvičení 2

Posuďte dostupnost existujících záznamů pro každou z oblastí vyjmenovaných výše.

- počtu pacientů absolvujících léčbu v rámci určité oblasti a/nebo léčebného systému.

Máte přístup k:

- informacím o nemocnosti,
- informacím o úmrtnosti,

Na základě odpovědí na tyto otázky budete schopni lépe vybrat takový způsob analýzy potřeb, při kterém maximálně využijete stávající data.

Cvičení 3

Za použití informací z tohoto sešitu učiňte následující rozhodnutí:

- Rozhodněte, jakou metodu použijete při sběru dat (např. celopopulační šetření, prevalenční model založený na úmrtnosti). Podle potřeby si znovu projděte informace obsažené v tomto sešitě, které vám v tomto rozhodování mohou pomoci.
- Zvolte výběrovou proceduru, na jejímž základě vyberete konkrétní klienty/data, která mají být předmětem průzkumu.
- Zvolte si časový rozvrh evaluace
- Vytvořte si postup pro zajištění ochrany osobních dat a pravdivosti uváděných informací.
- Rozhodněte se, kdo vám pomůže při sběru dat.

Cvičení 4

Budete si muset připravit úvodní dopis a formulář o souhlasu, ve kterém bude vysvětlen účel vaší studie. Projděte si část 1A Sešitu 2, nazvanou **Řešení etických**

otázek, kde najdete více informací o důležitém tématu práv účastníků evaluačního výzkumu.

Obecně řečeno, všichni účastníci by měli být před zařazením do studie s předstihem požádáni o souhlas. Během této fáze byste měli vysvětlit účel, povahu, a časovou náročnost jejich účasti. Nikdo by neměl být k účasti na studii nucen.

Standardní praxe je, že všichni účastníci jsou vyzváni k podpisu formuláře o souhlasu, který:

- popisuje účel a metodu studie,
- vysvětluje, co budou dělat, pokud se rozhodnou k účasti,
- vysvětluje, že účast na studii je dobrovolná.

Příklad (z předchozího textu):

Úvodní dopis:

Žádáme vás o pomoc při výzkumu zaměřeném na zjištění potřeb komunity tím, že vyplníte dvoustránkový dotazník týkající se vzorců vašeho užívání návykových látek. Otázky budou směřovat na vaše užívání těchto látek a jakýkoli jeho případný dopad na váš život. Jejich zodpovězení vám bude trvat zhruba 10 minut. Informace, které nám poskytnete, zůstanou přísně důvěrné a tajné.

Jestliže souhlasíte se svou účastí, přečtěte si a podepište, prosím, formulář o souhlasu (příložený) a odevzdejte jej v označené obálce společně s vyplněným dotazníkem. Děkujeme vám za váš čas.

S úctou,
Dr. X

Formulář o souhlasu:

Souhlasíte s účastí na průzkumu ohledně vzorců užívání psychoaktivních látek. Vyplníte dvoustránkový dotazník, což vám bude trvat přibližně 10 minut. Vaše účast je naprosto dobrovolná. Můžete odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně kdykoli předčasně ukončit účast na studii, aniž by vám tím vznikly jakékoli problémy. Vaše odpovědi zůstanou přísně tajné. Vaše jméno se v dotazníku neobjeví a vaše odpovědi nebudou za žádných okolností spojovány s vaší osobou.

Pročetl(a) jsem si výše uvedené informace a souhlasím se svou účastí.

Podpis:

Datum:

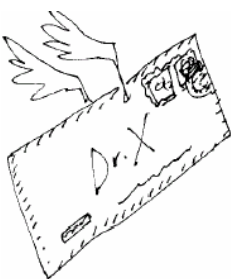
Nyní je řada na vás. Pomocí výše uvedeného příkladu a informací ze Sešitu 2, Část 1A, sestavte vlastní úvodní dopis a formulář pro udělení souhlasu.

Cvičení 5

Proveďte pilotní test svých evaluačních nástrojů měření a postupů na výběrovém souboru 10 - 15 účastníků, abyste se ujistili, že vše funguje, jak má. Prostudujte si Oddíl 1C Sešitu 2 s názvem „**Provedení pilotního testu**“, který obsahuje konkrétní informace ohledně přesného postupu. Obecně řečeno se pilotní testy zabývají těmito otázkami:

- Je možno pomocí těchto otázek získat užitečné informace?

- Mohou být tyto otázky řádně předloženy? Například nejsou příliš dlouhé či příliš komplikované na to, aby na ně mohlo být řádně odpovězeno?
- Mohou být informace snadno zpracovány lidmi zodpovědnými za zaznamenávání dat?
- Je třeba shromažďovat další informace?



Závěr a praktická doporučení

V tomto sešitu je popsána celá řada metod, které se týkají 4 otázek, které často vyvstávají při analýze potřeb v souvislosti s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek. Jednalo se o tyto otázky:

- U kolika lidí v regionu nebo komunitě existuje potřeba léčby poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek?
- Jaká je relativní potřeba léčebných služeb v rámci různých regionů nebo komunit?
- Jaké typy služeb jsou potřeba a jaká je jejich nezbytná kapacita?
- Jsou stávající služby koordinovány a co je třeba k zdokonalení celkové úrovně fungování daného systému?

U každého typu otázky je třeba se rozhodnout pro konkrétní modely a metody analýzy potřeb. Musíte zvážit povahu rozhodnutí, která mají být na základě výsledných informací učiněna, a také čas, odborný potenciál a prostředky, které máte k dispozici. Je také třeba zvážit výhody a nevýhody, které jednotlivé modely nebo metody obnášejí.

Po dokončení evaluace se budete chtít ujistit o tom, že vaše výsledná zjištění najdou odezvu v praxi. Jedním ze způsobů je vykázat vaše zjištění písemně (popsáno v Sešitu 2, krok 4).

Je ovšem stejně důležité zabývat se tím, co přesně z těchto zjištění pro váš program vyplývá. Je třeba uskutečnit nějaké změny? Pokud ano, jakým nejlepším způsobem se toho dá dosáhnout?

Obraťte se znovu na subjekty, u nichž se očekává, že budou s výsledky evaluace dále pracovat, se specifickými doporučeními, jež jsou na daných výstupech založeny. Sepište svá doporučení, provažte je logicky s těmito výstupy a navrhnete období, během něhož by mohly být změny uskutečněny. Příklady tohoto postupu jsou uvedeny níže:

Na základě zjištění, že více než 1/4 náhodného výběrového souboru respondentů z dané komunity užila v posledních 90 dnech kokain a 58% z nich projevilo zájem o léčbu, doporučujeme, aby byla v rámci programu zřízena nová léčebná služba pro uživatele kokainu. Tato služba by měla začít fungovat v březnu, což je tradičně období, kdy je nejmenší nápor klientů, a bylo by proto možné věnovat jejímu rozběhnutí více času.

Pamatujte si, že analýzy potřeb jsou rozhodujícím prvním krokem k lepšímu poznání požadavků komunity na léčbu poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek. Je důležité využít informace získané analýzou potřeb k přeorientování léčebných služeb. Na základě pečlivého prozkoumání svých výsledků můžete vypracovat přínosná doporučení pro svůj program. Můžete tak učinit důležité kroky k vytvoření „zdravého prostředí pro evaluaci“ uvnitř své organizace.



Bibliografie

- Adrian, M. *Mapping the severity of alcohol and drug problems in Ontario*. Canadian Journal of Public Health, 1983, 74, (září-říjen):335-342.
- Beshai, N. *Assessing needs of alcohol-related services: A social indicators approach*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1984, 10(3):417-427.
- Cottler, L.B., Robins, L.N., Grant, B.F., Blaine, J., Towle, L.H., Wittchen, H-U., Sartorius, N., and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *The CID-core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues*. British Journal of Psychiatry, 1991, 159:663-658.
- Cox, G.B., Carmichael, S.J., & Dightman, C.R. *The optimal treatment approach to needs assessment*. Evaluation and Program Planning, 1979, 2:269-275.
- DeVillaer, M. *Client-centred community needs assessment*. Evaluation and Program Planning, 1990, 13:211-219.
- DeVillaer, M. *Establishing and using a community inter-agency monitoring system to develop addictions treatment programs*. Addiction, 1996, 91(5):701-710.
- DeWit, D., & Rush, B.R. *Assessing the need for substance abuse services: A critical review of needs assessment models*. Evaluation and Program Planning, 1996, 19(1):41-64.
- Ford, W.E. *Alcoholism and drug abuse services forecasting models: A comparative discussion*. The International Journal of the Addictions, 1985, 20(2):233-252.
- Harris, J.R. & Colliver, J.D. *Highlights from the 1987 National Drug and Alcoholism Treatment Unit Survey (NDATUS)*. Alcohol, Health and Research World, 1989, 13 (2):178-182.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H-U. & Helzer, J.E. *The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures*. Archives of General Psychiatry, 1988, 45:1069-1077.
- Rush, B.R. *Systems approach to estimating the required capacity of alcohol treatment services*. British Journal of Addictions, 1990, 85(1):49-59.
- Ryan, K. *Assessment of need for alcoholism treatment services: Planning procedures*. Alcohol Health & Research World, 1984/1985, 9(2):37-44.
- Tweed, D.L., & Ciarlo, J.A. *Social-indicator models for indirectly assessing mental health service needs. Epidemiologic and statistical properties*. Evaluation and Program Planning, 1992, 15(2):165-179.
- Tweed, D.L., Ciarlo, J.A., Kirkpatrick, L.E., & Shern, D.L.. *Empirical validity of indirect mental health needs-assessment models in Colorado*. Evaluation and Program Planning, 1992, 15(2):181-194.
- Wittchen, H.U., Robins, L.N., Cottler, L.B., Sartorius, N., Burke, J.D., Regiers, D.A. and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Cross-cultural feasibility, reliability, and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. British Journal of Psychiatry, 1991, 159:645-65.
- World Health Organization (WHO). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Version 1.0. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1990.

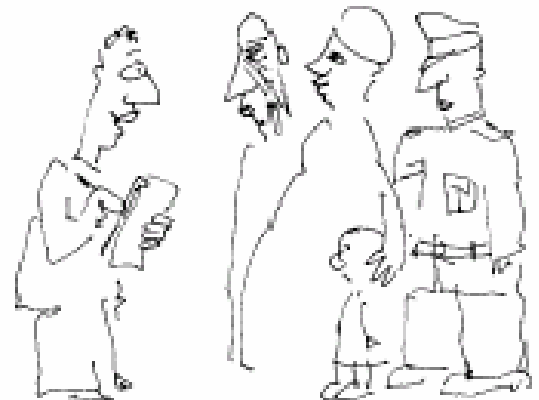
Poznámky k případovým studiím

Následující případové studie popisují rozdílné typy analýzy potřeb. Jak již bylo v sešitě poznamenáno, většina odborníků se shoduje na tom, že neexistuje žádná jednotná univerzální technika analýzy potřeb. Vychází to z toho, že lidé, kteří evaluace plánují, mají rozdílné cíle a přístup k různým zdrojům dat.

V první případové studii se popisuje evaluace léčby závislosti na psychoaktivních látkách v Barceloně ve Španělsku. K dispozici bylo již několik databází v elektronické podobě, které byly evaluátory využity k odhadům prevalence užívání psychoaktivních látek a léčebných potřeb v Barceloně. V tomto ohledu je tato případová studie výborným příkladem toho, jak mohou být při provádění analýzy potřeb efektivně využita již existující data. Celková evaluace je komplexní a zahrnuje aspekty analýzy potřeb, analýzy nákladů (Sešit 5) a evaluace výsledku (Sešit 7). Osoby zodpovědné za plánování chtěly zjistit trendy v užívání psychoaktivních látek, charakteristiky uživatelů psychoaktivních látek, náklady na léčbu problémů spojených s užíváním návykových látek a efektivitu léčby. Jiní evaluátoři zajímaví se pouze o analýzu potřeb, by mohli použít podobné techniky v menším rozsahu. K využití této techniky je třeba mít k dispozici data v elektronické podobě.

Druhý případ představuje analýzu potřeb, při jejímž provádění nebyla k dispozici počítačová data. V této situaci chtěli evaluátoři zjistit potřebu služeb v zaostalé venkovské oblasti v Jižní Africe. Oficiální data nebyla k dispozici, takže se evaluátoři rozhodli využít jako základní způsob sběru dat průzkum mezi klíčovými informanty a ohniskové skupiny. Evaluátoři se setkávali a vedli rozhovory se zástupci vlády, policie, obchodní sféry a veřejnosti, na základě čehož byli schopni určit trendy v užívání psychoaktivních látek a také potřebu léčebných služeb.

Za zmínku stojí, že ani v jednom případě se při analyzování potřeb nevycházelo z názorů klientů. Přímé dotazování se uživatelů psychoaktivních látek je další možností pro analýzu potřeb, která může poskytnout velmi užitečné údaje. Je samozřejmé, že taková data se budou kvalitativně lišit od informací z počítačových databází nebo od klíčových informantů. Neexistuje žádný jeden správný nebo špatný způsob analýzy potřeb. Pomocí každé techniky získáte jedinečný a potenciálně užitečný typ dat.



46.00	42.20	44.86	35.00	54.86	+7.0
28.00	28.00	28.00	28.00	28.00	+0.0
27.00	27.00	27.00	27.00	27.00	+0.0
27.00	27.00	27.00	27.00	27.00	+0.0
46.00	46.00	46.00	46.00	46.00	+0.0
43.50	43.50	43.50	43.50	43.50	+0.0
1.80	1.80	1.80	1.80	1.80	+0.0
180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	+0.0
0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	-6.8
0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	+7.1
217.00	217.00	217.00	217.00	217.00	-2.1
4.39	4.39	4.39	4.39	4.39	-
4.39	4.39	4.39	4.39	4.39	-
3.08	3.17	3.20	3.88	5.45	-2.1
3.74	3.50	3.54	3.55	3.54	+1.1
3.00	3.00	3.02	3.05	3.81	-0.1
30.00	21.80	27.99	28.00	27.38	-5.3
0.12	0.20	0.19	0.18	0.16	-16.6
1.20	1.20	1.19	1.19	1.45	+1.9
40.20	44.80	44.88	47.00	41.80	-6.5
43.20	47.40	47.00	47.00	47.00	+3.8
1.25	1.20	1.25	1.25	1.26	-0.5
1.80	1.80	1.77	1.78	1.80	-1.3
20.50	25.53	28.20	31.00	31.00	-3.3
0.25	0.22	0.22	0.22	0.22	-4.2
3.80	3.08	3.08	3.00	3.00	+20.8
4.80	4.88	4.87	4.80	4.90	-
60.00	62.00	63.15	64.00	62.50	-0.4
4.10	4.10	4.11	4.24	4.16	+1.4
140.00	140.00	140.20	140.00	140.00	-11.5
60.00	62.00	64.00	65.00	65.00	-8.8
68.00	68.00	68.07	68.99	68.10	-13.3
72.00	72.00	72.44	72.62	72.50	+13.2
80.00	81.00	81.75	82.00	81.00	-7.1
75.00	75.00	75.00	75.00	75.00	-0.1
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	+8.7
1.41	1.41	1.40	1.40	1.40	+1.1
227.00	225.00	225.12	227.00	227.00	-4.2
9.02	9.10	9.14	9.15	9.05	+6.3
0.47	0.49	0.49	0.49	0.49	-
4.80	4.10	4.10	4.00	4.00	-6.1
161.00	160.00	163.89	165.00	163.50	-0.3
95.00	95.00	95.87	96.99	95.50	+18.2
160.00	160.00	160.00	160.00	160.00	-0.3
190.00	190.00	190.00	190.00	190.00	-7.5
0.18	0.17	0.18	0.18	0.17	-36.8
0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	-2.3
3.73	3.73	3.74	3.74	3.74	+7.1
60.78	60.50	61.17	62.50	60.00	-
23.76	23.25	23.50	24.00	23.20	-8.2
0.14	0.13	0.13	0.15	0.14	-8.6
0.78	0.78	0.78	0.78	0.78	-8.6
0.88	0.85	0.85	0.85	0.80	+5.8
3.25	3.28	3.18	3.20	3.20	+0.5
8.81	7.67	7.60	8.88	7.75	-2.1
8.50	8.50	8.51	8.74	8.50	-4.3
8.75	8.50	8.46	8.75	8.50	-5.1
1.30	1.30	1.27	1.26	1.27	-2.2
1.44	1.43	1.41	1.40	1.44	-1.4
5.49	5.28	5.26	5.45	5.15	-0.9
6.75	6.75	6.85	7.07	6.90	+2.2
1.31	1.27	1.24	1.27	1.14	+1.7
2.03	2.00	2.05	2.12	2.00	-0.4
5.76	5.76	5.80	6.00	5.85	-1.5
8.78	8.70	8.67	8.88	8.50	-3.1
10.57	10.50	11.44	11.00	10.80	+12.8
86.00	86.00	87.58	88.00	87.00	+1.2
27.50	27.50	27.58	27.54	27.50	-3.2
0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	-
0.23	0.03	0.03	0.03	0.03	-
31.00	37.00	27.06	38.30	37.30	-1.0
60.50	49.88	47.48	48.80	47.57	-0.7
53.50	53.54	53.82	54.80	53.84	-7.7
80.30	84.58	81.82	82.30	83.00	-
44.00	44.00	44.00	44.00	44.00	-
20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	-
44.00	44.00	44.00	44.00	44.00	-11.0
34.00	34.00	34.00	34.00	34.00	-
5.06	5.03	5.03	5.06	5.06	-4.3

Případová studie analýzy potřeb



Plánování a evaluace ambulantní péče pro drogově závislé pacienty v Barceloně (Španělsko)

Vypracovali:
Rodríguez-Martos, A*
Solánek, P.*
Torralba, Ll*
Brugal, M.T. **

Za názory vyjádřené
v této případové
studii zodpovídají
pouze její autoři.

* Plan d'Acción
sobre Drogues de
Barcelona

** Servei
d'Epidemiologia.
Institut
Municipal de la
Salut.

Kontaktní adresa:
Alicia Rodríguez-Martos
Plan D'Acción sobre Drogues de Barcelona
Pl.Lesseps, 1
08023-Barcelona (Spain)

Kdo kladl otázky a proč chtěl mít takové informace k dispozici?

Tato zpráva je založena na výzkumu efektivity programů péče pro drogově závislé prováděném v rámci Akčního plánu boje proti drogám města Barcelony (Pla d'Acción sobre Drogues de Barcelona) během posledního desetiletí. Díky údajům barcelonské informační služby byla k dispozici data týkající se využití ambulantních zařízení a také statistiky týkající se nemocnosti a úmrtnosti. Cílem analýzy těchto statistických údajů o zařízeních a populaci bylo vy-

pracovat pokyny k vylepšení programů. Existence zdravotnického informačního systému, ve kterém by byla zahrnuta data jak o službách, tak o populaci, by měla umožnit vyhodnocovat dostupnost, pokrytí a efektivitu péče.

Střediska péče a následné péče (CFC), která patří pod magistrát, nabízejí své služby od roku 1990, včetně starých protidrogových programů a substitučních programů s podáváním medikace, jako je např. metadonový udržovací program. Byly nabízeny také jiné terapeutické aktivity, včetně zdravotních, sociálních, vzdělávacích a podpůrných aktivit pro rodiny a také právního poradenství a pomoci.

Přestože ve Španělsku již dříve vznikl hodnotný informační systém týkající se drogových závislostí - Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) – vedoucí léčebných center a programů potřebovali doplňující informace na místní úrovni, kam patří i data získaná od pacientů ve follow-up fázi. Na základě návrhu Lönnqvista (1985) byl tedy přijat jakýsi globální přístup, který začíná u klasické analýzy struktury, procesu a výsledků léčby, soustředí se na posouzení cílů, pokrytí a efektivitu péče a také bere v úvahu náklady a sekundární účinky.

Barcelonský drogový informační systém, Servei d'Información sobre Drogodependències a Barcelona (SIDB), zřízený v roce 1988 v rámci Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona, je programem zaměřeným na systematické analyzování rozsahu a vývoje zneužívání drog v Barceloně. Jeho řešení umožňuje evaluaci tohoto rozsahu a vývoje.

Pro účely pozorování fenoménu se stigmatizujícími charakteristikami je obtížné vypracovat přímé techniky měření, které se užívají u jiných zdravotních problémů. Bylo tedy nezbytné vytvořit informační systém, který by nám za použití nepřímých indikátorů umožnil poznat a monitorovat problém drogových závislostí v Barceloně. Proces vytváření a uplatňování indikátorů SIDB začal v roce 1988 a vycházel z obecných zásad navržených v Národním plánu boje proti drogám a Katalánském plánu na řešení problematiky drogových závislostí.

Hlavní cíle Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona byly:

- a) zvýšit kvalitu života a délku života drogově závislých v Barceloně,

- b) nabídnout dostatečné množství léčebných služeb tak, aby byl přístup k nim zaručen každému, kdo o to požádá,

- c) vytěžit maximum z aktivit, které se zaměřují na podporu kontaktů klientů s léčebnými programy a také změn v životním stylu a rizikovém chování narkomanů.

Cílem evaluační studie bylo hodnocení účinnosti a efektivity služeb nabízených v rámci dosahování těchto hlavních cílů léčby.

Jakých prostředků bylo zapotřebí ke sběru a interpretaci informací?

Pro měření a evaluaci dosahování cílů vytyčených Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona jsme jako informační systém použili SIDB. Cíle informačního systému už byly v té době ustáleny a potvrzeny a zvažovalo se jejich další rozšíření. Další cíle byly tyto:

- a) určit trendy ve zneužívání drog v Barceloně;
- b) popsat základní charakteristiky identifikovaných závislých;
- c) podpořit management, evaluaci a implementaci programů.

Počet lidí zachycených tímto informačním systémem zahrnoval pro rok 1995 data o lidech, kteří byli ošetřeni službou lékařské první pomoci (3 519), nastoupili na léčbu (4 119), předávkovali se (150), a o nově zaznamenaných uživateli drog (2 495).

Celkové náklady na tento informační systém byly v roce 1995 156 456 ECU.

Jak se data sbírala a analyzovala?

SIDB je založen na třech základních indikátorech:

- 1) Zahájení léčby: informace z prvních interview (přijímání k léčbě) dodávané Středisky péče a následné péče (CFC) zabývajícími se konkrétně léčbou drogově závislých;
- 2) Akutní zdravotní problémy spojené s užíváním drog - informace o nich poskytují služby rychlé zdravotnické pomoci při hlavních městských nemocnicích v různých částech města;
- 3) Úmrtnost – v důsledku akutní nepříznivé reakce na drogy nebo předávkování, na základě záznamů Ústavu soudního lékařství a Národního toxikologického ústavu.

Zahájení léčby

Týká se prvních pohovorů, přičemž tento indikátor nás informuje o činnosti CFC uskutečňované deseti městskými středisky zmocněnými místními úřady k péči o drogově závislé. Těchto deset center bylo složeno ze čtyř CFC patřících pod Magistrát města a šest bylo sponzorováno jinými organizacemi. **Zahájením léčby** rozumíme:

- a) první pohovor provedený v daném středisku s osobou, která požaduje jeho služby,
- b) nový pohovor vyžádaný si dřívějším pacientem, který přerušil léčbu na dlouhou dobu a chce se začít znovu léčit ve stejném centru. Pacient je považován za **nového**, jestliže se v daném středisku neukázal minimálně šest měsíců.

Tyto informace se během každého prvního pohovoru shromažďují na základě standardizovaně prováděného průzkumu. CFC sbírají všechna data systematickým způsobem, aby mohly poskytnout SIDB i SEIT údaje o své činnosti (typ interview, lékařská prohlídka, follow-up průzkum sociálních a psychologických

aspektů a doporučení k jiným typům péče) i o charakteristikách uživatelů (demografická a socioekonomická data, obvyklé způsoby užívání a informace o zdravotním stavu). Množství dat získaných z této informační sítě umožňuje městu v rámci svého protidrogového akčního plánu upřednostňovat určité aktivity, hodnotit a regulovat management těch středisek, která patří pod magistrát města.

Nemocniční ošetření akutních zdravotních problémů v souvislosti s užíváním drog

Data jsou aktivně sbírána na službě rychlé lékařské pomoci hlavních obvodních nemocnic zdravotnickým týmem epidemiologické a drogové služby. Tyto informace pocházejí z doprovodných hlášení vypracovávaných službou rychlé lékařské pomoci. O akutním zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s drogami hovoříme tehdy, pokud je v propouštěcí zprávě uvedeno, že daná osoba je uživatelem ilegálních drog nebo když se ve zprávě objeví zkratka IUD (injekční uživatel drog) nebo slovní spojení **drogová závislost**. Při každém takovém případě je vyplněn standardizovaný formulář pro sběr dat, který mj. obsahuje demografické informace a popis okolností případu. Indikátor se tedy týká počtu epizod řešených v nemocnici a počtu lidí, kteří byli z tohoto důvodu ošetřeni.

Úmrtnost ve vztahu k akutním nepříznivým reakcím na drogy (předávkování)

Informace se získávají z pitevnických záznamů Ústavu soudního lékařství. Data jsou sbírána jednou za měsíc zdravotnickým týmem epidemiologické a drogové služby. Případ je zaregistrován, jestliže soudní patolog nahlásí, že příslušné úmrtí bylo způsobeno předávkováním drogami. Hlášení obsahuje makroskopickou patologii, okolnosti úmrtí, případně nástroje nebo předměty nalezené na místě úmrtí a také jakékoli informace získané o zemřelé osobě od rodiny nebo přátel. Toxikologická zjištění nejsou brána v úvahu.

Vedle těchto údajů o celkové populaci se také od roku 1993 shromažďují data z barcelonské věznice.

Všechna tato data byla zpracována tak, aby mohla být zaručena jejich validita a konzistence:

- a) sběr dat prováděli speciálně školení zdravotničtí odborníci;
- b) byl vytvořen protokol, v jehož rámci byly definovány pojmy a kritéria týkající se zanášení příslušných dat, který zároveň sloužil jako referenční protokol pro všechny lidi pracující pro SIDB na všech úrovních procesu;
- c) při zadávání dat do počítače byla kontrolována jejich platnost.

Po prověření reliability a vnitřní koherence dat získaných o různých evidovaných epizodách pomocí vybraných indikátorů se dospělo k závěru, že je třeba stanovit určitý identifikační prvek, který by mohl být užít k vzájemnému propojení jednotlivých registrů. Bylo rozhodnuto, že tímto prvkem budou první tři písmena obou příjmení (matky i otce), datum narození a pohlaví. Poté jsme byli na základě příslušného algoritmu schopni maximalizovat pravděpodobnost jednoznačné identifikace a přiřazení každého jedince k epizodě, jejímž byl aktérem. Potvrzení validity tak bylo dosaženo u 97% spárovaných položek, přičemž citlivost a specifčnost přesáhla v obou případech 95%.

Měření činnosti, produktivity a nákladů na péči

K měření činnosti léčebných center byly použity standardizované jednotky měření pro tři typy aktivit: první interview, návštěvy v rámci follow-up fáze a vydávání metadonu. Hodnocení pacientů momentálně absolvujících léčbu se ukázalo jako přínosné, když přihlídneme k rozdílnosti

zaznamenaných drog a nezbytnosti hodnocení sociálních priorit. Byly také zaznamenány snahy o vytvoření jednotky analýzy zaměřené na alternativní produktivitu, založené na **analýze produktů** a odhadu času, který je jednotlivým pracovníkům přidělen na různé činnosti v rámci péče. Interdisciplinární skupina definovala jednotlivé **meziprodukty** péče realizované městskými CFC, načež se potom vypočítala průměrná doba potřebná na jednotlivé základní **produkty**.

Evaluace pokrytí

K vyhodnocení pokrytí programu bylo zapotřebí provést odhad cílové populace. Jinak by nebylo možné zjistit, jestli se programy nedostávají pouze k malé části potřebné populace. SIDB nám poskytl data potřebná k odhadu pokrytí pomocí metody zpětného záchytu (Domingo-Salvany et.al.).

Takové informace jsou nejužitečnější pro odhadování potřeb už existujících služeb a pro vyčíslení objemu uživatelů, kteří potřebují jiné léčebné služby. S ohledem na chronickou a recidivní povahu závislosti a za účelem řádné evaluace pokrytí bylo důležité diferencovat mezi prvním zahájením léčby a pacienty, kteří se začali léčit znovu poté, co již v minulosti léčbu nedokončili, a to jak u přijatých, tak u klientů již podstupujících léčbu.

Posouzení účinnosti

K měření účinnosti péče bylo navrženo několik různých indikátorů založených na škálách kumulativně korespondujících s několika proměnnými. Jedním indikátorem by mohlo být procento léčených pacientů, u nichž bylo v rámci follow-up průzkumu po 12 měsících zjištěno, že dodržují abstinenci. Nicméně evaluace efektivity by měla být nepřímá a mělo by se při ní pracovat s takovými indikátory, jako je setrvání v léčebných programech,

snížení kriminality, předávkování a úmrtnost v důsledku akutní nepříznivé reakce na drogy, využití dalších lékařských služeb, incidence tuberkulózy a AIDS apod. Bývá uváděno, že lidé, kteří udržují kontakt s léčebnými službami, užívají ilegální drogy méně, vykazují nižší kriminalitu a méně problémů se zákonem obecně, dokonce i když nejsou přímo léčeni (Buning, E., 1994). Rozhodli jsme se tedy měřit kvalitu a efektivitu služeb prostřednictvím zjišťování míry setrvávání (retence) v léčebném programu. V posledních letech byla v porovnání s drug-free programy prokázána větší retence v metadonových udržovacích programech. V rámci naší studie jsme srovnávali míru retence ve čtyřech různých městských CFC a mezi oběma typy léčebných programů (metadonovými udržovacími a drug-free programy).



Další přístup k měření efektivity by mohl spočívat v registrování vývoje situací, jejichž eliminace je jedním z léčebných cílů: drobná kriminalita a přestupky, využití jiných léčebných služeb (pohotovost apod.), incidence tuberkulózy a AIDS a smrt v důsledku předávkování. Údaje ohledně úmrtí v důsledku předávkování, využití služeb první pomoci atd. v praxi získáváme z SIDB, zatímco údaje o incidenci AIDS a tuberkulózy od Epidemiologické služby. Odchylka v očekávaných trendech může být připsána dopadu nových koncepcí a programů.

Kriminalita by se dala měřit prostřednictvím hlášení o trestních řízeních. Nicméně tato proměnná je značně závislá na změnách politiky policie nebo názorech a postojích veřejnosti. Abychom se tomuto problému vyhnuli, uskutečňují se i nadále průzkumy reprezentativních výběrových souborů populace. Pravidelně se provádí průzkum ohledně viktimizace a bezpečnosti ve městě. Poskytuje nám informace

o obavách občanů dvěma různými způsoby: formou spontánně zodpovězené otevřené otázky a výčtu témat předložených dotázaným s tím, aby ohodnotili míru svých obav ohledně jednotlivých možností. Follow-up a porovnávání výsledných zjištění mezi po sobě následujícími průzkumy (Sabaté et al., 1997) ukazuje na zajímavé změny v průběhu uvažovaného období, které pravděpodobně reflektují jak dimenzi kriminality, tak to, jak lidé vnímají problémy spojené s drogami.

Podle posledních průzkumů roste na straně širší veřejnosti porozumění pro drogově závislé a povědomí o užitečnosti léčebné politiky. U spontánních reakcí ohledně obav zaznamenává drogová problematika trvalý pokles (z 10% na přibližně 2%). V seznamu problémů, které by mohly být příčinou obav, drogy také figurují méně, a to dokonce i u lidí, kteří nadále spojují násilí u mládeže s užíváním drog, pokud se jim taková otázka přímo položí. Policie registruje trend k snižování kriminality v přímé souvislosti se zahájením metadonových programů (nepublikovaná data).

Co se zjistilo?

Měření činnosti, produktivity a nákladů na péči

Tabulka I ukazuje definované meziprodukty pro klasifikování činnosti čtyř městských CFC s jednotným vedením, průměrný čas odhadovaný u jednotlivých případů a ekvivalenci v jednotkách péče pro drogově závislé.

Tabulka II ukazuje jednotlivé produkty péče a příslušné náklady počínaje odhadem přímých nákladů na léčbu bez zahrnutí investičních nebo nepřímých nákladů.

Porovnání různých produktů mezi jednotlivými středisky ukázalo, jak rozdílně pracují. Také se ukázalo, že analýza nákladů zaměřená na čas přidělený jednotlivým léčebným aktivitám stejně tak jako soustředěná na jednotky péče o drogově závislé dramaticky snižovala variabilitu v odhadu jednotných nákladů.

Průměrné roční náklady na klienta byly 365 ECU při velkých rozdílech mezi jednotlivými středisky, od 343 do 445 ECU, podle různých léčebných modelů a vyváženosti terapeutických aktivit. Náklady na první interview se pohybovaly mezi 49 ECU a 56 ECU. Náklady na vydávání metadonu byly 2,59 ECU.

Centra s mnoha pacienty v programech s nízkou retencí měla více klientů na úkor většího objemu nepřilíš aktivních uživatelů, na něž byly vynaloženy nižší průměrné náklady než na uživatele, kteří navštěvovali střediska s více pacienty v programech s vysokou retencí.

Evaluace pokrytí

Pomocí techniky zpětného záchytu používané po dobu šesti měsíců jak pro přijímání do léčby a návštěvy na pohotovosti, tak pro nástupy do vězení, mohla být spočítána prevalence kolem 10 000 závislých na opiátech za rok 1993. Na základě této informace jsme mohli odhadnout procento pokryté léčebnými službami. Podle počtu pacientů absolvujících léčbu ve čtyřech CFC jsme také byli schopni odhadnout objem drogově závislých navštěvujících léčebné programy v celém městě, tedy včetně zbylých šesti CFC v Barceloně. Pokud jde o závislé na opiátech, 5 446 závislých žijících v Barceloně se z různých důvodů léčí, což představuje 54% pokrytí cílové populace (4 209 pacientů v městských CFC a 1 237 v ostatních CFC).

Tabulka 1: Meziprodukty definované pro klasifikaci činnosti čtyř CFC s jednotným vedením, která patří pod magistrát města. Odhadovaná střední doba a navržená ekvivalence v jednotkách péče o drogově závislé.

Produkt	Roční činnost	Průměrná doba	Odhadované minuty na činnost	Ekvivalence v jednotkách péče o drogově závislé
První návštěva	2 015	50	100 750	1,0
Terapeutický (a) follow-up	15 258	25	381 450	0,40
Lékařská kontrola v rámci follow-up fáze	18 442	15	276 630	0,40
Sociální follow-up	7 925	30	237 750	0,40
Terapeutické skupiny pro rodiny	167	45	7 515	0,40
Terapeutické skupiny pro pacienty	549	45	24 705	0,40
Interview se zdravotnickým personálem	3 507	77	24 549	0,10
Vydávání medikace	206 259	3	618 885	0,05

a) Terapeutickou se rozumí jakákoli péče nabízená v rámci rekonvalescenčních programů (především na bázi poradenství a psychoterapie)

CFC: Střediska péče a následné péče;

Tabulka III uvádí tyto informace vzhledem k městským CFC v letech 1991 - 1994. Počet lidí, kteří nastoupili na léčení poprvé, klesl během tohoto období okolo 25%, což mohlo být způsobeno zvyšujícím se počtem uživatelů drog, kteří se dostávají do kontaktu s daným systémem.

Posouzení efektivity

Mezi centry se daly vyzorovat jasné rozdíly v souvislosti s jejich mírou retence. Ve follow-up fázi po dvou letech byla retence u pacientů v metadono-

vých programech 77% a u pacientů v drug-free programech 6%. Z těchto výsledků by mělo jasně vyplývat předdefinování záměrů a cílů jednotlivých center stejně tak jako přezkoumání kritérií pro volbu metadonových programů.

S ohledem na celkovou populaci můžeme říci, že kleslo procento lidí označujících drogy za jeden z nejzávažnějších sociálních problémů (z 9,7% v roce 1991 na 2,7 v roce 1993). V souvislosti se stabilizací viktimize občané často vnímali drogově závislé jako pacienty a požadovali také více služeb v oblasti péče a léčby.

Tabulka 2: Činnost a náklady CFC s jednotným vedením patřících pod magistrát. Barcelona 1994.

Produkt	Centrum A	Centrum B	Centrum C	Centrum D	Celková činnost
první interview	684	631	353	347	2 015
následné terapeutické (a) follow-up interview	6 053	3 020	2 429	3 756	15 258
následné follow-up interview s lékařem	7 057	3 692	2 708	4 985	18 442
interview se zdravotnickým personálem	1 493	1 129	274	611	3 507
sociální follow-up	713	4 376	1 422	1 414	7 925
terapeutické skupiny pro rodiny	65	37	38	27	167
terapeutické skupiny pro pacienty	312	90	137	10	549
náklady na vydávání medikace	57 617	55 986	49 627	43 065	206 295
roční náklady (v tis. peset)	76 460	74 259	48 019	54 205	252 943
aktivní uživatelé	1 342	1 314	813	740	4 209
náklady na uživatele	56 975	56 514	59 064	73 250	60 096
předpokládaný počet minut na léčebnou činnost	513 037	475 286	320 329	363 582	1 672 234
náklady na minutu péče (v pesetách)	149	156	150	149	151
jednotky protidrogové péče	9 394	8 029	5 555	6 638	29 617
náklady na jednotku protidrogové péče (v pesetách)	8 139	9 249	8 644	8 166	8 541

a) Terapeutickou se rozumí jakákoli péče nabízená v rámci rekonvalescenčních programů (především na bázi poradenství a psychoterapie)

CFC: Střediska péče a následné péče

Tabulka 3: Celkový počet případů zahájení léčby ve čtyřech CFC * patřících pod magistrát města. Barcelona 1991 - 1994.

Produkt	První zahájení léčby	%	Celkový počet případů zahájení léčby
1991	1 099	44,9	2 448
1992	1 243	47,2	2 633
1993	735	29,6	2 483
1994	695	25,4	2 736

CFC: Střediska péče a následné péče

Využití služeb první pomoci v nemocnicích závisí na několika faktorech, včetně typu odpovědi uvedené pacientem. Zařízení, které podává nebo předepisuje určité drogy, automaticky zaznamená větší příliv uživatelů drog. Bez ohledu na atraktivitu nabídky jednotlivých center a výchyly během roku se mezi lety 1988 a 1993 počet ošetření v rámci rychlé zdravotnické pomoci v barcelonských nemocnicích snížil na asi 20% (Tabulka IV).

Tuberkulóza a AIDS, choroby, jež spolu silně souvisí, jsou neustále systematicky monitorovány. Po nárůstu zaznamenaném od roku 1988 se počet onemocnění AIDS a tuberkulózou snížil. Tuberkulóza stoupla u injekčních uživatelů drog (IUD) o 47% mezi roky 1988 a 1992 (ze 155 na 228), přičemž další rok opět začala klesat. Prevalence tuberkulózy zůstala stabilní, avšak klesá mezi populací neinjekčních uživatelů.

V roce 1993 se objevilo 177 nových případů onemocnění tuberkulózou mezi

injekčními uživateli (viz Tab. V). Nicméně 314 pacientů představujících injekční uživatele nemocných tuberkulózou bylo v Barceloně registrováno v souvislosti s chemoterapií, kterou během daného roku podstoupili (část z nich byli pacienti, kteří byli zaznamenáni již v předchozím roce a momentálně se léčili, ostatní byli pacienti, kteří odpadli z léčebného programu a nebylo je možno sledovat v rámci follow-up fáze). Informace o onemocnění tuberkulózou v různých populacích byly shromažďovány od roku 1987.

Za vyšší míru onemocnění tuberkulózou může zčásti šíření infekce HIV mezi injekčními uživateli. Dalším důsledkem této infekce je zjevně i vzestup případů AIDS mezi injekčními uživateli drog hlášených u obyvatel Barcelony. Mezi roky 1988 a 1993, kdy stále platila definice případu Střediska pro kontrolu nemocí, počet případů AIDS prudce stoupl.

Tabulka 4: Akutní zdravotní problémy v souvislosti s drogami registrované čtyřmi fakultními nemocnicemi se stálými jednotkami intenzivní péče. Barcelona, 1990 - 1993.

Rok	Clinic	Sant Paul	Vali Hebron	Mar	Celkem
1990	1 099	1 099	1 099	2 318	5 065
1991	1 243	1 243	1 243	2 010	5 078
1992	735	735	735	1 832	4 520
1993	695	695	695	1 541	3 823

Tabulka 5: Incidence tuberkulózy mezi injekčními uživateli drog a ostatní populací. Barcelona, 1987 - 1995.

Rok	Případy tuberkulózy mezi injekčními uživateli drog		Tuberkulóza celkem	
	Případy	Podíl	Případy	Podíl
1987	87	5,1	854	50,2
1988	155	9,1	1 042	61,2
1989	161	9,5	923	54,2
1990	213	12,5	1 016	59,7
1991	216	13,1	1 129	68,7
1992	230	13,9	1 101	66,9
1993	177	10,8	999	60,8
1994	228	13,9	979	59,6
1995	165	10,0	899	54,7
1996	1 632		8 942	

Podíl na 100 000 obyvatel

V roce 1993 bylo ve městě hlášeno 229 případů, tedy o 47% více než v roce 1988. V roce 1994 byla zaznamenána nejvyšší incidence v souvislosti se změnami v definování AIDS, v rámci

kterého byly nové případy onemocnění TBC zahrnovány mezi AIDS. Poté se incidence snížila a vykazovala trend stabilizace přibližně na hodnotách roku 1990. (Tabulka VI).

Tabulka 6: Roční vývoj případů onemocnění AIDS mezi drogově závislými a celkový počet případů AIDS. Barcelona 1988 až 1995. Údaje k 30. 6. 1996.

Rok	Případy AIDS u injekčních uživatelů drog	Podíl	Případy AIDS celkem	Podíl	Procento AIDS u injekčních uživatelů drog (a)
1988	156	9,1	267	15,7	58,4
1989	192	11,3	358	21,0	53,6
1990	239	14,0	434	25,5	55,1
1991	215	13,1	452	27,5	47,6
1992	249	15,1	505	30,7	49,3
1993	229	13,9	460	27,9	49,8
1994	385	23,4	667	40,6	57,7
1995	287	17,5	558	33,9	51,4
Celkem	2 051		3 918		52,3

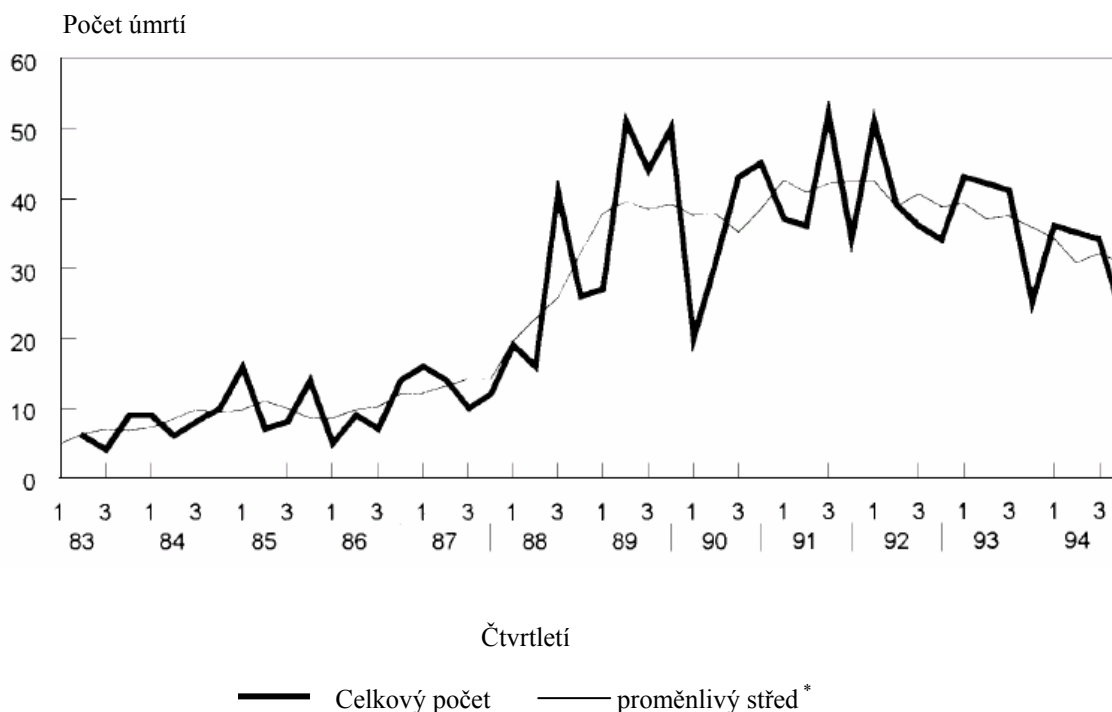
a) % z celkového ročního počtu případů AIDS

Případy onemocnění AIDS představují infekci získanou před několika lety. Zdá se tedy lepší analyzovat infekci mezi pacienty v léčbě. Nedávné odhady rozšíření viru HIV mezi drogově závislými, kteří jsou v kontaktu s barcelonskými léčebnými centry, ukázaly incidenci 4,8 nakažení/100 osob/rok sledování v rámci follow-up fáze. Byl zaznamenán klesající trend: z míry incidence 6,24 v roce 1991 na 3,46 v roce 1995. Jsou to velká čísla, ale jsou podobná výsledkům vykazovaným u injekčních uživatelů v USA (4 lidi za rok). V porovnání s hodnotami počítanými v evropském měřítku jsou naše čísla nižší než v Itálii (7,4 mezi injekčními uživateli v léčbě) a nižší než odhadovaná roční míra incidence infekce HIV (11,7) u injekčních uživatelů drog,

kteří byli v letech 1987 až 1992 v kontaktu s programy zaměřenými na prevenci AIDS v Alicante (Španělsko). Srovnávaná data je však třeba posuzovat kriticky. Z několika zdrojů dat totiž vyplývá, že v každé populaci dochází u frekvence HIV infekce po období vysoké incidence k poklesu, dokonce i bez preventivních intervencí.

Počet úmrtí způsobených předávkováním se mezi lety 1988 - 1994 zvýšil a poté začal vykazovat sestupný trend. V porovnání s úmrtností v jiných městech byl v Barceloně zaznamenán vyšší počet úmrtí v důsledku předávkování. Jedním z možných vysvětlení je naše vyšší prevalence nitrožilní aplikace (viz. Diagram 1).

Diagram 1: Vývoj úmrtnosti v důsledku předávkování drogami za tři měsíce. Celkový počet a proměnlivý střed za 4. čtvrtletí roku 1994.



Zdroj: Institut Anatomic Forense de Barcelona

(*) Proměnlivý střed: aritmetický průměr počtu úmrtí v předchozím a následujícím čtvrtletí

Jak byly výsledky využity?

Po analýze výsledků jsme dospěli k závěru, že je nutné uskutečnit několik změn. Například jsme viděli jako nezbytné plně využít potenciál metadonových programů (počet a přístupnost: nízkoprahové programy, metadonový autobus a také vůbec prostředky věnované na snižování rizik (výměny stříkaček atd.). Objevila se potřeba zintenzivnit lékařskou péči (očkování, chemoprophylaxe, včasná léčba a follow-up) a bylo potřeba podpořit společenské povědomí o této problematice, aby byli pacienti a programy (zejména koncepce zaměřené na harm reduction) společností lépe přijímány. Od roku 1995 jsou zřizovány programy speciálně uzpůsobené jednotlivým městským částem tak, aby reagovaly na jejich vlastní specifické potřeby. Pla d'Acción sobre Drogues de Barcelona se stará o další rozvoj tohoto územního projektu, a to zejména tím, že se do něj snaží přímo zapojovat místní úřady a společenské organizace, aby se každý mohl cítit osobně zainteresován a aby byly jednotlivé kroky podnikány na základě vzájemné spolupráce.

Další potřebnou změnou byl model jakéhosi kontraktu, tentokrát podle poskytovaných služeb péče. Tento úkol byl svěřen vedení Pla d'Acción sobre Drogues de Barcelona. Byl stanoven protokol zaměřený na další sledování tohoto kontraktu. Týká se různých typů léčebných programů a minimální kapacity z hlediska pacien-

tů, pro které jsou určeny. Různé společnosti a nestátní organizace sídlící v Barceloně, které jsou schopné nabízet léčebné programy pro drogově závislé, se mohou rozhodnout pro náš kontrakt prostřednictvím předložení svého projektu v rámci veřejné soutěže. Tento projekt musí být v souladu s postupy stanovenými pro jednotlivá CFC v podkladech pro veřejnou soutěž (podmínkách). Každé léčebné centrum ve městě se musí starat o pacienty, kteří patří do oblasti jeho působení, jež musí být předem vyznačena. Na základě analýz uskutečněných prostřednictvím SIDB v těchto oblastech budou každému středisku určeny priority ohledně typů programů a počtu pacientů, o které by se mělo postarat. Jednotka pro výpočet rozpočtu bude u každého jednotlivého střediska stanovena na základě jednotek péče o drogově závislé. Jedná se o jednotku produktivity vypočítanou na základě doby přidělené na realizaci každé terapeutické intervence podle příslušného programu a odsouhlaseného technického protokolu (počet návštěv a doporučená typologie). Na druhou stranu technické specifikace udávají určité kvantitativní a kvalitativní standardy (retence, pokrytí atd.). Organizace, které překračují tento standard, si mohou každé tři měsíce zažádat o odměnu ve formě navýšení finančních prostředků.

Vypracování těchto technických kontraktů a jejich přizpůsobení problémům v jednotlivých částech města bylo možné pouze díky vysokému stupni vývoje informačního systému SIDB.



Nyní je řada na vás

Jaké jsou silné a slabé stránky uvedené případové studie? Uveďte tři kladné stránky a tři záporné stránky:

Silné stránky případové studie:

1 _____

2 _____

3 _____

Slabé stránky případové studie:

1 _____

2 _____

3 _____

Bibliografie k případové studii

- Aviño-Rico, MJ., Hernández-Aguado, I., Pérez-Hoyos, S., García de la Hera, M., Bolúmar-Montrull, F. *Incidencia de la infección por VIH-1 en usuarios de drogas por vía parenteral*. Med. Clín. (Barc.), 1994, 102: 369 - 73.
- Brugal, MT., Torralba, L., Ricart, A., Queralt, A., Gragués, D., Caylà, JA. *Evaluación de los programas de tratamiento por toxicomanías*. Contribución del análisis de supervivencia. Gac. Sanit., 1994, 44 (suppl.): 30.
- Brugal, MT., Caylà, JA., García de Olalla, P., Jansá, JM. *Disminuye la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los drogadictos intravenosos de Barcelona?* Med. Clín. (Barc.), 1995, 405: 234.
- Brugal, MT., VillalbRo, Torralba, L., Valverde, JL., Tortosa, MT. *Epidemiología de la reacción aguda adversa a drogas*. Barcelona, 1983-92: análisis de la mortalidad. Med. Clon. (Barc.), 1995, 105: 441 - 445.
- Brugal, MT., Gragués, D., Queralt, A., Ricart, I., Caylà, J.A. *Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona (SIDB)*. Informe 1994. Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de la Salut. Pla Municipal d'Acció sobre Drogodependències. Barcelona, 1996.
- Domingo-Salvany, A.; Hartnoll, R. L.; Maguire, A.; Brugal, MT; Albertin, P. And the prevalence study group (Caylà, J.A.; Casabona, J.): *Analytical considerations with capture-recapture prevalence estimation: case studies of estimating opiate use in Barcelona metropolitan area*. American Journal of Epidemiology, (v tisku).
- Institut Municipal de Salut. Servei d'Epidemiologie Pla Municipal d'Acció sobre Drogodependències. *Evaluació Indicators SIDB. Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Barcelona, 2on trimestre 1996*. Ajuntament de Barcelona. Àrea de Salut Pública, Juliol 1996.
- Lönnqvist, J. *Evaluation of psychosocial treatments*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1985, 71 (Suppl. 319): 141 - 150.
- Manzanera, R., VillalbRð, JR., Torralba, L., Solanes, P. *Planificació y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias*. Med. Clín. (Barc.), 1996, 107: 135 - 142.
- Nicolosi, A., Musicco, M., Saracco, A., Molinari, S., Zikiani, A; Lazzarin, A. *Incidence and riskfactors of HIV - Infection: a prospective study of seronegative drug users from Milan and Northern Italy, 1987-89*. Epidemiology, 1990, 1: 457 - 459.
- Sabaté, J.; Aragay, J.M., Torrelles, E. *La delinqüència a Barcelona: realitat I por. Catorze anys d'enquestes de victimització (1984 - 1997)*. Barcelona, Inst. Estudis Metropolitans de Barcelona. Area Metropolitana de Barcelona. Moncomunitat de Municipis. Ajuntament de Barcelona, 1997.
- Sánchez-Carbonell, J.; Camí, J. *Recuperación de heroinómanos: definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento*. Med. Clín. (Barc.), 1986, 87: 377 - 382.
- Vlahov, D. The ALIVE study. *HIV seroconversion and progression to AIDS among intravenous drug users in Baltimore*. In: Nicolosi, A. (de). HIV epidemiology. Models and methods. New York: Raven Press, 1994, 31 - 50.

Případová studie analýzy potřeb



Studie k určení potřeb sociálních služeb ve Východním Transvaalu, Jihoafrická republika

Za názory vyjádřené v této případové studii zodpovídá pouze její autor.

Vypracoval
M. K. Christian
ředitel pro odborné služby
zástupce generálního ředitele
SANCA National

Kdo kladl otázky a co se chtěl dozvědět?

Východní Transvaal (nyní nazývaný Mpumalanga, jedna z devíti provincií Jihoafrické republiky) je velmi rozlehlý a velmi zaostalý region. Kromě pár rozvinutých městských a průmyslových oblastí je zde zemědělská komunita a turistický průmysl, jelikož na území této provincie se nachází Krugerův národní park a řada dalších přírodních zajímavostí. Služby a zařízení sociální péče zde pro většinovou černošskou populaci v podstatě neexistovaly.

Tato oblast spadala do působnosti Regionálního výboru sociální péče pro Východní Transvaal, který měl na základě Národního zákona o sociální péči (zákon 100 z roku 1978):

- a prozkoumat sociální problémy, které se objevují v daném regionu a posoudit, naplánovat a navrhnout jejich řešení,
- b na základě vlastního rozhodnutí nebo na vyzvání určit stávající nebo výhledové potřeby obyvatel daného regionu nebo jeho jednotlivých částí v oblasti sociální péče,
- c naplánovat a připravit sociální program s přihlédnutím k budoucímu vývoji nebo zajištění služeb/zařízení sociální péče, které budou pravděpodobně nezbytné k uspokojení těchto:
 - (i) stanovených potřeb,
 - (ii) a doporučit pořadí priorit, podle něhož budou jednotlivé služby zajišťovány,
- d až do roku 1990 měla v této oblasti hlavní slovo místní vláda, Transvaalská místní správa (TPA), poskytující sociální služby jen na elementární úrovni.

Konkrétní služby v oblasti:

- 1) tělesného postižení: slepota, hluchota, zmrzačení;
- 2) péče o staré lidi;
- 3) duševní nemoci/zdraví;
- 4) zneužívání návykových látek;
- 5) péče o děti a rodinu;
- 6) resocializace odsouzených

téměř neexistovaly, protože je většinou měly na starost nevládní organizace (NO/registrované organizace sociální péče), které buď neměly dostatek finančních prostředků nebo placených postů pro sociální pracovníky, aby mohly tyto sociální služby provozovat v malých a hodně izolovaných komunitách na tak velké ploše.

V roce 1991 Regionální výbor sociální péče a TPA vyzvaly přední odborná zařízení fungující jako NO v rámci Národní rady a poskytující specializované služby k účasti na mozkovém trustu a workshopu zaměřenému na řešení přechodu od elementární sociální práce k vytvoření podmínek, které by NO/specializovaným organizacím umožnily vytvářet komunitní struktury a zabezpečovat tak tolik potřebné služby. Na základě výsledků tohoto historického setkání byl vypracován nástin unikátního pětiletého programu rozvoje služeb sociální péče. V rámci tohoto programu budou Regionální výbor sociální péče a TPA pomáhat různým specializovaným nestátním organizacím:

- 1 zkoumat sociální problémy a určovat místní potřeby sociální péče, naslouchat členům jednotlivých komunit a zapojovat je do činností spojených se sociální péčí;
- 2 iniciovat spolupráci mezi různými lidmi a skupinami lidí v souvislosti s řešením místních sociálních problémů;

- 3 informovat jednotlivé komunity o sociální politice a dalších záležitostech (např. registrace a finanční podpora zařízení sociální péče pro děti);
- 4 zprostředkovávat kontakt mezi komunitami a specializovanými službami;
- 5 koordinovat služby sociální péče na místní úrovni.

Aby bylo možné tento úkol splnit, odbor sociálních služeb TPA se rozhodl zohlednit iniciativu NO následovně:

- 1 Bude vytvořeno 31 dalších postů sociálních pracovníků. Tito sociální pracovníci budou jmenováni a zaměstnáváni TPA.
- 2 Nevládním organizacím by měl být následně přidělen určitý počet míst a měly by být zapojeny do náboru, školení, kontroly a evaluace těchto sociálních pracovníků.
- 3 Bylo navrženo, že po dvou až třech letech by tyto posty měla převzít příslušná organizace.

Regionální výbor sociální péče pro Východní Transvaal inicioval provedení analýzy potřeb za účasti TPA a Národní rady pro otázky alkoholových a drogových závislostí JAR (SANCA). Byla uskutečněna ve všech komunitách venkovských a zaostalých oblastí Východního Transvaalu, aby mohla být určena úloha užívání alkoholu a drog v širším kontextu identifikovaných sociálních problémů. Tyto informace neměly být použity izolovaně, bez souvislostí s dalšími problémy, ale měly se stát nedílnou součástí plánování pětiletého programu sociální péče pro dané komunity. Dle odhadu měl program postupně proběhnout v těchto třech fázích:

- Fáze 1 - fáze sociálního plánování:**
analýza profilu a potřeb komunity,
- Fáze 2 - fáze rozvoje komunity;**
- Fáze 3 - fáze rozvoje služeb.**

Časový rámeček

Přestože bylo naplánováno, že přibližně v roce 1996 by měly začít fungovat programy sociální péče v souladu s vyjádřenými potřebami, jednotlivé fáze nebylo možné přesně časově ohraničit. Fáze sociálního plánování by se pravděpodobně mohla prolínat se zahájením fáze komunitního rozvoje. Stejně tak fáze rozvoje služeb může začít v době, kdy ještě bude probíhat fáze komunitního rozvoje.

Jaké prostředky byly třeba?

Během fáze sociálního plánování vybralo 8 organizací a 2 vládní orgány, které se na ni podílely, své oficiální zástupce, kteří tvořili spolu se stávajícími sociálními pracovníky odboru komunitních služeb TPA ústřední skupinu - jakési tvrdé jádro - dohromady asi 30 lidí. Každá skupina souhlasila s tím, že ponese své vlastní náklady a přispěje svými odbornými schopnostmi. TPA ve Witbanku souhlasilo s tím, že poskytne administrativní zázemí a bude koordinovat vzájemná setkání v rámci plánování a follow-up fáze. K dvanácti sociálním pracovníkům, kteří se již sociální práci věnovali, bylo vybráno a zaměstnáno dalších deset. Zvláštní pozornost byla věnována tomu, aby zaměstnaní pracovníci znali region a různé kulturní skupiny a příslušné jazyky.

- 1 Jmenování sociální pracovníci měli být zaměstnanci TPA a měli být také TPA placeni; analýza profilu komunity a potřeb byla označena za prioritu a měla být provedena jako součást jejich oficiálních povinností.
- 2 TPA mělo zajistit administrativní prostory a dopravní prostředky.
- 3 specializované organizace měly být

zodpovědné za odbornou supervizi a zaškolení sociálních pracovníků. Analýza profilu komunity a potřeb měla být prioritou a měla být provedena během řádné pracovní doby v průběhu návštěv sociálních pracovníků v příslušných komunitách. Náklady byly vynaloženy pouze na školení, a byly tedy minimální, přičemž cestovné a ubytování bylo hrazeno TPA.

Plánování

Fáze I: Sociální odbor TPA Východního Transvaalu vypracoval návrh smlouvy mezi TPA a příslušnými organizacemi, který měl být rozeslán do července 1991.

- 1 Návrh pracovní smlouvy pro sociální pracovníky měl být vypracován regionálním úřadem TPA a doručen do příslušných organizací do července 1991.
- 2 Před zahájením analýzy potřeb měly být dokumenty schváleny a vyjasněny. Zbýlá místa měla být obsazena v pozdějším stádiu programu.

Školení: Byl vytvořen program školení, v jehož rámci měly jednotlivé organizace přispět svým odborným potenciálem. V Johannesburgu se sešla na šest dní skupina 22 sociálních pracovníků, kteří absolvovali také doplňkové školení zaměřené na komunitní rozvoj.

Kromě specialistů byli všichni zaměstnanci zabývající se sociální péčí zapojeni tak, aby se stali nedílnou součástí celého programu sociální péče začínajícího analýzou profilu a potřeb komunity.

V pozdější fázi programu byl pak na základě identifikovaných potřeb/priorit určen každé organizaci počet potřebných postů sociálních pracovníků, pro které byly následně uspořádány zvláštní školení, aby tito pracovníci mohli správně řešit problémy v dané komunitě. Bylo rozhodnuto o přidělení jednoho sociálního pracovníka na 20 000 obyvatel.

Jak se sbírala data?

Pro účely analýzy profilu a potřeb komunity byl vypracován dotazník, při jehož vzniku bylo počítáno s tím, že na rozdíl od městských oblastí nebudou pravděpodobně k dispozici oficiální data a různé skutečnosti a názory (kvantitativní/kvalitativní) bude nutné kombinovat s dotazníky. Veškeré profily a vyplněné dotazníky a zprávy by měly být v angličtině. Individuální a skupinová interview mohou být dle volby vedena v těchto jazycích: Zulu, Swazi, Ndebele, Sotho a Xhosa.

Region byl rozdělen a jednotlivé komunity/obce byly rozděleny mezi 22 sociálních pracovníků. Pracovníci se po dobu několika měsíců zabývali seznamováním se s danou komunitou,

identifikováním existující infrastruktury a klíčových členů komunity a vyhledáváním lidí schopných poskytnout informace. Bylo také důležité vybudovat vzájemnou důvěru. Analýzu komunitního profilu a potřeb bylo třeba provést v každé komunitě.

Ve všech 15 obcích, které byly sledovány po dobu 3 let, bylo provedeno více než 2000 strukturovaných interview, která se stala podkladem jednoho komunitního profilu s podrobnou zprávou a doporučeními pro každou oblast.

Některé informace a statistické údaje byly získány při návštěvách obecních nebo městských úřadů, policejních stanic, kostelů, klinik, škol a na základě studia dalších záznamů.

Obecní komunity, ve kterých probíhal vlastní průzkum N=15

Správní okrsek	Komunita/Obec	Populace
Piet Retief	e-Thandukuyklamya	20 000
Witbank	Thubelihle Kwaguqua	6 510 158 994
Bethal	e-Mzinoni	23 286
Standerton	Sakhile Thuthukani	47 744 9 318
Wakkeestroom	e-Sizameleni	4 600
Volksrust	Vukuzakhe Morgenzon	17 000 4 068
Perdekop	Siyazenzela	2 670
Evander	Lebolanc e-Mbalenhle	57 840 130 048
Sabie	Simile	8 000
Lydenberg	Mashishina	27 300
Barberton	c-Mjindini	24 504

Další údaje bylo nutné získat prostřednictvím rozhovoru s lidmi, kteří v dané souvislosti představují důležité zdroje informací, jako jsou např. majitelé místních obchodů, šibenů (typických místních výčepů), místní náčelníci apod.

Byla uspořádána skupinová setkání v rámci komunity, během nichž byly iniciovány diskuse na různá témata. Nejenže vznikl profil komunity, ale shromažďovala se také fakta a názory v souvislosti s celou řadou otázek. Skupinová setkání byla oblíbenou příležitostí, při níž se dané společenství mohlo sejít a pochutnat si na připraveném pohoštění (to představovalo drobné, ale velmi efektivní náklady vynaložené v rámci tohoto programu).

Dotazník týkající se užívání alkoholu a drog byl velmi zevrubný. Cílové skupiny respondentů se rekrutovaly z klinik, z řad zdravotních pracovníků, ošetřujícího personálu a lékařů a ostatních sociálních pracovníků, ze zástupců dopravní policie, kriminální policie, soudů, z řad učitelů, kněží, řadových občanů a také mládeže. Někdy pracovníci nechali respondenty, aby dotazník vyplnili sami. Ve většině případů je s ohledem na problémy s jazykem a gramotností vyplňovali sociální pracovníci. Jediným kritériem pro účast byla ochota a dosažitelnost respondentů. Nebyl zaznamenán žádný odpor nebo negativní reakce.

Sociální pracovníci podléhali pravidelnému dohledu a byli také průběžně povzbuzováni. Zprávy a výsledky jejich práce pak byly na závěr koordinovány členy ústřední skupiny TPA.

Jak probíhala analýza dat?

Byla ustanovena monitorovací skupina, která zasedala každých šest měsíců, aby prováděla hodnocení průběhu akce. Každému pracovníkovi byla poskytnuta pomoc při shromažďování a třídění všech dokumentů potřebných k určení profilu komunity. Byly zjišťovány mezery v dosavadních informacích, které měli pracovníci v dalším průběhu doplnit. Každý pracovník byl zodpovědný za finální profil a hlášení o každé komunitě/obci.

V tomto ohledu se projevila neocenitelná úloha úvodních školení a společného úsilí během přípravy standardních dotazníků zaměřených na profil společnosti, analýzu potřeb a zneužívání návykových látek při zpracování závěrečných zpráv. Velmi často nebylo možné získat statistické údaje nebo konkrétní fakta, ale pouze obecné postřehy a zasvěcené názory. Velmi důležité bylo, že se neobjevily téměř žádné protiklady; názory byly jednotné.

Nebylo možné provádět sofistikované počítačové analýzy a v mnoha případech by to nemělo ani smysl vzhledem k povaze shromažďování dat. Jednotlivé hotové profily a zprávy byly po předložení analyzovány ústřední skupinou, přičemž byla brána v úvahu doporučení různých členů příslušných komunit a sociálních pracovníků v souvislosti s fází 2 a opatřeními před 3. fází.

Co se zjistilo?

Na základě komunitního profilu a analýzy potřeb bylo možné velmi konkrétně určit:

- 1 Počet lidí, kteří tvoří předmětnou skupinu, a požadavky vztahující se k potřebám nevidomých, neslyšících, tělesně a mentálně postižených. Lišil se pouze v závislosti na velikosti populace.
- 2 Obecně však, bez ohledu na velikost populace, vyšlo jasně najevo, že ve všech komunitách byly identifikovány stejné sociální problémy a že ústředním motivem, který opakovaně zazníval, bylo, že „nezaměstnanost, chudoba a zneužívání alkoholu jsou sociálními problémy, které jdou spolu ruku v ruce.

Užívání/zneužívání návykových látek

Byly zjištěny dvě hlavní užívané látky - alkohol a dagga (cannabis satavia, marihuana). Čichání lepidel a benzínu bylo zastoupeno jen málo.

Alkohol

Komerční produkty byly velmi drahé a obvykle se kupovaly v obchodech s alkoholem nebo konzumovaly ve výčepech. Z důvodu nezaměstnanosti a chudoby si lidé pořizovali levné alkoholické nápoje nebo podomácku vyráběné pivo SPION nebo MBAMBA v „šibenech“. To jsou malé zastrčené výčepy, které většinou nemají licenci. Šibeně jsou pro dospělé nejvyhledávanějším zdrojem zábavy a jsou také zdrojem příjmu pro své majitele. Mládež si také odpoledne po škole pořizuje alkohol v šibenech, ale nekonzumuje ho tam. Ženy navštěvují šibeně v pozdním dopoledni nebo brzy po obědě, zatímco muži tam převážně vysedávají večer a v noci. Bylo odhadnuto, že přes 60% populace ve všech 15 obcích zneužívá alkohol, přičemž konzumace alkoholu u 40 % dosahuje úrovně alkoholismu.

Problémy zneužívání alkoholu v komunitě

K zneužívání alkoholu docházelo o víkendů a po pracovní době u mládeže, mužů a žen ve věku 20 - 50 let. Potvrdil se názor, že pije více mužů než žen, nicméně že ženy pijí v současné době více než dříve. Podomácky vyráběný nápoj z kyselého mléka nebo čiroku je považován za důležitou součást stravy. Bída ženám zabraňovala v jeho vaření, což vedlo k vysoké míře podvýživy.

- 1 Vysoká míra bití a fyzického napadání manželek.
- 2 Rodiny žili v bídě kvůli nezaměstnanosti a pití alkoholu.
- 3 Většina žen si neuvědomuje, že by manžel mohl mít nějaký problém. Žijí v daných podmínkách a alkohol a jeho užívání /zneužívání berou jako součást života.
- 4 Nemocnice a kliniky hlásí vysoký počet napadení.
- 5 Většina zatčení je za napadení, opilost, výtržnictví a krádeže.
- 6 Bylo zaznamenáno velmi málo případů řízení v opilosti, což je ale dáno malou příležitostí k řízení auta a malým počtem aut.
- 7 Nehody způsobené opilými chodci – vysoký počet v zemědělských a venkovských oblastech.
- 8 Školy hlásí pití alkoholu mezi skupinami středoškolských studentů, pro které je konzumace alkoholu zakoupeného odpoledne v šibenech zdrojem zábavy.
- 9 Malá nebo nulová konzumace alkoholu nebo drog byla zaznamenána přímo ve školách; v celkovém počtu zpráv byl uveden pouze jeden případ.
- 10 Učitelé se však setkávají u studentů se zanedbáním, podvyživeností, známkami fyzického násilí, slyší o podmínkách v domovech žáků a jsou přesvědčeni o tom, že alkoholismus je velmi vážný problém.
- 11 Velmi často je vyjádřen názor, že děti z těchto rodin končí také jako alkoholici a neuplatní se tak na trhu práce.
- 12 Většina lidí nemocných epilepsií a tuberkulózou neužívá řádně své léky, protože nemocnice jsou daleko a je namáhavé se do nich dostat, a pití berou jako formu medikace, kterou si sami naordinovali.



Dagga neboli marihuana

Marihuana pochází z jižní Afriky a je snadné ji vypěstovat pro osobní potřebu. V předmětných komunitách nebyla pěstována pro komerční účely (jinde v Jihoafrické republice se to však dělá). Lidé si byli vědomi právních důsledků. Informovaní členové komunity a její vedoucí představitelé se shodně vyjadřovali proti legalizaci marihuany, protože bylo vyzorováno a všeobecně usuzováno, že užívání marihuany vede k „degradaci společnosti“. Děti přestaly chodit do školy a vedly bezvýsledné životy nebo končily ve vězení. Statistiky vězeňské služby jasně ukazují, že počet zatčených a odsouzených ve spojitosti s marihuanou byl ve srovnání s alkoholem mnohem vyšší a obvykle zde byla spojitost s trestnou činností. Bylo také zaznamenáno, že sofistikované užívání marihuany a drceného mandraxu (white pipe), který se kouří v městských oblastech, nebylo v těchto komunitách téměř vůbec známo.

Marihuanu více užívá mládež kvůli tomu, že je levná (zdarma) a vzrušující, ale často její užívání pokračuje i do dospělosti. Mladí ale neviděli v kouření marihuany vážný problém. Začínají s jejím užíváním dosti brzy - mezi desátým a dvacátým rokem života, přičemž většina uživatelů marihuany je ve věku mezi 20 - 30 lety a jedná se hlavně o muže.

Lidé obecně neměli povědomí o službách nebo programech, které by mohly pomoci při snížení míry užívání alkoholu a marihuany a při předcházení výskytu sociálních a zdravotních problémů. Pokud se vyskytly problémy zdravotního nebo sociálního rázu, daná komunita se s nimi vypořádává po svém. V některých komunitách existovala pomoc, kdy závislí na alkoholu/marihuane mohli být doporučení do péče Themba Centre nebo se jim mohly věnovat místní zdravotnické kliniky, kam již začaly některé informace prosakovat, a sociální pracovníci TPA tak neměli v daném regionu celkem ani 30 případů.

Hodnocení problémů komunity

Nejzávažnější zjištěné problémy byly tyto:

- 1 Nezaměstnanost
- 2 Chudoba
- 3 Nedostatek infrastruktury
- 4 Užívání alkoholu a marihuany

přičemž tyto problémy měly negativní dopad na rodinu a celou komunitu.

V jednotlivých komunitách bylo vyšší procento dětí v péči prarodičů, kteří jim nemohli vždy zajistit potřebné finanční prostředky. Zanedbané a opuštěné děti, jejichž rodiče se vydali za prací do města, byly potom dalším příznakem chudoby.

Zrušení **zákonů o regulaci migrace obyvatel**, ke kterému došlo před několika málo lety, mělo obrovský dopad na populaci v těchto komunitách, když došlo k enormnímu zatížení dosavadních prostředků s tím, jak se lidé snažili dostat blíže k pracovním příležitostem.

Podle odhadů bylo do roku 1994 60% práce schopného obyvatelstva nezaměstnaných a počet obyvatel se v porovnání s údaji z roku 1985 více než zdvojnásobil.

Politické klima v daných komunitách a obcích bylo stejně nestálé jako politický vývoj v celé Jihoafrické republice. Tam, kde stále fungovaly tradiční náčelnické systémy, byla silná vůle k organizovanosti.

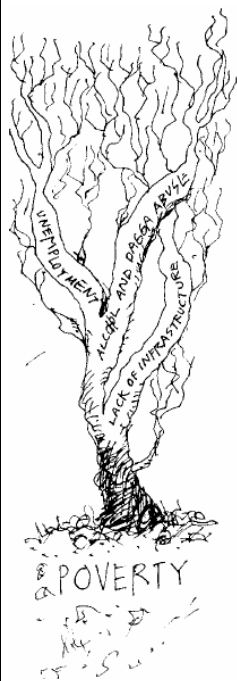
Školy byly přetížené a bez dostatku kvalifikovaných učitelů, což mělo vliv na budoucí vzdělání a zaměstnanost. Počet základních škol šestkrát převyšoval počet středních škol. Ve čtyřech oblastech nebyly střední školy vůbec. Učební plán byl orientován pouze na elementární znalosti bez nabídky získání dalších dovedností a vědomostí.

Užívání alkoholu bylo očividně důležitou součástí zábavy jak pro mládež, tak pro dospělé členy komunity. Je to vidět na neobyčejně vysokém počtu šibenů (340), barů (32) a pivnic (6) v porovnání s počtem obchodů (22) a kostelů (46). Vedoucí představitelé komunit si ale byli vědomi toho, že alkoholismus představuje závažnou překážku v jejich rozvoji, a poukazovali na potřebu osvěty a vzdělávacích programů.

Byl zjištěn velmi malý počet sportovních zařízení (4) a kulturních (2) zařízení. Ty se obvykle nacházeli pouze v hornických vesnicích. Vzhledem k nedostatku elektrické energie a bídě se téměř nedá hovořit o kinech a televizi.

Velkou úlohu v pospolitosti komunity sehrávalo náboženství, které si všímalo všech aspektů života. Duchovní vůdci se stále těšili úctě komunity, a to dokonce i ze strany politických orgánů, a ve velké míře se podíleli na řešení společenských problémů.

Potřeba adekvátního přístřeší, vody, silnic a elektřiny byla vyjádřena s mnohem větší naléhavostí než potřeba služeb pro tělesně postižené apod. Nicméně povědomí o potřebnosti těchto služeb také existuje.



Mládež nepoznamenaná užíváním alkoholu a marihuany prokazuje ochotu podílet se na řešení problému komunity a také na organizování své vlastní zábavy. Mladí lidé jsou nespokojeni s apatickým postojem starších občanů, kteří se nechťejí podílet na zdravotních a sociálních záležitostech, zejména pokud jim z toho neplyne finanční zisk. Přesto se ale v rámci komunity objevují lidé, kteří se chtějí zapojit a pracovat pro společnost, ale potřebují motivaci a finanční i praktickou podporu.

Jak byly využity získané informace?

Poprvé bylo v Jihoafrické republice poukázáno na to, že alkohol a marihuana se významně podílejí na zaostalosti lidí a celých komunit a přispívají k příčinám i následkům chudoby, nezaměstnanosti apod. Před vlastním rozvojem specializovaných služeb bylo nutné zajistit v rozsáhlé míře rozvoj vlastních komunit. Nicméně existovala zde velmi silná poptávka po intervencích na bázi komunitní práce, které bylo možné realizovat. Sociální pracovníci TPA, kteří se již podíleli na analýze potřeb, byli přiděleni k specializovaným nestátním organizacím. SANCA dostala 5 pracovníků a jednoho supervizora. Ti pak absolvovali speciální školení zaměřené na užívání návykových látek, znalost produktu a modely prevence a mluvení na veřejnosti. Z komunitních profilů a jejich vlastních kontaktů s předmětnou komunitou již vyplynuly vhodné cílové skupiny.

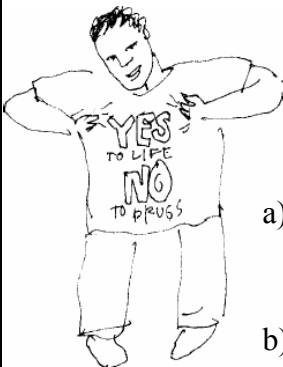
Dospělo se k přesvědčení, že nejefektivnější strategie při potírání zneužívání drog a alkoholu by mohly být tyto:

- 1 Ustavení akčního výboru sestávajícího z lidí, kteří mají zájem na řešení příslušných problémů. Tento výbor by byl průběžně informován o zjištěných účinných v rámci komunitního projektu a motivován ke spolupráci na řešení problémů.
- 2 Následovalo by školení/výcvik se zaměřením na dovednosti poskytování pomoci a na včasnou identifikaci uživatelů a lidí, kteří potřebují pomoc. Ústřední skupina by byla vyškolená k pomoci na různých úrovních v rámci komunity.
- 3 Byly naplánovány osvětové kampaně pro mládež ve věku od 12 do 25 let, jejichž cílem bylo vzbudit jejich zájem. Ve velmi krátké době se mladí lidé formovali do mládežnických skupin v rámci SANCA, kde byla věnována pozornost komplexnímu programu životních dovedností zaměřenému na potřeby, které sami uvedli.
- 4 Místa, kde byla zjištěna existující infrastruktura, např. kliniky a nemocnice, navštívili sociální pracovníci s cílem šířit osvětu a nabídnout soubor školení odpovídající jejich potřebám nebo potřebám jejich klientů. Běžným příkladem byly gynekologicko-porodnické kliniky navštěvované budoucími matkami.
- 5 Podmínky byly všude většinou velmi prosté bez jakýchkoli vymožeností. Sociální pracovníci museli přicházet dobře připravení, aby se jim podařilo odpovídajícím způsobem předat informace určité cílové skupině, jejíž členové neměli z větší části žádné formální vzdělání a neuměli číst.



6 Sociální pracovníci museli dávat pozor, aby v komunitě nevznikla mezi lidmi nereálná očekávání, ale vycházet z daných možností a maximálně zapojit příslušníky dané komunity, ale současně organizovat setkání a zprostředkovávat jejich kontakt s potenciálními nebo stávajícími prostředky.

7 Aktivita založená na práci mládeže s mládeží poukázala na mnoho dalších možností, jak bojovat s alkoholem a drogami, a představovaly pro sociální pracovníky větší pomoc, než se u této intervence původně plánovalo.



a) Bylo třeba zajistit průběžné vzdělávání a motivaci a také vytvoření plánu vzdělávání.

b) Odznaky, čepice a trička s příslušnými identifikačními znaky byla rozdávána všude, kde k tomu byly prostředky.

c) SANCA přijala slogan „ANO životu a NE drogám“.

V současné době a z důvodu volnějšího časového rámce se všechny výše popsané kroky realizují a absolvují na různých úrovních v sedmi z patnácti komunit.

S ohledem na čas budou sociální pracovníci věnovat méně prostoru již zřízeným programům a přesunou svou pozornost na další oblasti. Za pomyslnými dveřmi stojí dlouhý zástup zájemců, neboť v souvislosti s již fungujícími protialkoholními a protidrogovými strategiemi bylo přijato mnoho žádostí o zřízení podobných programů. Další informace získané na základě komunitního profilu vedly k tomu, že programy sociální péče v některých předmětných komunitách se dále vyvíjely a přecházely do 3. fáze.

Bylo přihlíženo ke skutečnosti, že všechny zkoumané komunity/obce byly zaostalé, sužované bídou a nezaměstnaností. Muselo se dávat pozor, aby daná komunita nebyla jakkoli jednostranně charakterizována.

Byli to sami členové komunity, kteří při závěrečné analýze nastínili, vyzdvihli a pojmenovali své problémy. Všechny spolupracující osoby ochotně uvedly svá jména a pouze několik respondentů nás požádalo, aby nebyli konkrétně jmenováni, což bylo respektováno. Sociální pracovníci byli velmi dobře přijímáni jako lidé, kteří se snaží pomáhat při uskutečňování významných změn. V souvislosti s analýzou potřeb nebyly kromě velkých vzdáleností, množství vynaloženého času a neustálých důkazů o nutnosti uspokojení celé řady potřeb zaznamenány žádné problémy. Za celou dobu nedošlo k zanedbání monitorování nebo podpory sociálních pracovníků.

Oblast Východního Transvaalu se nyní stala oficiální provincií Jihoafrické republiky se svými vlastními ministerstvy zdravotnictví a sociálních věcí. Všechny zmíněné strategie a sociální programy byly přijaty a realizace příslušných programů nadále pokračuje ve spolupráci se zmíněnými organizacemi.

Model využitý při analýze potřeb a profilu společnosti bude uplatněn v dalších komunitách Mpumalangu.

1 Za prioritu byly označeny strategie primární a sekundární prevence.

2 V oblasti již předtím existovala léčebná/odvykací zařízení zaměřená na zneužívání návykových látek. Důležitou součástí strategie nicméně bylo povědomí o potřebě léčby a přístup k těmto zařízením.

3 Program obnovy a rozvoje přijatý novými vládními strukturami napomáhá rozvoji těchto komunit, ale má před sebou ještě dalekou cestu.



Nyní je řada na vás

Jaké jsou silné a slabé stránky uvedené případové studie? Uveďte tři kladné stránky a tři záporné stránky:

Silné stránky případové studie:

1 _____

2 _____

3 _____

Slabé stránky případové studie:

1 _____

2 _____

3 _____

Bibliografie k případové studii

- 1 Návrh dokumentu: 1991
- 2 Zápisy z jednání: 1991-1994
- 3 Materiály SANCA ohledně 15 komunit/obcí, které byly předmětem průzkumu
- 4 Dosažené výsledky a hodnocení sociálních programů iniciovaných jako intervenční strategie (alkohol a drogy)
- 5 Model rozvoje služeb (k dispozici na požádání)

Všechny dokumenty jsou majetkem Národní rady pro otázky alkoholových a drogových závislostí JAR, ale je možno je použít pro vědecké a vzdělávací účely. Na požádání lze obdržet jakékoli další informace.

Tato případová studie popisuje akci, která svým rozsahem přesahuje rámec typické analýzy potřeb. Obsahuje rovněž prvky evaluací procesu, evaluací nákladů a evaluací výsledku.

